



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**SECRETARÍA DE SALUD**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
ACTUALIZACIÓN VIGENCIA 2017**

**TOMO I**

**NOVIEMBRE, 2017**



Ciudad de México, a 20 de marzo de 2018.

OFICIO No. DGRHO/1065/2018

**DR. JORGE ARTURO CARDONA PÉREZ**  
**DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE**  
**PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”**  
**P R E S E N T E**

En relación con su solicitud de Opinión Favorable sobre el Manual de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, con fundamento en el artículo 29, fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, le comunico que derivado de la revisión realizada al documento en cuestión por la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional, adscrita a la Dirección General de Recursos Humanos y Organización, se concluye que fue elaborado con base en la Estructura Orgánica Vigente a partir del 1 de enero de 2017 y con apego a la Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.

Por lo anterior, se emite la Presente Opinión Favorable al Manual mencionado.

Me permito recordarle que el contenido, difusión y observancia del mismo, es responsabilidad del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E**

**LIC. GRACIELA ROMERO MONROY**  
**DIRECTORA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS**  
**Y ORGANIZACIÓN**

C.c.p.- LIC. MARCELA VELASCO GONZÁLEZ.- Subsecretaria de Administración y Finanzas.- Presente.

Sección y Serie: 3C-11

Referencia

GRM M/1065/18





**IDENTIFICACIÓN DE FIRMA DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE  
PROCEDIMIENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
"ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES"**



**NOMBRE Y CARGO**

**FIRMA**

**Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez**



**Director General del Instituto Nacional de  
Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes"**

Elaborado con base en la estructura del 1° de enero de 2017, este documento se integra de 536 fojas útiles. El 8 de septiembre de 2017, la Subsecretaría de la Función Pública, a través de la Dirección General de Organización y Remuneraciones de la Administración Pública Federal, mediante oficio SSFP/408/DGOR/1488/2017, registra la estructura orgánica del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" con vigencia organizacional del 1 de enero de 2017.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-MP</b> <b>Rev. 6</b> <b>Hoja: 1 de 22</b>
---	---------------------------------	---	--



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>		3
<b>I. OBJETIVO DEL MANUAL</b>		6
<b>II. MARCO JURÍDICO</b>		8
<b>III. PROCEDIMIENTOS</b>		22
 <b>TOMO I</b>		
1.- Atención de asuntos contenciosos		
2.- Servicio de Consulta Externa		
3.- Otorgar consulta de urgencias		
4.- Práctica de la anestesia		
5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de obstetricia		
6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión de piso pélvico		
7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo		
8.- Atención del prematuro tardío		
9.- Elaboración del certificado de nacimiento		
10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico		
11.- Elaboración del plan de trabajo anual de enfermería.		
12.- Supervisión del cuidado enfermero		
13.- Atención de parejas infértiles		
14.- Consulta subsecuente de planificación familiar		
15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia		
16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación		
17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad		
18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de hospitalización, urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales		
19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos que requieren de un diagnóstico ultraestructural		
20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-MP</b> <b>Rev. 6</b> <b>Hoja: 2 de 22</b>
---	---------------------------------	---	--

## **TOMO II**

- 21.- Creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales
- 22.- Integración del programa académico de Diplomados
- 23.- Selección y contratación a los médicos residentes que ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia
- 24.- Elaboración a la Modificación y Registro de la Estructura Orgánica
- 25.- Asignación del nivel socioeconómico a pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación
- 26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación
- 27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X
- 28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación
- 29.- Vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales
- 30.- Actualización de la nómina
- 31.- Reclutamiento de personal
- 32.- Selección y contratación de personal
- 33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)
- 34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida
- 35.- Control del acceso de visitantes al INPer desde el Módulo Central (ventanillas de información general)
- 36.- Levantamiento de inventario físico semestral de bienes de consumo
- 37.- Elaboración del Plan Anual de Trabajo (PAT)
- 38.- Trámite de Quejas y Denuncias

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 3 de 22</b></p>
---	--	---	---

## INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer) es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica, patrimonio propio, agrupado en el Sector Salud, cuya finalidad se circunscribe al ámbito de la salud reproductiva y salud perinatal.

Su antecedente como Institución de salud, se encuentra en el año de 1921, en el período presidencial del General Álvaro Obregón, cuando se edifica una maternidad llamada "Casa del Periodista" con carácter privado. Durante el período de Pascual Ortiz Rubio, se adscribe al Instituto Nacional de Protección a la Infancia, (INPI) dependiendo de la beneficencia pública en mayo de 1929. (IMAN).

Con fecha 19 de abril de 1983, se dio a conocer el decreto por el cual el Instituto Nacional de Perinatología se conforma como organismo público descentralizado, delimitando como objetivos principales la cobertura de atención de embarazos de riesgo elevado, la investigación y la docencia en materia perinatal.

El 2 de agosto de 1988, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, modificaciones a la organización y funcionamiento del INPer, las cuales se orientaron a determinar el ámbito de acción, responsabilidades y funciones de cada uno de los cuerpos rectores del Instituto: Junta de Gobierno, Dirección General, Consejo Técnico Consultivo y Comisario, creándose a la vez el Patronato y la Contraloría Interna.

Para el Ejercicio 2004 se contaba con una Dirección General, 5 Direcciones de Área (Médica, Investigación, Enseñanza, Administración y Finanzas y el Órgano Interno de Control) y 16 Subdirecciones. En el 2005, se refrendó el presente documento en base a la Estructura Autorizada con vigencia del 1° de enero del 2005, mediante el oficio No. SSFP/412/1227, de fecha 17 de noviembre de 2005, emitido por la Secretaría de la Función Pública.

Otra propuesta de modificación estructural del Instituto fue presentada mediante oficio No. 5000.258.06 de fecha 9 de marzo del 2006 a la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud. Esta modificación estructural se distinguió por la creación de la Dirección de Planeación a costos compensados y por cambios de denominación y adscripción, para la evolución del INPer y el fortalecimiento de la nueva Dirección de Planeación.



La aprobación y registro de la estructura orgánica, con vigencia 16 de enero del 2006, se notificó mediante el oficio No. SSFP/412/1113 de fecha 18 de mayo del 2006, emitido por la Secretaría de la Función Pública.

Para la estructura orgánica con vigencia 16 de mayo de 2007 se modificaron exclusivamente cuatro procedimientos que corresponden a la Subdirección de Enfermería y que fueron registrados mediante oficio No. DDD0/04/468, de fecha 11 de diciembre de 2007, emitido por la Dirección de Diseño y Desarrollo Organizacional.

La más reciente Propuesta de Modificación Estructural del Instituto se presentó mediante oficio No. 9000.071.07, de fecha 23 de agosto del 2007, a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud. La propuesta consistió exclusivamente en una renivelación de las catorce subdirecciones que integran la estructura orgánica del Instituto, del nivel NB1 al nivel NB3. Este cambio obedeció a la necesidad de establecer una relación entre el grado de responsabilidad y funciones asignadas a cada puesto con la remuneración que se percibe.

La aprobación y registro de esa estructura orgánica, con vigencia 1 de julio del 2007, se notificó mediante el oficio No. SSFP/412-408/0105-0018 de fecha 18 de enero 2008, emitido por la Secretaría de la Función Pública. Así mismo con oficios N°. SSFP/408/0369 y SSFP/408/DHO/894, de fecha 9 de septiembre de 2009, se refrenda estructura orgánica vigencia 1° de enero 2009.

Los cambios estructurales del Instituto se han realizado para enfrentar los retos en materia de salud plasmados en el Artículo 4° Constitucional, el Programa Nacional de Salud, los objetivos de las Metas del Milenio, la Ley General de Salud, la Ley de Entidades Paraestatales, la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y demás lineamientos de las dependencias globalizadoras, el INPer. Para ello, se requieren de documentos administrativos que proporcionen en forma ordenada y sistemática, la información necesaria para la operación de una

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 4 de 22</b></p>
---	--	---	---

organización, como es el presente Manual de Procedimientos Institucional, cuya finalidad es consignar en forma metódica las actividades que deben seguirse para la realización de las funciones encomendadas al Instituto.

Se actualizó el presente Manual de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, con base en la Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud vigente a partir de 2008 y en la aprobación de refrendo de estructura 2010 por parte de la Secretaría de la Función Pública, mediante oficio N°. SSFP/408/395/2010 y SSFP/408/DHO/1056/2010 de fecha 16 de junio de 2010; se eliminan 6 procedimientos de la vigencia anterior como resultado de la simplificación administrativa y mejora regulatoria en toda la administración pública la cual conlleva la implantación de los 9 Manuales Administrativos de Aplicación General, para dar cumplimiento a las opiniones que se turnaron por parte de las diferentes instancias de la Secretaría de la Función Pública, se realizan las siguientes modificaciones: eliminación de procedimientos, elaboración del Informe de Metas de Indicadores de resultados y del Informe de Metas para COCOA, elaboración del Informe de los Indicadores de Gestión, Desarrollo de Sistemas de Cómputo para las áreas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, elaboración del Anteproyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), Elaboración del Programa Anual de Adquisiciones y para la realización de la Licitación Pública; sustitución de procedimientos derivado del oficio N°. 12/250/01596/2010 del Órgano Interno de Control.- Elaboración del Programa Anual de Auditoría y Control (PAAC) y Trámite de Quejas y Denuncias, por Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes y Servicios de Transporte.

Así mismo con oficios N°. SSFP/408/0794/2011 y SSFP/408/DGOR/1439/2011, de fecha 10 de octubre de 2011, se refrenda estructura orgánica con vigencia 1° de enero 2011. Con oficios N°. SSFP/408/0215/2012 y SSFP/408/DGOR/0310/2012, de fecha 16 de marzo de 2012, se refrenda estructura orgánica vigencia 1° de enero 2012.

La aprobación y registro de la modificación de denominación de cuatro subdirecciones, se notifica mediante el Oficio No. SSFP/408/DGOR/0712-1086/2013 de fecha 16 de agosto de 2013, emitido por la Secretaría de la Función Pública, donde establece la vigencia de la estructura con fecha 16 de junio de 2013.

Con oficio N°. SSFP/408-1277/DGOR-1528/2014 de fecha 23 de diciembre de 2014, enviado por la SFP, se aprueba y registra la estructura orgánica del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", con vigencia organizacional 15 de diciembre de 2014 la cual incluye un cambio de denominación de la Dirección de Enseñanza a Dirección de Educación en Ciencias de la Salud y denominación de la Subdirección de Investigación a Subdirección de Reproducción Humana en la Dirección Médica.



Así mismo con oficio N°. SSFP/408/0203/DGOR-0417/2015 de fecha 25 de marzo de 2015, se autorizó el refrendo de la estructura orgánica, con vigencia organizacional 4 de marzo de 2015; con oficio N°. SSFP/408-0495/DGOR-0810/2016 de fecha 1 de julio 2016, se autorizó el refrendo de la estructura orgánica, con vigencia organizacional 28 de abril 2016.

Con oficio No. SSFP/408/DGOR/1488/2017 de fecha 8 de septiembre de 2017 emitido por la Secretaría de la Función Pública, se registra la estructura orgánica del Instituto con vigencia 1 de enero de 2017, acorde a los tabuladores de sueldos y salarios vigentes.

Derivado de la reciente actualización de la Guía Técnica para la Elaboración de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud, se actualiza el presente Manual de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

La utilidad práctica de este documento consiste en sistematizar el trabajo a través de la generación de procedimientos, lo que permite precisar productos y servicios, dimensionar las metas y objetivos, determinar flujos de información y propiciar un uso racional de los recursos.

Este documento está compuesto de los siguientes apartados: portada, índice, introducción, objetivo del manual, marco jurídico y para cada procedimiento se señala denominación, propósito, alcance, políticas de operación, normas lineamientos, descripción del procedimiento, diagrama de flujo, documentos de referencia, registros, glosario de términos, cambios en la versión y anexos.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>INPer-MP</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Rev. 6</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><b>Hoja: 5 de 22</b></td> </tr> </table>	<b>INPer-MP</b>	<b>Rev. 6</b>	<b>Hoja: 5 de 22</b>
<b>INPer-MP</b>						
<b>Rev. 6</b>						
<b>Hoja: 5 de 22</b>						

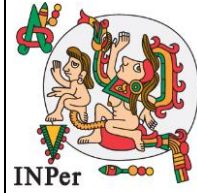
Para la difusión, implantación y actualización del presente instrumento la responsable de esta actividad será la Dirección de Planeación, adscrita a la Dirección General de este Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS





INPer-MP

Rev. 6

Hoja: 6 de 22

### I.- OBJETIVO DEL MANUAL

Establecer las políticas, normas y mecanismos para el desarrollo de las actividades de las diferentes áreas que conforman el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 7 de 22</b></p>
---	--	---	---



## II.- MARCO JURÍDICO

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, se encuentra sustentado en el siguiente marco jurídico-normativo:



Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; Artículo 4. Promulgada el 5 de febrero de 1917. DOF: 09-VIII-2012, 15-X-2012, 26-II-2013, 05-VI-2013, 8-X-13, 20-XII-13, 27-XII-2013, 07-II-2014, 10-II-2014, 17-VI-2014, 7-VII-2014. Vigésima primera edición IX-2014, 27-V-2015, 02-VII-2015, 10-VII-2015, 27-I-2016, 29-I-2016, 25-VII-2016. Última reforma 15-VIII-2016.

### Leyes



- Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
DOF: 04-I-2000, 16-I-2012, 11-VIII-2014. Última reforma 10-XI-2014.
- Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.  
DOF: 18-VII-2016.
- Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2015.  
DOF: 13-XI-2014. Vigencia a partir de enero del 2015. Última reforma 18-XI-2015.
- Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2016.  
DOF: 18-XI-2015. Vigencia del Art. 1° a partir de enero 2016 y del 2° a partir del día siguiente de su publicación en el DOF.
- Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.  
DOF: 29-VI-1992, 15-VI-2012, 10-VI-2013, 07-XI-2013. Última reforma 02-IV-2014.
- Ley de los Institutos Nacionales de Salud.  
DOF: 26-V-2000, 30-V-2012. Última reforma 27-I-2015.
- Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro.  
DOF: 23-V-1996, 21-I-2009, 09-IV-2012. Última reforma 10-I-2014.
- Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
DOF: 04-I-2000, 09-IV-2012, 11-VIII-2014. Última reforma 13-I-2016.
- Ley de Planeación.  
DOF: 05-I-1983, 09-IV-2012. Última reforma 06-V-2015.
- Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.  
DOF: 31-XII-1975, 9-IV-2012, 26-XII-2013, 27-I-2015, 02-IV-2015. Última reforma 17-XII-2015.
- Ley de Tesorería de la Federación.  
DOF: 30-12-2015
- Ley del Diario Oficial de la Federación y Gacetas Gubernamentales.  
DOF: 24-XII-1986. Última 05-VI-2012
- Ley del Impuesto al Valor Agregado.  
DOF: 29-XII-1978. Última reforma 11-XII-2013.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 8 de 22</b></p>
---	--	---	---

- Ley del Impuesto Sobre la Renta.  
DOF: 11-XII-2013. Última reforma 18-XI-2015.
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.  
DOF: 31-III-2007, 28-V-2012, 02-IV-2014, 12-XI-2015. Última reforma 24-III-2016.
- Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.  
DOF: 16-IV-2008, 14-VII-2014. Última reforma 18-XII-2015.
- Ley Federal de Archivos.  
DOF: 23-I-2012.
- Ley Federal de Derechos.  
DOF: 31-XII-1981, 04-VI-2012, 21-III-2013, 11-XII-2013, (entra en vigor el 01 de enero del 2015 y la reforma del art. 3º entrará en vigor el 1 de julio de 2014), 30-XII-2013, 13-VI-2014, 11-VIII-2014, 30-XII-2014. Última reforma 18-XI-2015.
- Ley Federal de Justicia para Adolescentes.  
DOF: 27-XII-2012, 24-XII-2014. Última reforma 02-VII-2015.
- Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
DOF: 14-V-1986, 09-IV-2012, 14-VII-2014, 11-VIII-2014. Última reforma 18-XII-2015.
- Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional. DOF: 28-XII-1963, 03-V-2006. Última reforma 02-IV-2014.
- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
DOF: 30-III-2006, 09-IV-2012, 24-I-2014, 11-VIII-2014, 18-XI-2015. Última reforma 30-XII-2015.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
DOF: 04-VIII-1994. Última reforma 09-IV-2012.
- Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.  
DOF: 13-VI-2016.
- Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.  
DOF: 13-III-2002, 15-VI-2012, 23-V-2014, 14-VII-2014, 08-XII-2015. Última reforma 18-XII-2015.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.  
DOF: 31-XII-1982, 09-IV-2012, 24-XII-2013. Última reforma 18-VII-2016 (se derogarán los Títulos Primero, Tercero y Cuarto).
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
DOF: 09-V-2016.
- Ley Federal del Derecho de Autor.  
DOF: 24-XII-1996, 27-I-2012, 10-VI-2013, 14-VII-2014, 17-III-2015, 17-XII-2015, 18-XII-2015.  
Última reforma 13-I-2016.
- Ley Federal del Trabajo.  
DOF: 01-IV-1970, 09-IV-2012, 30-XI-2012. Última reforma 12-VI-2015.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>		<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 9 de 22</b></p>
---	--	---	---

- Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
DOF: 19-XII-2002. Última reforma 09-IV-2012.
- Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.  
DOF: 11-VI-2003, 09-IV-2012, 12-VI-2013, 24-XII-2013. Última reforma 20-III-2014.
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización.  
DOF: 01-VII-1992, 09-IV-2012, 14-VII-2014. Última reforma 18-XII-2015.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
DOF: 01-II-2007, 15-I-2013, 02-IV-2014, 04-VI-2015. Última reforma 17-XII-2015.
- Ley General de Bienes Nacionales.  
DOF: 20-V-2004, 16-I-2012, 07-VI-2013, 17-XII-2015. Última reforma 01-VI-2016.
- Ley General de Cambio Climático.  
DOF: 06-VI-2012, 07-V-2014, 16-X-2014, 29-XII-2014, 02-IV-2015, 13-V-2015.  
Última reforma 01-VI-2016.
- Ley General de Contabilidad Gubernamental.  
DOF: 31-XII-2008, 9-XII-2013, 30-XII-2015, 27-IV-2016. Última reforma 18-VII-2016.
- Ley General de Educación.  
DOF: 13-VII-1993, 11-IX-2013, 20-V-2014, 19-XII-2014, 20-IV-2015, 28-IX-2015, 17-XII-2015,  
09-V-2016. Última reforma 01-VI-2016.
- Ley General de Población.  
DOF: 07-I-1974, 09-IV-2012, 19-V-2014. Última reforma 01-XII-2015.
- Ley General de Protección Civil.  
DOF: 06-VI-2012. Última reforma 03-VI-2014.
- Ley General de Salud.  
DOF: 07-II-1984, 04-XII-2013, 07-I-2014, 13-I-2014, 15-I-2014, 19-III-2014, 02-IV-2014, 03-VI-2014,  
04-VI-2014, 19-XII-2014, 20-IV-2015, 04-VI-2015, 14-X-2015. 04-XI-2015, 12-XI-2015, 10-V-2016.  
Última reforma 01-VI-2016.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
DOF: 04-V-2015.
- Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente.  
DOF: 28-I-1988, 05-VI-2012, 05-XI-2013, 16-I-2014, 09-I-2015. Última reforma 13-V-2016.
- Ley General para el Control del Tabaco.  
DOF: 30-V-2008. Última reforma 06-I-2010.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.  
DOF: 02-VIII-2006, 14-XI-2013, 10-XI-2014, 05-XII-2014, 04-VI-2015. Última reforma 24-III-2016.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
DOF: 30-V-2011. Última reforma 17-XII-2015.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 10 de 22</b></p>
---	--	---	--



- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
DOF: 29-XII-1976, 14-VI-2010, 02-I-2013, 05-XII-2013, 26-XII-2013, 20-V-2014, 13-VI-2014, 14-VII-2014, 11-VIII-2014, 24-XII-2014, 27-I-2015, 19-III-2015, 13-V-2015. 17-XII-2015, 18-XII-2015, 30-XII-2015. Última reforma 18-VII-2016.
- Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.  
DOF: 4-XII-2014.
- Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil.  
DOF: 24-X-2011, 04-XII-2014. Última reforma 07-IV-2016.
- Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2016.  
DOF: 27-XI-2015. (Entrará en vigor el 1° de enero de 2016).

### Códigos

- Código Civil Federal.  
DOF: 26-V-1928, 09-IV-2012, 08-IV-2013. Última reforma 24-XII-2013.
- Código Federal de Procedimientos Civiles.  
DOF: 24-II-1943. Última reforma 09-IV-2012.
- Código Federal de Procedimientos Penales.  
DOF: 30-VIII-1934, 03-V-2013, 10-I-2014, 14-III-2014, 13-VI-2014, 29-XII-2014.  
Última reforma 12-I-2016.
- Código Nacional de Procedimientos Penales.  
DOF: 05-III-2014, 29-XII-2014. Última reforma 17-06-2016.
- Código Fiscal de la Federación.  
DOF: 31-XII-1981, 09-XII-2013, DOF 03-I-2014, 14-III-2014, 07-I-2015, 18-XI-2015.  
Última reforma 17-06-2016.
- Código Penal Federal  
DOF: 14-VIII-1931, 30-X-13, 26-XII-2013, 14-III-2014, 23-V-2014, 03-VI-2014. 14-VII-2014, 12-III-2015, 18-XII-2015, 12-I-2016, 16-VI-2016, 17-06-2016. Última reforma 18-VII-2016.



### Reglamentos

- Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.  
DOF: 09-VIII-1999, 26-I-2011. 28-XI-2012, 14-III-2014. Última reforma 12-II-2016.
- Reglamento de Insumos para la Salud.  
DOF: 04-II-1998, 17-V-2012, 09-X-2012. Última reforma 14-III-2014.
- Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.  
DOF: 13-IV-2004.
- Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
DOF: 28-VII-2010.
- Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios relacionados con las mismas.  
DOF: 28-VII-2010.



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 11 de 22</b></p>
---	--	---	--

- Reglamento de la Ley del Servicio de Tesorería de la Federación.  
DOF: 15-III-1999. 07-V-2004.
- Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
DOF: 26-I-1990. 07-IV-1995. Última reforma 23-XI-2010.
- Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
DOF: 28-VI-2006, 05-XI-2012, 24-IV-2014, 25-IV-2014, 31-X-2014, 13-VIII-2015.  
Última reforma 30-III-2016.
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
DOF: 11-VI-2003.
- Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.  
DOF: 22-V-1998. Última reforma 14-IX-2005.
- Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.  
DOF: 15-IX-1999.
- Reglamento de la Ley Federal para la Administración y Enajenación de Bienes del Sector Público.  
DOF: 17-VI-2003. Última reforma 29-XI-2006.
- Reglamento de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia.  
DOF: 11-III-2008, 25-XI-2013. Última reforma 14-III-2014.
- Reglamento de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.  
DOF: 02-XII-2015.
- Reglamento de la Ley General de Población.  
DOF: 14-04-2000, 29-XI-2006, 19-I-2011 Última reforma 28-IX-2012.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de actividades, establecimientos, productos y servicios.  
DOF: 18-I-1988. Última reforma 28-XII-2004.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.  
DOF: 06-I-1987. Última reforma 02-IV-2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.  
DOF: 14-V-1986, 04-XII-2009, 01-XI-2013, 24-01-2014. Última reforma 24-III-2014.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional.  
DOF: 18-II-1985. Última reforma 10-XII-1985.
- Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.  
DOF: 20-II-1985, 26-XII-1987, 27-I-2012. Última reforma 26-III-2014.
- Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.  
DOF: 31-V-2009. Última reforma 09-X-2012.



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p>INPer</p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 12 de 22</b></p>
---	--	--	--

- Reglamento de la Suprema Corte de Justicia de la Nación y del Consejo de la Judicatura Federal para la aplicación de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.  
DOF: 02-IV-2004. Última reforma 12-XII-2007.
- Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
DOF: 21-I-2003. Última reforma 25-VII-2006.
- Reglamento del Código Fiscal de la Federación.  
DOF: 02-IV-2014.
- Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.  
DOF: 14-V-2012.
- Reglamento del Registro Público de la Propiedad Federal.  
DOF: 04-X-1999.
- Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo.  
DOF: 13-XI-2014.
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud.  
DOF: 10-VIII-1988.
- Reglamento interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud.  
DOF: 22-VII-2011. Fe de erratas 15-IX-2011, 13-VII-2013, 16-I-2014. Última reforma 29-I-2014 (nota aclaratoria).
- Reglamento Interior de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro.  
DOF: 17-XI-2015.
- Reglamento Interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos.  
DOF: 12-IX-2005.
- Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.  
DOF: 19-V-2009. Última reforma 22-VI-2012.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.  
DOF: 11-09-1996, 10-10-2012, 30-XII-2013, 30-X-2014, 30-III-2016. Última reforma 30-VI-2016.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.  
DOF: 19-I-2004. Última reforma 10-I-2011.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.  
DOF: 11-XII-2009.
- Reglamento Interior del Servicio de Administración Tributaria.  
DOF: 24-VIII-2015.
- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.  
DOF: 03-II-2013.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p>INPer</p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 13 de 22</b></p>
---	--	--	--



- Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.  
DOF: 27-II-2004. Última reforma 11-10-2012.
- Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación.  
DOF: 20-III-2002.
- Reglamento por el que se establecen las bases para la realización del internado de pregrado de la Licenciatura en Medicina.  
DOF: 09-XII-1983.

### Decretos



- Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.  
DOF: 20-V-13.
- Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.  
DOF: 12-XII-2013.
- Decreto que establece 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.  
DOF: 10-XII-2012. Última reforma DOF 30-XII-2013.
- Decreto por el que se reforma la Fracción VII del Artículo 5 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, para quedar como sigue: Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para la salud reproductiva y perinatal.  
DOF: 05-XI-2004.
- Decreto por el que se expide la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2015.  
DOF: 13-XI-2014.
- Decreto por el que se expide la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2016.  
DOF: 18-XI-2015. (Vigencia: Art. 1 el 01-I-2016, y Art. 2º, al día siguiente de su publicación en el DOF).
- Decreto por el que se expide la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
DOF: 04-V-2015.

### Acuerdos

- Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.  
DOF: 25-IX-1996.
- Acuerdo No. 114 por el que se ordena la distribución de habitaciones para los investigadores de los Institutos Nacionales de Salud.  
DOF: 08-X-1993.
- Acuerdo por el que los titulares de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal del Sector Salud, consultarán a la Academia Nacional de Medicina y a la Academia Mexicana de Cirugía para la instrumentación de las políticas públicas en materia de salud.  
DOF: 26-IX-1994.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>		<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 14 de 22</b></p>
---	--	---	--



- Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.  
DOF: 27-V-2010.
- Acuerdo por el que se emite el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia.  
DOF: 12-VII-2010. Última reforma 23-XI-2012.
- Acuerdo por el que se modifican 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.  
DOF: 04-II-2016.
- Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.  
DOF: 01-XI-2004.
- Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida.  
DOF: 23-X-2003.
- Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumo.  
DOF: 06-XI-1996. Última reforma 24-XII-2002.
- Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.  
DOF: 12-XI-2004.
- Acuerdo por el que se establecen las disposiciones en Materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.  
DOF: 16-VII-2010, 03-X-2012, 14-I-2015. Última reforma 05-IV-2016.
- Acuerdo por el que se modifican las políticas y disposiciones para la Estrategia Digital Nacional, en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, y en la de seguridad de la información, así como el Manual Administrativo de Aplicación General en dichas materias.  
DOF: 04-II-2016.
- Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Financieros.  
DOF: 15-VII-2010, 15-VII-2011. Última reforma 16-V-2016.
- Acuerdo por el que se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Materiales y Servicios Generales.  
DOF: 16-VII-2010. Última reforma 3-X-2012.
- Acuerdo por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
DOF: 19/IX/2014. Última reforma 03-II-2016.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p>INPer</p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 15 de 22</b></p>
---	--	--	--

- Acuerdo por el que se modifica el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.  
DOF: 19/IX/2014. Última reforma 03-II-2016.
- Acuerdo por el que se expide el Manual de Percepciones de la Administración Pública Federal.  
DOF: 31-V-2011. Última reforma 24-X-2013.
- Acuerdo por el que se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.  
DOF: 30-05-2014.
- Acuerdo por el que se instruye a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como a la Procuraduría General de la República a abstenerse de emitir regulación en las materias que se indican.  
DOF: 10-VIII-2010. Última reforma 21-VIII-2012.
- Acuerdo que tiene por objeto establecer los criterios de carácter general que deberán observar las dependencias de la Administración Pública Federal y los órganos desconcentrados de las mismas, en la definición de los puestos que por excepción podrán ser de libre designación, así como el procedimiento para su aprobación por parte de la Secretaría de la Función Pública.  
DOF: 04-VI-2004.
- Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, con el objeto de normar la implementación, actualización, supervisión, seguimiento, control y vigilancia del Sistema de Control Interno Institucional en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y en la Procuraduría General de la República, así como reducir y simplificar la regulación administrativa en esa materia, con la finalidad de aprovechar y aplicar de manera eficiente los recursos y los procedimientos técnicos con que cuentan dichas instituciones.  
DOF: 27-VII-2012. Última reforma 02-V-2014.
- Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.  
DOF: 12-VII-2010. Última reforma 16-VI-2011.

### **Lineamientos**



- Lineamientos Generales para el acceso a información gubernamental en la modalidad de consulta directa.  
DOF: 28-II-2012.
- Lineamientos Generales para la administración de almacenes de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
DOF: 11-XI-2004.
- Lineamientos Generales para la clasificación y desclasificación de la información de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
DOF: 18-VIII-2003.
- Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
DOF: 20-II-2004.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p>INPer</p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 16 de 22</b></p>
---	--	--	--

- Lineamientos generales para la presentación de los informes y reportes del Sistema de Información Periódica.  
DOF: 21-XI-2006.
- Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de corrección de datos personales que formulen los particulares.  
DOF: 02-XII-2008.
- Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos.  
DOF: 25-VIII-2003.
- Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, para notificar al Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, los índices de expedientes reservados.  
DOF: 09-XII-2003.
- Lineamientos para la aplicación de recursos autogenerados y/o ingresos propios del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.  
DOF: 30-VIII-2016.
- Políticas de transferencia de tecnología del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.  
DOF: 30-VIII-2016.
- Reglas de propiedad intelectual del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.  
DOF: 30-VIII-2016.



### **Normas Oficiales Mexicanas**

- Norma Oficial Mexicana NOM-177-SSA1-2013, Que establece las pruebas y procedimientos para demostrar que un medicamento es intercambiable. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados que realicen las pruebas de intercambiabilidad. Requisitos para realizar los estudios de biocomparabilidad. Requisitos a que deben sujetarse los Terceros Autorizados, Centros de Investigación o Instituciones Hospitalarias que realicen las pruebas de biocomparabilidad.  
DOF: 20-IX-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-196-SSA1-2000, que establece las especificaciones sanitarias de la bolsa para enema desechable.  
DOF: 08-IV-2004.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-220-SSA1-2015, Instalación y operación de la farmacovigilancia.  
DOF: 23-IX-2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.  
DOF: 15-IX-2006. Última reforma 29-XII-2014.



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p>INPer</p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 17 de 22</b></p>
---	--	--	--

- Norma Oficial Mexicana NOM-230-SSA1-2002, Salud Ambiental. Agua para uso y consumo humano, requisitos sanitarios que se deben cumplir en los sistemas de abastecimiento públicos y privados durante el manejo del agua. Procedimientos sanitarios para el muestreo.  
DOF: 12-VII-2005.
- Proyecto de Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, para quedar como: Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.  
DOF: 21-X-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.  
DOF: 04-III-2011.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY NOM-250-SSA1-2014, Agua para uso y consumo humano. Límites máximos permisibles de la calidad del agua y requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento de agua públicos y privados, su control y vigilancia. Procedimiento sanitario de muestreo.  
DOF: 15-VIII-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.  
DOF: 01-III-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.  
DOF: 26-X-2012. Última reforma 18-IX-2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.  
DOF: 13-XI-2013.
- 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.  
DOF: 07-IV-2016.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-013-SSA2-2014, Para la prevención y control de enfermedades bucales.  
DOF: 27-XI-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cérvico Uterino.  
DOF: 16-I-1995. Modificación: 31-V-2007.
- Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.  
DOF: 23-XI-2010.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.  
DOF: 19-II-2013.





 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p>INPer</p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 18 de 22</b></p>
---	--	--	--



- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.  
DOF: 31-V-2010.
- Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño, publicada el 9 de febrero de 2001.  
DOF: 26-IX-2006.
- PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.  
DOF: 25-XI-2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores.  
DOF: 16-IV-2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.  
DOF: 24-VI-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la peri menopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.  
DOF: 7-I-2013.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-SSA2-2014, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.  
DOF: 21-XI-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.  
DOF: 21-IV-2011.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.  
DOF: 14-VII-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.  
DOF: 09-VI-2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.  
DOF: 22-I-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.  
DOF: 20-XI-2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.  
DOF: 16-III-2009. Última reforma 24-III-2016.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>		<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 19 de 22</b></p>
---	--	---	--

- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.  
DOF: 12-VIII-2015. Última reforma 18-IX-2015.
- Norma Oficial Mexicana, NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.  
DOF: 04-I-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.  
DOF: 15-X-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.  
DOF: 23-III-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.  
DOF: 27-III-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.  
DOF: 8-I-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.  
DOF: 02-IX-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.  
DOF: 18-IX-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.  
DOF: 30-XI-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.  
DOF: 17-IX-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.  
DOF: 07-VIII-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.  
DOF: 04-IX-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.  
DOF: 7-I-2013.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 20 de 22</b></p>
---	--	---	--

- 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.  
DOF: 12-IX-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.  
DOF: 25-II-2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria.  
DOF: 23-IX-2014.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.  
DOF: 30-XI-2012.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-037-SSA3-2013, para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica.  
DOF: 03-IX-2014.
- Convocatoria a los interesados en obtener la aprobación como laboratorio de pruebas u organismo de certificación en la Norma Oficial Mexicana NOM-011-SESH-2012, Calentadores de agua de uso doméstico y comercial que utilizan como combustible Gas L.P. o Gas Natural.- Requisitos de seguridad, especificaciones, métodos de prueba, marcado e información comercial (cancela a la NOM-020-SEDG-2003).  
DOF: 18-VI-2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-002-SCT/2011, listado de las sustancias y materiales peligrosos más usualmente transportados.  
DOF: 27-I-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-011-SCT2/2012, Condiciones para el transporte de las sustancias y materiales peligrosos envasadas y/o embaladas en cantidades limitadas.  
DOF: 05-VII-2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-NUCL-2009, requerimientos de seguridad radiológicas para egresar a pacientes a quienes se les ha administrado material radiactivo.  
DOF: 20-X-2009.
- Norma Oficial Mexicana NOM-019-SCT2/2015, Especificaciones técnicas y disposiciones generales para la limpieza y control de remanentes de sustancias y residuos peligrosos en las unidades que transportan materiales y residuos peligrosos.  
DOF: 27-I-2016.
- Proyecto de Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2004, Constitución, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene en los centros de trabajo, para quedar como PROY-NOM-019-STPS-2010, Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.  
DOF: 04-XI-2010. Respuesta a comentarios 02-III-2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2012, Sistema para la administración del trabajo-Seguridad en los procesos y equipos críticos que manejen sustancias químicas peligrosas.  
DOF: 06-IX-2012. Última modificación 10-IX-2014.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b></p>	 <p><b>INPer</b></p>	<p><b>INPer-MP</b></p> <hr/> <p><b>Rev. 6</b></p> <hr/> <p><b>Hoja: 21 de 22</b></p>
---	--	---	--

- Norma Oficial Mexicana NOM-029-STPS-2011, mantenimiento de las instalaciones eléctricas en los centros de trabajo-condiciones de seguridad.  
DOF: 29-XII-2011.
- Norma Oficial Mexicana NOM-040-NUCL-2016, Requisitos de seguridad radiológica para la práctica de medicina nuclear.  
DOF: 04-VIII-2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SCT/2003, Documento de embarque de sustancias, materiales y residuos peligrosos.  
DOF: 27-I-2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-055-SEMARNAT-2003, que establece los requisitos que deben reunir los sitios que se destinarán para un confinamiento controlado de residuos peligrosos, previamente estabilizados.  
DOF: 03-XI-2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-058-SCFI-1999, Productos eléctricos-Balastros para lámparas de descarga eléctrica en gas-Especificaciones de seguridad, publicada el 20 de diciembre de 1999.  
DOF: 01-XI-2005.
- Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.  
DOF: 17-II-2003.
- Norma Oficial Mexicana NOM-154-SCFI-2005, Equipos contra incendio-Extintores-Servicio de mantenimiento y recarga.  
DOF: 26-XII-2005. Modificación 12-VII-2010.
- Norma para la operación del registro de Servidores Públicos.  
DOF: 24-IX-2012.
- Norma que regula las jornadas y horarios de labores en la Administración Pública Federal. Centralizada.  
DOF: 15-III-1999.
- Normas generales para el registro, afectación, disposición final y baja de bienes muebles de la Administración Pública Federal Centralizada.  
DOF: 30-XII-2004.

#### **Disposiciones Legales Internas**

- Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.  
DOF: 9-V-2013. Última reforma 09-II-2015.

#### **Otras Disposiciones Legales**

- Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, registradas en el Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje en el onceavo cuaderno de expediente R.S 13/83 del 11-X-2005 y autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público mediante oficio No. 101-439 de fecha 16-VI-2005.



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**





**INPer-MP**

**Rev. 6**



**Hoja: 22 de 22**

**III.- PROCEDIMIENTOS**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DG-MP-01</b>
	<b>Dirección General</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>1.- Atención de Asuntos Contenciosos</b>		<b>Hoja: 1 de 6</b>

## 1.- Atención de Asuntos Contenciosos



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p><b>INPer</b></p>	<b>INPer-DG-MP-01</b>
	<b>Dirección General</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>1.- Atención de Asuntos Contenciosos</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1.0 Propósito


- 1.1 Representar al Instituto en todos los juicios, ya sea en su carácter de autoridad responsable, demandado o actor, es decir, cuando sea llamado a juicio reclamándole alguna prestación, acto de autoridad o bien como ofendido o reclamante de algún derecho.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General (Departamento de Asuntos Jurídicos) y a todas las áreas del Instituto que se encuentren involucradas en los diversos asuntos contenciosos.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no es aplicable.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

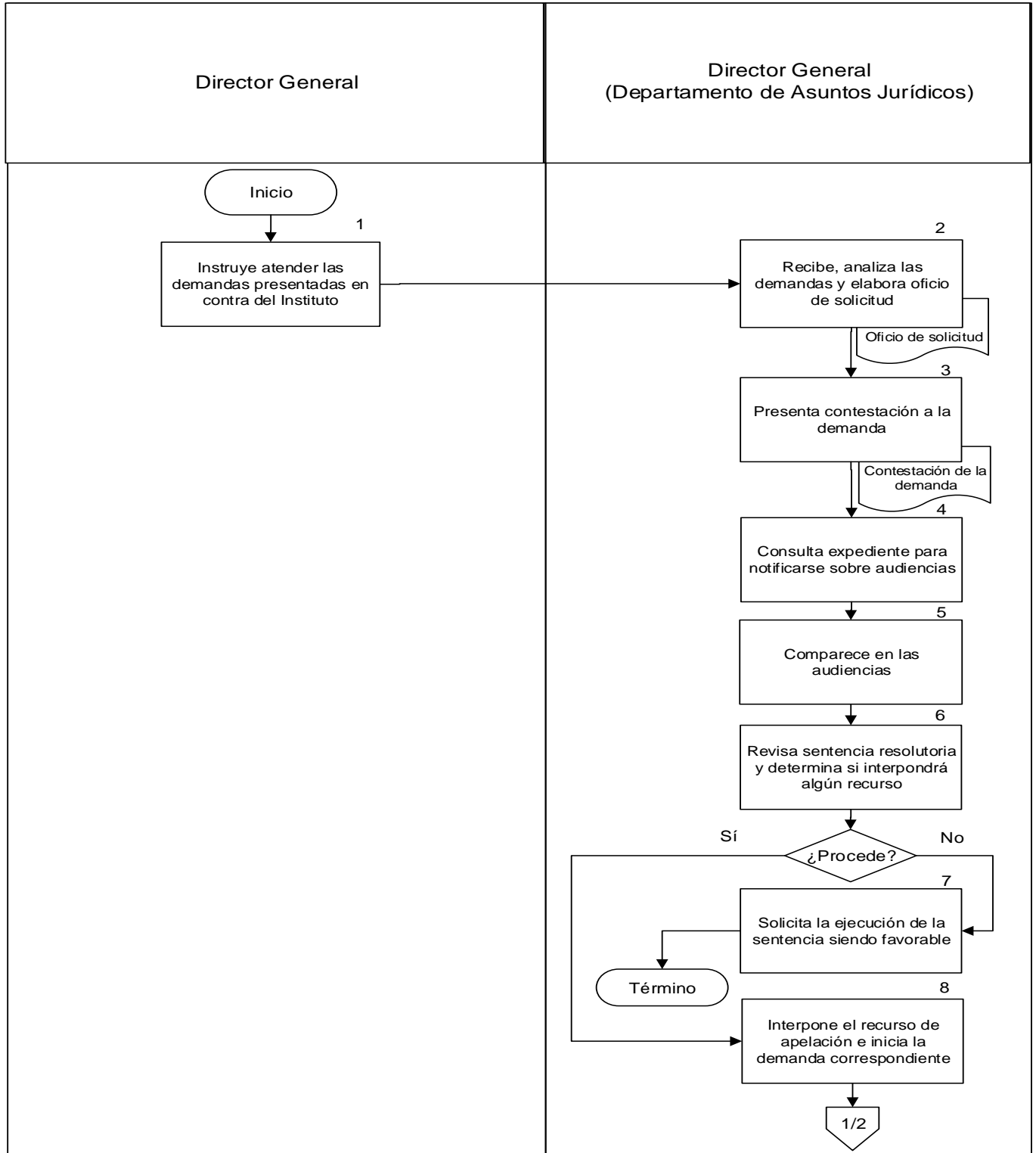
- 3.1 Sera responsabilidad de la Dirección General, verificar que el Departamento de Asuntos Jurídicos cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Representar al Director General o al INPer en todo litigio y/o conflicto penal, mercantil, administrativo, médico, laboral o civil, hasta la conclusión de la controversia, ante las autoridades y tribunales correspondientes.
  - Presentar denuncias de hechos o querellas ante la Procuraduría General de la República y cumplir con los requerimientos que esta solicite.
  - Efectuar los trámites legales necesarios ante las autoridades administrativas correspondientes para la solución de responsabilidades jurídicas del INPer.
  - Elaborar en tiempo y forma los documentos necesarios para dar contestación a cualquier tipo de demandas que se instauren en contra del Instituto.
  - Informar a la Dirección General las denuncias de hechos, querellas, desistimientos y perdones legales que procedan; con copia al área de origen del Instituto (Dirección Médica, de Investigación, de Educación en Ciencias de la Salud, de Planeación o de Administración y Finanzas).
  - Presentar trimestralmente los informes de los asuntos contenciosos y administrativos que permitan conocer el estado de los mismos.
  - Mantener actualizado y cuantificado en el informe trimestral, el monto de cada uno de los asuntos contenciosos (laborales, de asuntos penales, de juicios administrativos y otros) a través de distintos informes electrónicos (reinstalaciones, primas de antigüedad, juicios concluidos, penales y civiles).
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de las áreas del Instituto que se encuentren involucradas en los asuntos contenciosos cumplir con la siguiente política de operación norma y lineamiento:
- Proporcionar y entregar al Departamento de Asuntos Jurídicos la información y/o documentación que le sea solicitada para la mejor defensa de los intereses del Instituto.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección General</b>	
	<b>1.- Atención de Asuntos Contenciosos</b>	<b>Hoja: 3 de 6</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director General	1	Instruye al Departamento de Asuntos Jurídicos para que atienda las demandas presentadas en contra del Instituto, así como los asuntos legales, debiendo informar trimestralmente de la situación de los mismos.	
Director General (Departamento de Asuntos Jurídicos)	2	Recibe y analiza las demandas, elabora oficio de solicitud de documentos y/o constancias necesarios para contestación de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de solicitud</li> </ul>
	3	Presenta en forma física la contestación a la demanda ante la autoridad jurisdiccional correspondiente (en tiempo y forma) y recaba sello de recibido en la Oficialía de partes de dicha Autoridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contestación a la demanda</li> </ul>
	4	Asiste ante la Autoridad correspondiente a consultar el expediente para notificarse sobre día y hora de las audiencias programadas así como de los requerimientos judiciales.	
	5	Comparece en las audiencias programadas por la Autoridad Judicial realizando el desahogo de probanzas ofrecidas, interponiendo los recursos y presentando los alegatos correspondientes.	
	6	Revisa la sentencia resolutoria correspondiente y determina si interpondrá algún recurso. <b>¿Procede?</b>	
	7	<b>No:</b> Solicita la ejecución de la sentencia siendo favorable para el INPer. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	8	<b>Si:</b> Determina cuando no es favorable, el recurso que interpondrá de acuerdo a la materia del caso, e inicia la elaboración de la demanda de amparo y la presenta ante la Autoridad responsable, para que sea turnada al Tribunal Colegiado correspondiente.	
	9	Asiste a la Audiencia Constitucional el día y hora señalados.	
	10	Espera la Sentencia resolutoria del Juicio de Amparo (si es en favor de los intereses del Instituto, solicita su ejecutorización).	
	11	Elabora informe trimestral que contenga los pasivos contingentes (original para la Dirección de Administración y Finanzas, copia para la Dirección General y para el expediente).  Termina Procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe trimestral</li> </ul>

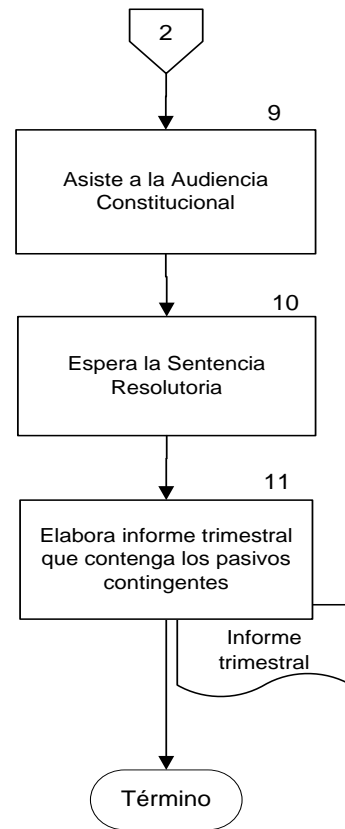
## 5.0 Diagrama de flujo

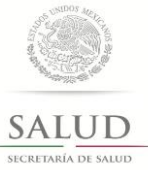




Director General

Director General  
(Departamento de Asuntos Jurídicos)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección General</b>	
	<b>1.- Atención de Asuntos Contenciosos</b>	<b>Hoja: 6 de 6</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de solicitud	6 Años	Departamento de Asuntos Jurídicos	2C.9
7.2 Acuse de recibido en contestación a la demanda	6 Años	Departamento de Asuntos Jurídicos	2C.9
7.3 Informe trimestral	2 Años	Departamento de Asuntos Jurídicos	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario



- 8.1 **Audiencia:** Sesión ante una autoridad jurisdiccional durante la cual, los litigantes pueden exponer sus argumentos.
- 8.2 **Comparecencia:** Presentarse ante un juzgado o tribunal para llevar a cabo un acto procesal, en el lugar donde ha sido llamado o convocado.
- 8.3 **Demanda:** Acto procesal por el cual una persona, se constituye por sí mismo en parte actora o demandante, inicia el ejercicio de la acción y formula su petición ante el órgano jurisdiccional.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 No Aplica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-02</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>		<b>Hoja: 1 de 21</b>

## 2.- Servicio de Consulta Externa

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-02</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>		<b>Hoja: 2 de 21</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Realizar la apertura de expediente médico mediante el registro y/o captura de datos para obtener la historia clínica correspondiente y canalizar a la paciente a su cita subsecuente con base en la patología propia a las diferentes especialidades y subespecialidades que brinda el INPer, así como solicitar los exámenes básicos de laboratorio y gabinete.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable ante la Dirección Médica y a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Departamento de Consulta Externa) quienes a través del equipo médico realizan la valoración a las pacientes para la proporcionarles la atención médica en el INPer.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las pacientes que acuden a los servicios médicos del INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, verificar que el Departamento de Consulta Externa, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
  - Recibir a la paciente en la consulta de primera vez en el horario preestablecido el mismo día de su valoración.
  - Indicar los estudios de laboratorio necesarios para su diagnóstico y tratamiento en la consulta subsecuente, de acuerdo a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en Salud.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con la siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
  - Supervisar que toda paciente que en la consulta de valoración médica haya sido aceptada para ingresar al INPer, cuente con su estudio socioeconómico, con el cual se inicia el procedimiento de apertura de expediente.
  - Proporcionar a la paciente su "Carnet de Citas" (2440-18) una vez asignado el nivel socioeconómico.
- 3.3 Será responsabilidad de los y las usuarios(as) de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
  - Acudir al Módulo de Control de Citas del Departamento de Consulta Externa, para programar citas subsecuentes.
  - Acudir a los servicios correspondientes para programar exámenes de laboratorio y gabinete.
  - Registrar su asistencia en el Módulo de Control de Citas, del Departamento de Consulta Externa.
  - Pagar el importe de la consulta y/o estudios correspondientes antes de presentarse al servicio y mostrar el recibo de pago al médico (a) que la efectúe.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 3 de 21</b>

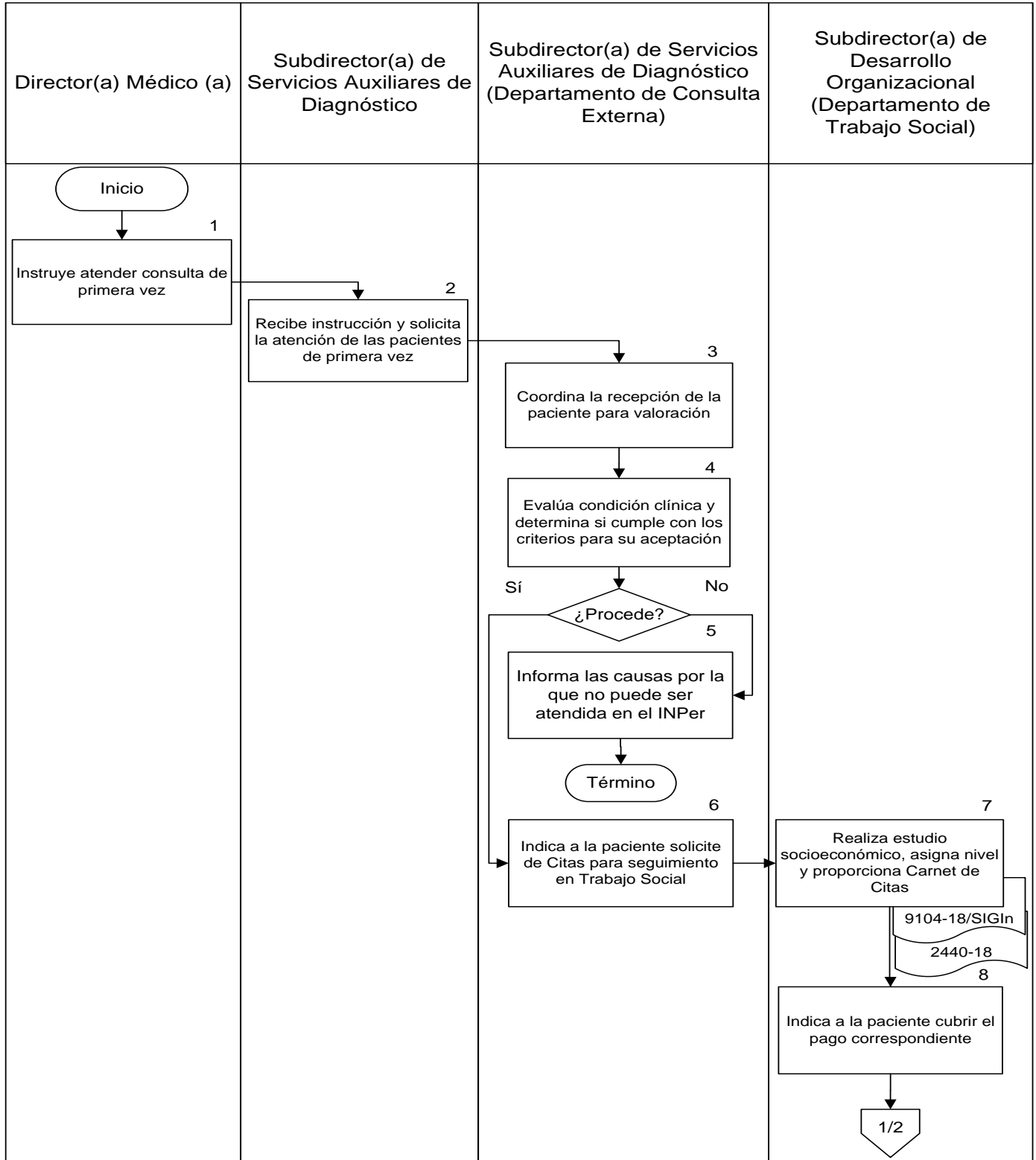
#### 4.0 Descripción del procedimiento

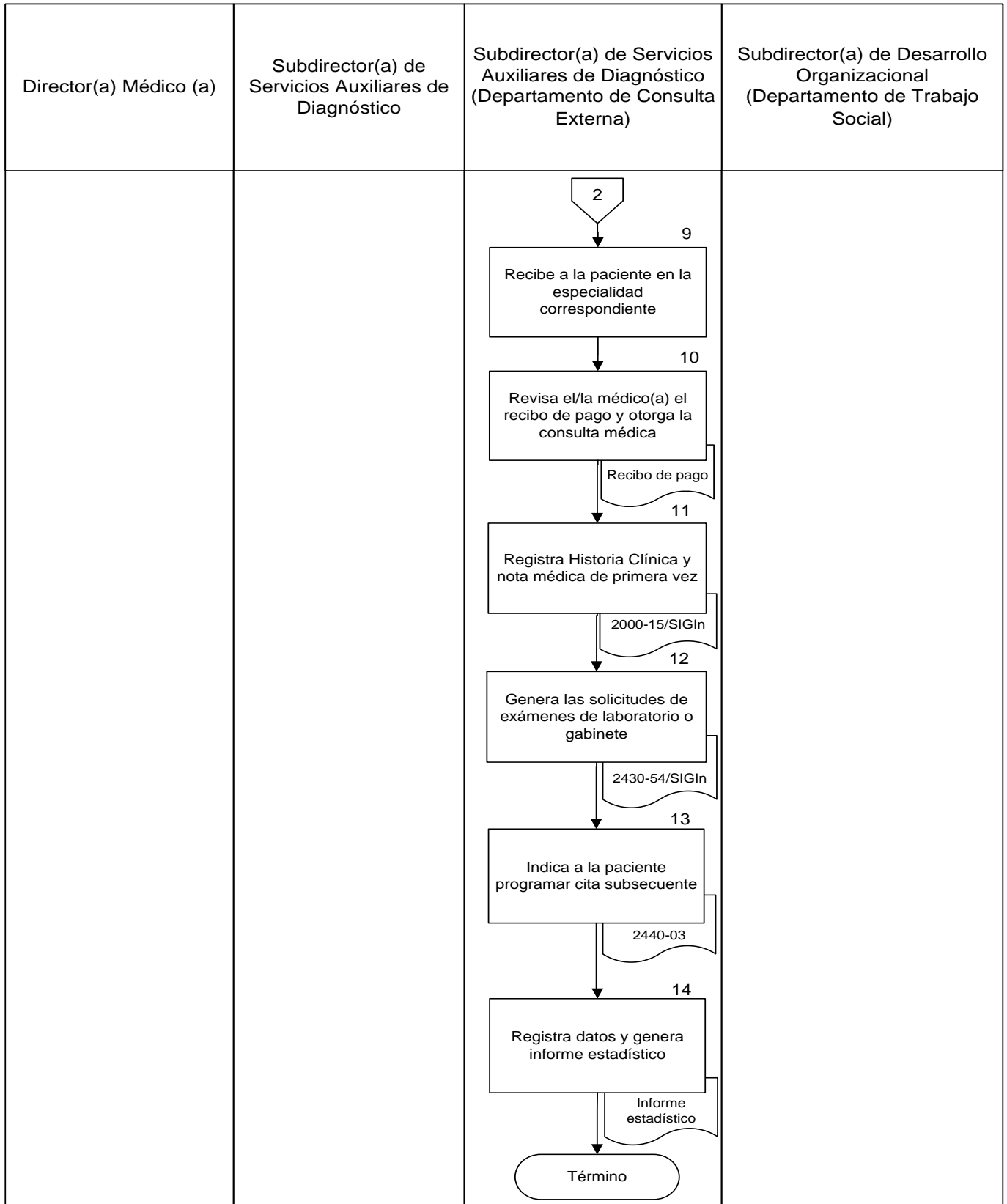
Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) Médico (a)	1	Instruye a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico atender la consulta de primera vez en el mismo día de la valoración de las pacientes.	
Subdirector(a) de Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Consulta Externa realice la atención de las pacientes que acuden a consulta de primera vez.	
Subdirector(a) de Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Departamento de Consulta Externa)	3	Recibe instrucción y coordina la recepción de la paciente para su valoración.	
	4	Evalúa condición clínica de la paciente y determina si cumple los criterios para su aceptación. <b>¿Procede?</b>	
	5	<b>No:</b> Informa a la paciente el motivo por el cuál no puede ser atendida en el INPer y comenta alternativas de hospitales para su atención. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	6	<b>Si:</b> Indica a la paciente acuda al Módulo de Control de Citas para que la canalice con el Departamento de Trabajo Social.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social)	7	Recibe a la paciente y captura información en el expediente clínico electrónico (SIGIn), para la realización del estudio socioeconómico, asigna nivel y proporciona Carnet de Citas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-18/SIGIn</li> <li>• 2440-18</li> </ul>
	8	Indica a la paciente cubrir el importe correspondiente al pago de consulta en el área de cajas y entregue copia del recibo de pago a el/la médico (a) que le atienda.	
Subdirector(a) de Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Departamento de Consulta Externa)	9	Recibe a la paciente en el consultorio señalado para la especialidad correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibo de pago</li> <li>• 2000-15/SIGIn</li> </ul>
	10	Revisa el/la médico(a) el recibo de pago y otorga la consulta médica.	
	11	Registra y/o captura en sistema electrónico los datos para la Historia Clínica y la nota médica de primera vez.	


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 4 de 21</b>

<b>Responsable</b>	<b>N° Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector(a) de Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Departamento de Consulta Externa)	12	Genera y/o registra en el sistema, las solicitudes de exámenes de laboratorio o gabinete y los imprime.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2430-54/SIGIn</li> </ul>
	13	Indica a la paciente acuda al Módulo de Control de Citas para programar la fecha de la cita subsecuente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-03</li> </ul>
	14	Registra los datos necesarios para generar el informe estadístico y envía al Departamento de Estadística y Metas Institucionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Estadístico</li> </ul>
<b>Termina Procedimiento</b>			

### 5.0 Diagrama de Flujo





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 7 de 21</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 2013 09/2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Estudio Socioeconómico	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-18
7.2 Carnet de Citas	N/P	Paciente	2440-18
7.3 Copia Recibo de pago	N/P	N/P	N/P
7.4 Historia Clínica y Nota de primera vez	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2000-15
7.5 Solicitud de Laboratorio Clínico	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2430-54
7.6 Informe Estadístico	6 Años	Departamento de Estadística	11C.12

## 8.0 Glosario


8.1 **Estudio Socioeconómico:** Evaluación cuantitativa que le permite a la Trabajadora Social clasificar a las pacientes de acuerdo a su condición económica.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos



10.1 Estudio Socioeconómico	(9104-18)
10.2 Carnet de Citas	(2440-18)
10.3 Historia Clínica y Nota de primera vez	(2000-15)
10.4 Solicitud de Laboratorio Clínico	(2430-54)

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 8 de 21</b>

## 10.1 Estudio Socioeconómico



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO</b> <b>ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b> <b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>	 <small>INPer</small>
VIGENCIA: (1)	CURP: (2)	EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)		
FECHA DE NACIMIENTO: (5)	EDAD: (6)	NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)
<b><u>DOMICILIO PERMANENTE</u> (8)</b>		
CALLE:		
COLONIA:	MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:	ESTADO:	
TIPO DE VIALIDAD:	TIPO DE ASENTAMIENTO:	
TELÉFONO:	CELULAR U OTROS:	
RESIDENCIA: (9)	OTRO PAÍS:	
<b><u>DOMICILIO TEMPORAL</u> (10)</b>		
CALLE:		
COLONIA:	MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:	ESTADO:	
TELÉFONO:	CELULAR U OTROS:	
NACIONALIDAD: (11)	ESTADO DE NACIMIENTO:	
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:		
PERSONA RESPONSABLE: (12)		
PARENTESCO:		
TELÉFONO:	EXTENSIÓN:	
<b><u>ESTUDIO SOCIAL</u></b>		
FECHA DE ESTUDIO: (13)	REALIZADO EN: (14)	
TIPO PACIENTE: (15)	EMERGENCIA OBST: (16)	
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?	SEM. GESTACIÓN: (18)	
CANALIZADO POR: (20)	SERV. MÉDICO: (19)	
ESTADO CIVIL: (22)	CANALIZADO EN FORMA: (21)	
	EDAD COMPAÑERO: (23)	
	NO. SEGURO SOCIAL:	
Página 1 de 4		
Montes Urales N° 800, Lomas de Virreyes, CP. 11000. Ciudad de México Licencia Sanitaria N° 1011011039 9104-18		


## 10.1 Estudio Socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b> <b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>	 <small>INPer</small>
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECONÓM.:
NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (24)		
EDAD HIJOS: (25)		EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE: (26)		
RELIGIÓN COMPAÑERO:		
<b><u>ESCOLARIDAD</u> (27)</b>		
ESCOLARIDAD:	COMPAÑERO:	
AÑOS DE ESTUDIO:	AÑOS DE ESTUDIO:	
<b><u>INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS</u> (28)</b>		
¿COMUNIDAD INDÍGENA?:	DESCRIPCIÓN:	
UBICACIÓN:		LENGUA:
<b><u>CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO</u> (29)</b>		
OCUPACIÓN PACIENTE:		
DESCRIPCIÓN:		
OCUPACIÓN COMPAÑERO:		
DESCRIPCIÓN:		
PRINCIPAL APORTADOR: (30)		
PUNTOS: (31)		
<b><u>INGRESO FAMILIAR MENSUAL</u> (32)</b>		
PACIENTE:	COMPAÑERO:	OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (33)		TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO:		PUNTOS: (34)






### 10.1 Estudio Socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	 <small>INPer</small>																										
<b>IDENTIFICACIÓN</b>																												
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:																										
NOMBRE DEL PACIENTE:																												
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECON.:																										
<b>DESGLOSE DE EGRESOS (35)</b>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">TIPOS DE EGRESOS</th> <th style="width: 30%;">IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alimentación Despensa</td><td></td></tr> <tr><td>Renta/ Hipoteca</td><td></td></tr> <tr><td>Agua</td><td></td></tr> <tr><td>Luz</td><td></td></tr> <tr><td>Gas</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos Escolares</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos en Salud</td><td></td></tr> <tr><td>Transporte</td><td></td></tr> <tr><td>Servicios Domésticos</td><td></td></tr> <tr><td>Consumos Adicionales</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>TOTAL:</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE	Alimentación Despensa		Renta/ Hipoteca		Agua		Luz		Gas		Teléfono		Gastos Escolares		Gastos en Salud		Transporte		Servicios Domésticos		Consumos Adicionales		<b>TOTAL:</b>	
TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE																											
Alimentación Despensa																												
Renta/ Hipoteca																												
Agua																												
Luz																												
Gas																												
Teléfono																												
Gastos Escolares																												
Gastos en Salud																												
Transporte																												
Servicios Domésticos																												
Consumos Adicionales																												
<b>TOTAL:</b>																												
EGRESO MENSUAL: (36)																												
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:																												
PUNTOS: (37)																												
SITUACIÓN ECONÓMICA: (38)																												
<b>VIVIENDA (39)</b>																												
TIPO TENENCIA:	SERV. INTRADOMICILIARIOS:																											
PUNTOS:	PUNTOS:																											
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:																												
PUNTOS:																												
NÚMERO DE DORMITORIOS:																												
PUNTOS:																												
PERSONAS POR DORMITORIO:																												
PUNTOS:																												
SERVICIOS PÚBLICOS:																												
PUNTOS:																												
TIPO DE VIVIENDA:																												
PUNTOS:	<b>TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (40)</b>																											
<b>ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR</b>																												
TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (41)																												
PUNTOS: (42)																												
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (43)		PUNTOS: (44)																										
LUGAR DONDE SE ATIENDE:																												
NÚMERO DE ENFERMOS: (45)																												
PUNTOS: (46)	<b>EMPLEADO DEL INPer (47)</b>																											
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48)																												
		<b>TOTAL PUNTOS (49)</b>																										

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 11 de 21</b>

## 10.1 Estudio Socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	 <small>INPer</small>
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NOVEL SOC. ECON.:
<b>DIAGNÓSTICOS SOCIALES (50)</b>		
DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:		
REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:	(51)	FIRMA:
RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO		
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASI MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA. AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA.		
NOMBRE:	(52)	FIRMA:
HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL. ACEPTO QUE SI NO CUMPLO CON ESTE REQUISITO EN LA FECHA SEÑALADA, SE ME AUMENTARÁN DOS NIVELES MÁS AL QUE SE ME ASIGNO INICIALMENTE.		
NOMBRE:		FIRMA:
<small>Página 4 de 4</small>		
<small>Montes Urales N° 800, Lomas de Virreyes, CP. 11000. Ciudad de México. Licencia Sanitaria N° 1011211039 9104-18</small>		


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 12 de 21</b>

## 10.1 Estudio Socioeconómico

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO “ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO”

9104-18


N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	VIGENCIA	Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años)
2	CURP	Clave Única de Registro de Población de la Paciente
3	EXPEDIENTE	Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información
4	NOMBRE DE LA PACIENTE	Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia de ésta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno
5	FECHA NACIMIENTO	Día, mes y año en que nació la paciente. En caso de que se desconozca se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato
6	EDAD	Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento
7	NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social
8	DOMICILIO PERMANENTE	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado donde se encuentra el domicilio de la paciente, así como número telefónico fijo y celular para su localización
9	RESIDENCIA, OTRO PAÍS	Área geográfica en que reside o nombre del país en caso de tratarse de paciente extranjera
10	DOMICILIO TEMPORAL	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado en dónde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización
11	NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO	Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la República y municipio
12	PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN	Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, y número telefónico y extensión para su localización

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 13 de 21</b>

## 10.1 Estudio Socioeconómico


13	FECHA DE ESTUDIO	Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico
14	REALIZADO EN	Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico
15	TIPO DE PACIENTE	Diagnóstico de ingreso de la paciente
16	EMERGENCIA OBSTÉTRICA	<p>Urgencias (se despliega el siguiente menú):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente sea referida oficialmente por el IMSS o ISSSTE</li> <li>- Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente tenga IMSS o ISSSTE pero acudió por propia iniciativa</li> <li>- Nota: el médico que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de trabajo Social</li> <li>- Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuenta o no con Seguridad Social pero que no se trate de una urgencia obstétrica</li> </ul>
17	¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL	Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso)
18	SEMANAS DE GESTACIÓN	Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente
19	SERVICIO MÉDICO	Tipo de Seguridad Social incluyendo Seguro de Gastos Médicos
20	CANALIZADO POR	Institución que deriva a la paciente al Instituto
21	CANALIZADA EN FORMA	Especificar la forma en que fue canalizada la paciente. Si es de manera oficial deberá contar con oficio
22	ESTADO CIVIL	Condición civil de la paciente
23	EDAD COMPAÑERO	Años cumplidos del esposo o compañero
24	NÚMERO DE HIJOS VIVOS	Número de hijos/as vivos/as
25	EDAD DE HIJOS/AS	Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de menor a mayor
26	RELIGIÓN PACIENTE, COMPAÑERO	Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja
27	ESCOLARIDAD	Tipo de escolaridad y años de estudios de la paciente y su compañero
28	INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS	Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, dónde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 14 de 21</b>

## 10.1 Estudio Socioeconómico

29	CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO	Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo
30	PRINCIPAL APORTADOR	De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo
31	PUNTOS	Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
32	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros
33	DEPENDIENTES ECONÓMICOS	Número de personas que dependen del total del ingreso familiar
34	PUNTOS	Total de puntos que se obtienen del ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
35	DESGLOSE DE EGRESOS	Egreso mensual referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado
36	EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA	Total de egresos mensuales multiplicados por 100 y divididos entre el total de ingreso familiar
37	PUNTOS	Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
38	SITUACIÓN ECONÓMICA	Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico
39	VIVIENDA	Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto
40	TOTAL VIVIENDA PUNTOS	Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del nivel socioeconómico
41	TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE	Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llegó a la Institución) y el momento de la entrevista
42	PUNTOS	Puntuación que se obtiene de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 15 de 21</b>

## 10.1 Estudio Socioeconómico

43	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN	Sí/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención médica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende
44	PUNTOS	Puntuación que se obtiene de presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico
45	NÚMERO DE ENFERMOS	Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos
46	PUNTOS	Puntuación obtenida de número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
47	EMPLEADO/A DEL INPer	El nombre completo, número de credencial y sueldo cuando se trate de paciente empleado/a del Instituto, madre, esposa o hija; previa verificación de datos a través del recibo de pago, credencial, acta de nacimiento, de matrimonio, según sea el caso
48	DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE	Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso
49	TOTAL DE PUNTOS	La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel
50	DIAGNÓSTICOS SOCIALES	Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos
51	REALIZÓ EL ESTUDIO LA T.S., FIRMA	El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma
52	NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE	Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado

**10.2 Carnet de Citas**

**RECOMENDACIONES**

- SEA USTED PUNTUAL**

En el Servicio de Consulta Externa, la Puntualidad es indispensable para el correcto funcionamiento del mismo y una mejor atención a Ud.
- Procure **NO OLVIDAR** esta tarjeta cuando acuda al Instituto, sin ella no podemos atenderla adecuadamente
- Para cualquier aclaración de sus consultas llame al Tel.: 55 20 99 00  
Ext.: 295, 296, 297



(1)



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
Carnet de Citas**

(2)

FECHA:  **(3)**   
DÍA MES AÑO


**2440-18**

CONSULTA EXTERNA		
FECHA	HORA	SERVICIO
(4)	(5)	(5)

FECHA	HORA	SERVICIO

**“AHORRE TIEMPO, PAGUE POR ANTICIPADO SU ATENCIÓN LAS 24 HORAS DEL DÍA”**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 17 de 21</b>


## 10.2 Carnet de Citas

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “CARNET DE CITAS”

2440-18

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL	El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente.
3	FECHA	El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá el o la paciente.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>2.- Servicio de Consulta Externa</b>	<b>Hoja: 18 de 21</b>

### 10.3 Historia Clínica y Nota de Primera Vez



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA



#### HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN DE PRIMERA VEZ

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

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **EXPEDIENTE:** \_\_\_\_\_

**BÁSICOS:** Edad: \_\_\_\_ Gestas: \_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_ Cesáreas: \_\_\_\_ Ectópicos: \_\_\_\_ Grupo RH: \_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

DIABETES: \_\_\_\_\_

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: \_\_\_\_\_

CÁNCER: \_\_\_\_\_

GENÉTICOS: \_\_\_\_\_

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

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

CIRUGÍAS PREVIAS: \_\_\_\_\_

PATOLOGÍAS DE BASE 1: \_\_\_\_\_

PATOLOGÍA DE BASE 2: \_\_\_\_\_

PATOLOGÍA DE BASE 3: \_\_\_\_\_

ALÉRGICAS: \_\_\_\_\_

TRANSFUSIONES: \_\_\_\_\_

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

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:**

ORIGINARIA DE: \_\_\_\_\_ RESIDENTE DE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

TABAQUISMO: \_\_\_\_\_ ALCOHOLISMO: \_\_\_\_\_

DROGADICCIÓN: \_\_\_\_\_

PAREJA EDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TOXICOMANIAS: \_\_\_\_\_

ESTADO DE SALUD PAREJA: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:**

MENARCA: \_\_\_\_\_ CICLOS: \_\_\_\_\_ RITMO: \_\_\_\_\_ DISMENORREA: \_\_\_\_\_

IVSA: \_\_\_\_\_ PAREJAS SEXUALES: \_\_\_\_\_ METODO DE PF: \_\_\_\_\_

ÚLTIMO PAP (AÑO): \_\_\_\_\_ RESULTADO: \_\_\_\_\_

**2000-15**

Montes Urales 800 Lomas Virreyes Del. Miguel Hidalgo Ciudad de México CP. 11000  
 Conmutador: 5520 9900  
 www.inper.mx

### 10.3 Historia Clínica y Nota de Primera Vez

**EMBARAZOS PREVIOS:**

AÑO	EDAD GESTACIONAL Y VIA DE NACIMIENTO:	SEXO:	PESO:	VIVO/SANO:	HOSPITAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**SUBJETIVO:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**  
 PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_ I.M.C.: \_\_\_\_\_ T/A: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_  
 ESTADO GENERAL: \_\_\_\_\_  
 CRANEO: \_\_\_\_\_  
 CUELLO: \_\_\_\_\_  
 TORAX: \_\_\_\_\_  
 MAMAS: \_\_\_\_\_  
 ABDOMEN: \_\_\_\_\_  
 GENITALES: \_\_\_\_\_  
 EXTREMIDADES: \_\_\_\_\_

**ANÁLISIS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PLAN:**  
 ESTUDIOS SOLICITADOS: \_\_\_\_\_  
 INTERCONSULTAS: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS PRESCRITOS: \_\_\_\_\_  
 PRÓXIMA CITA A CONSULTA: \_\_\_\_\_  
 OTROS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA DEL/LA MÉDICO/A QUE ELABORÓ

### 10.4 Solicitud de Laboratorio Clínico



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**  
**ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**  
**DIRECCIÓN MÉDICA**  
**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS**  
**AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO**  
**DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL**  
**SOLICITUD DE LABORATORIO CLÍNICO**



Nombre: _____
Expediente: _____

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ semanas  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Médico/a solicitante: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
 Servicio solicitante: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

<b>B I O Q U Í M I C A</b>		
2401 <input type="checkbox"/> Glucosa	2416 <input type="checkbox"/> Lactato Deshidrogenasa	2446 <input type="checkbox"/> Cistatina C **
2402 <input type="checkbox"/> Urea	2417 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina	2447 <input type="checkbox"/> Albúmina en Orina
2403 <input type="checkbox"/> Creatinina	2419 <input type="checkbox"/> Bilirrubinas	2426 <input type="checkbox"/> Urea Urinaria
2404 <input type="checkbox"/> Ácido Úrico	2420 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 60 min.	2427 <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria
2405 <input type="checkbox"/> Colesterol	2422 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 120 min.	2429 <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina ( Orina de 24 hrs. y Suero )
2428 <input type="checkbox"/> Triglicéridos	2423 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs. ( NO embarazo, 2 tomas de sangre )	2430 <input type="checkbox"/> Electrol. Urinarios ( Na, K, Cl )
2433 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Alta Dens.	2448 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs. ( Embarazo, 3 tomas de sangre )	2436 <input type="checkbox"/> Calcio Urinario
2434 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Baja Dens.	2431 <input type="checkbox"/> Fósforo	2437 <input type="checkbox"/> Proteínas Urinarias
2406 <input type="checkbox"/> Proteínas	2432 <input type="checkbox"/> Calcio Iónico	9930 <input type="checkbox"/> Perfil Hemodiálisis ( Glucosa, Urea, Creatinina, Acido Úrico, Albúmina, Na, K, Cl )
2407 <input type="checkbox"/> Albúmina	2441 <input type="checkbox"/> Gamma Glutamyl transferasa ( GGT )	
2408 <input type="checkbox"/> Electrolitos ( Na, K, Cl )	2456 <input type="checkbox"/> Amilasa **	
2412 <input type="checkbox"/> Calcio	2457 <input type="checkbox"/> Lipasa **	
2413 <input type="checkbox"/> Magnesio	2445 <input type="checkbox"/> Ácidos Biliares **	
2414 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Oxalacética		
2415 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Pirúvica		

<b>H E M A T O L O G Í A</b>		
2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa	2628 <input type="checkbox"/> Hemo. Fetal APT ( cualitativa )	2632 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VIII
2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos	2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa	2633 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. IX
2613 <input type="checkbox"/> Médula ósea	2640 <input type="checkbox"/> Dímeros D	2634 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. XI
2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular		2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica
2615 <input type="checkbox"/> Tiempo de Sangrado ( I V Y )		2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina
2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación ( TP Y TTP )		2645 <input type="checkbox"/> Proteína C
2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno		2646 <input type="checkbox"/> Proteína S
2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúpico		
2621 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina		
2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III		

**ESTUDIO ESPECIALES**  
(Autorización del Hematólogo)

2624  Corrección con plasma

2629  Fact. de Coag. V

2630  Fact. de Coag. VII

2631  Fact. de Coag. X

<b>L Í Q U I D O S B I O L Ó G I C O S</b>		
2501 <input type="checkbox"/> Examen General de Orina	2514 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Pool Vaginal	2512 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. de Ascitis
2505 <input type="checkbox"/> Cristalografía	2504 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Pericárdico	2513 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Peritoneal
2503 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar Fetal (Líquido Amniótico)	2510 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Pleural	2502 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Cefalorraq.

<b>M A R C A D O S T U M O R A L E S</b>		
2450 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 15-3	2453 <input type="checkbox"/> CEA Carcinoembrionario	2442 <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático
2451 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 125	2454 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 19-9	2443 <input type="checkbox"/> Fracción libre de Antígeno Prostático
2452 <input type="checkbox"/> AFP Alfetoproteínas	1509 <input type="checkbox"/> HCG	

\*\* NO DISPONIBLES

**2430-54**

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

### 10.4 Solicitud de Laboratorio Clínico



B A N C O   D E   S A N G R E		
2701 <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo	2706 <input type="checkbox"/> Título de Anticuerpos	2711 <input type="checkbox"/> Gamma Globulina Anti-D
2702 <input type="checkbox"/> Coombs Directo	2707 <input type="checkbox"/> Fenotipo Rh-Hr	2712 <input type="checkbox"/> Pruebas de Hemocompatibilidad
2703 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Irregulares	2708 <input type="checkbox"/> Otros Fenotipos	2713 <input type="checkbox"/> Servicio de Transfusión
2704 <input type="checkbox"/> Anti A Inmune	2709 <input type="checkbox"/> Eluido	
2705 <input type="checkbox"/> Anti B Inmune	2710 <input type="checkbox"/> Absorción	

I N M U N O L O G Í A		
2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. ( orina )	2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H	2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B
2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG	2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra V.I.H. ( Confirmat )	2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B
2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM	2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson	2142 <input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B 19 IgG
2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA	2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva	2143 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgG
2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Completo	2124 <input type="checkbox"/> Widal O	2145 <input type="checkbox"/> Antic. contra Herpes IgM
2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Completo	2125 <input type="checkbox"/> Widal H	2147 <input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B19 IgM
2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide	2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A	2148 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgM
2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG	2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B	2149 <input type="checkbox"/> Antic. contra HCV ( confirmatoria )
2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM	2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix	2150 <input type="checkbox"/> Subpoblaciones CD4 / CD8
2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG	2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas	2151 <input type="checkbox"/> Ac vs HAV IgG
2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM	2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cualitativo )	2152 <input type="checkbox"/> Ac vs AgE de HBV
2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticomegalovirus IgG	2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticomegalovirus IgM	2153 <input type="checkbox"/> Ac vs Core IgG HBV
2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cuantitativo )	2136 <input type="checkbox"/> Antic. contra Ags HB	
2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas	2137 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis A IgM	
2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B	2138 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis C	



E N D O C R I N O L O G Í A		
2001 <input type="checkbox"/> Hormona Luteinizante	2009 <input type="checkbox"/> Tirotopina (TSH)	2007 <input type="checkbox"/> 17 Alfa Hidroxiprogesterona
2002 <input type="checkbox"/> Hormona Foliculoestimulante	2015 <input type="checkbox"/> Tiroxina libre	2010 <input type="checkbox"/> Testosterona total
2003 <input type="checkbox"/> Estradiol	2018 <input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroglobulina	2022 <input type="checkbox"/> SHBG
2004 <input type="checkbox"/> Progesterona	2019 <input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroperoxidasa	7005 <input type="checkbox"/> Hormona Antimülleriana**
2005 <input type="checkbox"/> Prolactina	2011 <input type="checkbox"/> Insulina	2017 <input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipina
2006 <input type="checkbox"/> Sub. U. Beta de Gonad. Coriónica	2020 <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glucosilada	2023 <input type="checkbox"/> Parathormona
2016 <input type="checkbox"/> Cortisol	2012 <input type="checkbox"/> DHEA-S	
2008 <input type="checkbox"/> Triyodotironina total	2013 <input type="checkbox"/> Androstenediona	

**\*\* NO DISPONIBLES**

**ANTES DE PASAR A LABORATORIO CENTRAL, FAVOR DE AGENDAR SU SIGUIENTE CITA CON SU MÉDICO/A TRATANTE**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-03</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>		<b>Hoja: 1 de 15</b>

### 3.- Otorgar consultas de urgencias

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-03</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>		<b>Hoja: 2 de 15</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Proporcionar atención ginecológica y obstétrica de urgencias a toda paciente que por la complejidad de algún padecimiento gineco-obstétrico requiera atención inmediata, hasta lograr su estabilidad médica y canalizarla al servicio que requiera o a otra Institución.

## 2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias, (Servicio de Urgencias)) encargados de proporcionar la atención; así como a las áreas médicas solicitantes.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las usuarias que requieran de los servicios médicos de urgencias del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a través del Departamento de Tococirugía y Urgencias, verifique, que el Servicio de Urgencias, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Verificar que se proporcione atención médica para pacientes ginecológicas y obstétricas en el servicio de urgencias las 24 horas de los 365 días del año identificando la complejidad de su padecimiento y determinar el plan de acción para su atención.
- Proporcionar atención médica expedita a pacientes embarazadas cuya patología se considere una emergencia obstétrica, sin importar la afiliación de asistencia social que presenten, conforme a lo descrito en el Artículo 64 Bis 1 de la Ley General de Salud.
- Determinar, el médico (a) del servicio de urgencias si la paciente se encuentra embarazada, la clasificación del padecimiento que presenta para considerarse como emergencia obstétrica dentro de alguna o algunas de las 171 intervenciones del anexo 2 establecidos en el Convenio General para Emergencias Obstétricas.
- Atender las referencias de pacientes solicitadas por hospitales externos y ratificar el diagnóstico para la atención en el INPer en materia de salud materna y perinatal.
- Autorizar todas las consultas de urgencias a través del/la médico (a) adscrito (a) y/o Residente para los 3 turnos y fines de semana y en caso de no encontrarse en materia de salud materna y perinatal, estabilizar su estado de salud y referir.
- Supervisar los médicos(as) adscritos(as) las acciones que realizan los residentes en el Servicio de Urgencias para evaluar su desempeño y retroalimentar la parte clínica contribuyendo a mejorar el nivel educativo.
- Verificar que las pacientes con solicitud de traslado de otra Institución para ser atendidas en el INPer, hayan sido referidas previamente vía telefónica y/o mediante solicitud por correo electrónico y autorización de su atención por el Director(a) Médico (a) del INPer, Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia o Jefe (a) del Departamento de Tococirugía y Urgencias.
- Enviar el médico (a) que gestiona la atención de pacientes referidas mediante correo electrónico a la unidad de referencia la hoja informativa y de consentimiento informado para que dicha unidad solicite la firma de la paciente y familiares.




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-03</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>		<b>Hoja: 3 de 15</b>

- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a las(os) pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva.
  - Resguardar el personal adscrito al servicio de urgencias, las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas que sean entregadas al personal médico para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como, notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar entrevista con el familiar de la paciente y/o paciente para la apertura de expediente, determinar si cuenta con seguridad social, de no ser así sugerir la afiliación al Sistema Nacional de Protección en Salud (Seguro Popular).
- 3.3 Será responsabilidad de las usuarias de los servicios médicos de urgencias del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Efectuar el pago correspondiente de la consulta de urgencias y presentar la copia del recibo de pago a el/la médico(a) responsable, con base al nivel socioeconómico que presente.
  - Efectuar el pago correspondiente de los servicios utilizados en el momento que le sea requerido, con base al nivel socioeconómico que presente.
  - Presentar los documentos correspondientes de su filiación de seguridad social para los registros en el Instituto.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>	<b>Hoja: 4 de 15</b>

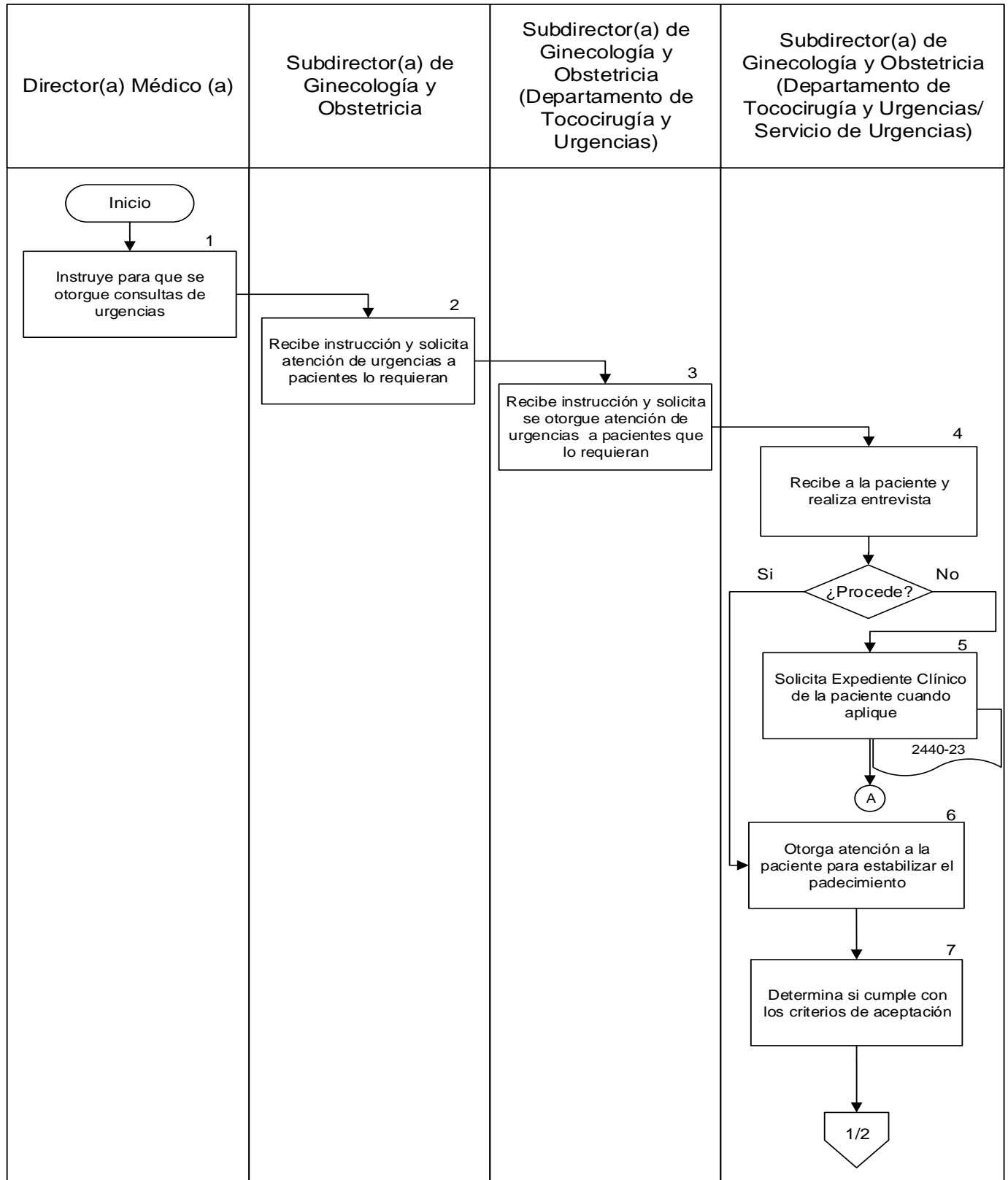
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) Médico(a)	1	Instruye a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia otorgar consultas de urgencias.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Tococirugía y Urgencias, indique al Servicio de Urgencias proporcione atención de urgencias, a las pacientes que requieran de los servicios.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias)	3	Recibe instrucción y solicita al Servicio de Urgencias, otorgue atención de urgencias, a las pacientes con y sin Expediente Clínico cuando por su padecimiento así lo soliciten.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias/Servicio de Urgencias)	4	Recibe a la paciente conforme a la priorización del Triage y la entrevista para determinar si acude por primera vez al servicio de urgencias del INPer. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-23</li> <li>• 2000-03</li> <li>• Copia de recibo de pago</li> </ul>
	5	<b>No:</b> Solicita, el Expediente Clínico de la paciente cuando aplique, al Servicio de Archivo Clínico mediante el "Vale de Archivo Clínico", recaba la firma autorizada del/la médico(a). <b>Pasa actividad No. 9.</b>	
	6	<b>Sí:</b> Otorga atención a la paciente para estabilizar el padecimiento. Continúa procedimiento.	
	7	Determina si el padecimiento de la paciente cumple con los criterios de aceptación del INPer y/o emergencia obstétrica. <b>¿Procede?</b>	
	8	<b>No:</b> Proporciona información apoyándose en el formato "Sugerencia de Hospitales" con los lugares donde puede ser atendida. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	9	<b>Si:</b> Envía al familiar de la paciente a la caja general a realizar el pago de la consulta, cuando así se haya determinado, con base a su padecimiento y seguridad social mientras tanto brinda la atención médica a la paciente de acuerdo a la urgencia médica.	
	10	Registra en la plataforma electrónica correspondiente, los datos generales de la paciente así como la hora de ingreso y en su caso la clasificación de la cartera en la que se ubica la atención de la paciente.	
	11	Conduce la/el enfermera(o) en turno a la paciente al cubículo de exploración, la prepara para revisión y notifica a el/la médico(a) para que otorgue consulta.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>	<b>Hoja: 5 de 15</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias/Servicio de Urgencias)	11	Conduce la/el enfermera(o) en turno a la paciente al cubículo de exploración, la prepara para revisión y notifica a el/la médico(a) para que otorgue consulta.	
	12	Revisa el/la médico(a) a la paciente para determinar el diagnóstico, captura y/o requisita la "Hoja de evolución de Urgencias", solicita exámenes de laboratorio y/o auxiliares de diagnóstico necesarios para emitir un diagnóstico final y determina si por el padecimiento requiere hospitalización. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-16</li> </ul>
	13	<b>No:</b> Anota y/o captura en la plataforma electrónica correspondiente el diagnóstico, tratamiento a seguir, así como su destino o alta. <b>Termina Procedimiento. En caso de alta.</b> Entrega formato "Hoja de evolución de urgencias".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-16</li> </ul>
	14	<b>Sí:</b> Solicita al familiar de la paciente en caso de no contar con N°. de expediente, acuda a Trabajo Social para la realización de estudio socioeconómico.	
	15	Ejecuta acciones para hospitalización y/o quirófano según sea el caso y para toma de exámenes correspondientes con el apoyo de Enfermería.	
<b>Termina Procedimiento</b>			

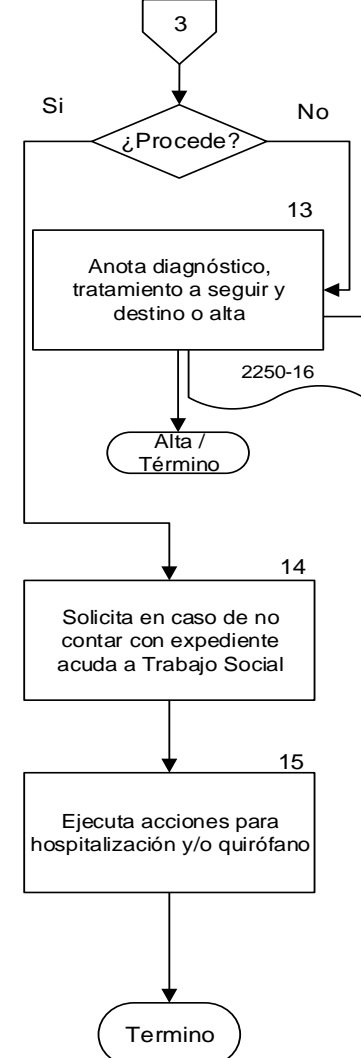
### 5.0 Diagrama de Flujo






Director(a) Médico(a)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias/ Servicio de Urgencias)
			<pre>graph TD; 2[2] --&gt; D{¿Procede?}; D -- Si --&gt; 8[Proporciona información sobre Hospitales donde puede ser atendida]; D -- No --&gt; 8; 8 --&gt; T1([Término]); T1 --&gt; 9[Envía al familiar de la paciente a realizar el pago correspondiente]; 9 --&gt; 10[Registra los datos generales de la paciente]; 10 --&gt; 11[Prepara la enfermera (o) a la paciente para su revisión]; 11 --&gt; 12[Revisa el médico (a) a la paciente para determinar si requiere hospitalización]; 12 --&gt; 2_3[2/3]; 9 --&gt; 8; A((A)) --&gt; 9; 11 -- Copia de recibo de pago --&gt; 10; 12 -- 2250-16 --&gt; 12;</pre>



Director(a) Médico (a)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Tococirugía y Urgencias/ Servicio de Urgencias)
			 <pre>graph TD; Start([3]) --&gt; Decision{¿Procede?}; Decision -- Si --&gt; Box13[Anota diagnóstico, tratamiento a seguir y destino o alta]; Decision -- No --&gt; Box14[Solicita en caso de no contar con expediente acuda a Trabajo Social]; Box13 --&gt; End1([Alta / Término]); Box14 --&gt; Box15[Ejecuta acciones para hospitalización y/o quirófano]; Box15 --&gt; End2([Termino]);</pre> <p>The flowchart starts with a connector box labeled '3'. It leads to a decision diamond '¿Procede?'. If 'Si' (Yes), it goes to a process box '13' containing 'Anota diagnóstico, tratamiento a seguir y destino o alta'. From box 13, it goes to an oval 'Alta / Término'. If 'No' (No), it goes to a process box '14' containing 'Solicita en caso de no contar con expediente acuda a Trabajo Social'. From box 14, it goes to a process box '15' containing 'Ejecuta acciones para hospitalización y/o quirófano'. From box 15, it goes to an oval 'Termino'. There is a feedback loop from the 'Alta / Término' oval back to box 13, labeled '2250-16'.</p>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>	<b>Hoja: 9 de 15</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 2013 09/2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Vale de Archivo Clínico"	NP	NP	2440-23
7.2 "Sugerencia de hospitales"	NP	Paciente	2000-03
7.3 Copia de recibo de pago	NP	Paciente	NP
7.4 "Nota de evaluación de urgencias"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2250-16

## 8.0 Glosario

- 8.1 Consulta de Urgencia:** Es el procedimiento por el que se atiende a un/una paciente que acude con un proceso agudo, generalmente doloroso y cuyo tratamiento no puede demorarse.
- 8.2 Paciente ginecológica:** Es toda aquella mujer que presente algún problema vinculado al útero, la vagina y los ovarios.
- 8.3 Paciente obstétrica:** Paciente que se encuentra en estado grávido o puerperio.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- |                                      |           |
|--------------------------------------|-----------|
| 10.1 Vale de Archivo Clínico         | (2440-23) |
| 10.2 Sugerencia de hospitales        | (2000-03) |
| 10.3 Hoja de evaluación de urgencias | (2250-16) |

## 10.1 Vale de Archivo Clínico





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección Médica**

**3.- Otorgar consulta de urgencias**

**Hoja: 10 de 15**

NOMBRE: (1)

EXPEDIENTE: (2)

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



DIRECCIÓN MÉDICA  
CONSULTA EXTERNA  
VALE ARCHIVO CLÍNICO


SERVICIO (3) \_\_\_\_\_ FECHA (4) \_\_\_\_\_

MÉDICO/A (5) \_\_\_\_\_ FIRMA (6) \_\_\_\_\_

EXT. (7) \_\_\_\_\_

**VALIDO POR 24 HORAS**

**2440-23**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>	<b>Hoja: 11 de 15</b>

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

### VALE ARCHIVO CLÍNICO

2440-23

Nº	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
2	EXPEDIENTE	El número de expediente asignado por el instituto a la paciente
3	SERVICIO	Nombre del área o servicio que solicita el expediente de la paciente
4	FECHA	Especificar el día, mes y año en que se solicita el expediente
5	MÉDICO/A	El nombre completo del/la médico/a que solicita el expediente
6	FIRMA	Firma autógrafa del/la médico/a que solicita el expediente
7	EXT.	Número de extensión del área o servicio de donde solicitan el expediente

## 10.2 Sugerencia de Hospitales



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección Médica**

**3.- Otorgar consulta de urgencias**

**Hoja: 12 de 15**



**INSTITUTO NACIONAL  
DE PERINATOLOGÍA**  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



HOSPITAL GENERAL  
DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

Calzada de Tlalpan no. 4800  
Col. Toriello Guerra  
Delegación Tlalpan  
CP. 14080

Tel. 4000.3000

CONSULTA DE PRIMERA VEZ  
Lunes a viernes  
07:00 horas

(50 Fichas)

**ÉTICA**  
**HUMANISMO**

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUGERENCIA DE  
HOSPITALES**




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes  
México, D.F. C. P. 11000

2000-03

[www.inper.mx](http://www.inper.mx)

**10.2 Sugerencia de Hospitales**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>	<b>Hoja: 13 de 15</b>

## SUGERENCIA DE HOSPITALES

---



### HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Av. Instituto Politécnico Nacional no. 5160  
 Colonia Magdalena de las Salinas  
 Delegación Gustavo A. Madero  
 CP. 07760

Tel. 5747.7560 al 69  
 Informes ext. 7549

#### CONSULTA DE PRIMERA VEZ

Lunes a viernes  
 06:00 horas

(70 Fichas)



### HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Dr. Francisco Balmis no. 148  
 Colonia Doctores  
 Delegación Cuauhtémoc  
 CP. 06726

Tel. 5269.5054

#### PROGRAMACIÓN DE CITAS

CONSULTA DE PRIMERA VEZ  
 Lunes a viernes vía telefónica  
 de 09:00 a 17:00 horas  
 Interior de la República

01800.229.0029



### Hospital de la Mujer

### HOSPITAL DE LA MUJER

Prolongación Salvador Díaz Mirón  
 no. 374  
 Col. Santo Tomás  
 Delegación Miguel Hidalgo  
 CP. 11340

Tel. 5341.1100

#### CONSULTA DE PRIMERA VEZ

Lunes a viernes  
 antes de las 06:00 horas

Todos los Hospitales cuentan con Servicios de Urgencias las 24 horas, los 365 días del año

---



## 10.3 Hoja de Evaluación de Urgencias



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**  
**DIRECCIÓN MÉDICA**  
**SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**  
**DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS**




**NOTA DE VALORACIÓN DE URGENCIAS**

PACIENTE: _____		EXPEDIENTE: _____ (1)		EDAD: _____	
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS _____ (2)					
ALERGIAS _____					
TRANSFUSIONALES _____					
PESO	TALLA	TA	LPM	FR	RPM
ENVIADA DE _____ (3)					
MOTIVO DE CONSULTA _____					
GESTA	PARA	ABORTO	CESÁREA	ECTÓPICO	MOLAR
CONTROL PRENATAL				GRUPO SANGUÍNEO	FUM
FONDO UTERINO				TONO UTERINO	FPP
PRESENTACIÓN				FCF	FENOTIPO RH
MEMBRANAS ÍNTEGRAS				ROTAS	SITUACIÓN
LÍQUIDO AMNIÓTICO				CÉRVIX	CONTRACCIONES
EDEMA				REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS	
DIAGNÓSTICO _____ (4)					
OBSERVACIONES _____					
PLAN DE MANEJO _____					
DATOS DE ALARMA _____					

(5)  
\_\_\_\_\_  
MÉDICO/A QUE ATENDIÓ



(6)  
\_\_\_\_\_  
PACIENTE Y/O FAMILIAR

**2250-16**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>3.- Otorgar consulta de urgencias</b>	<b>Hoja: 15 de 15</b>



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
 “NOTA DE VALORACIÓN DE URGENCIAS”  
 2250-16

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, EXPEDIENTE, EDAD	Nombre completo del/la paciente, número de expediente y edad
2	ANTECEDENTES PERSONALES, SIGNOS VITALES	Especificar si hay antecedentes personales patológicos, alergias, transfusionales, así como peso, talla, tal, pm, fr, rpm y temp
3	INFORME DE CONSULTA	Describir el motivo por el que asiste a consulta
4	DIAGNÓSTICO, OBSERVACIONES	Indicar el diagnóstico, observaciones (en su caso), plan de manejo y/o datos de alarma
5	MÉDICO/A	Nombre completo del/la médico/a que atendió al/la paciente
6	PACIENTE Y/O FAMILIAR	Nombre completo del/la paciente que fue atendida y/o el familiar responsable

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-04</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>		<b>Hoja: 1 de 14</b>

## 4.- Práctica de la Anestesia



 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INPer</p>	<b>INPer-DM-MP-04</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>		<b>Hoja: 2 de 14</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1 Dar a conocer a todos los médicos del Instituto, el proceso para el desarrollo de la anestesia en las pacientes que se les realiza un procedimiento quirúrgico.

## 2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología), encargados de llevar a cabo la práctica de la anestesia.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Secretaría de Salud, a la CONAMED y a las(os) pacientes del INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el Departamento de Anestesiología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Coordinar la distribución del personal médico de anestesiología en los diferentes turnos utilizando el Rol Semanal de la siguiente manera y en orden creciente:
    - a) Sala 1
    - b) Sala 2
    - c) Sala 3
    - d) Sala 4
    - e) Sala 5
    - f) Expulsiones y toco
    - g) Sala 6
    - h) Cirugía Pediátrica en UCIN
    - i) Quirófano de Medicina Materno Fetal
    - j) Recuperación
    - k) Imagenología (TAC y RM)
  - Supervisar la calidad de atención y seguridad en la práctica de la anestesia con base a los lineamientos establecidos por las Normas Oficiales Mexicanas con el objetivo de evitar morbi-mortalidad materna y fetal.
  - Supervisar que los(as) médicos(as) responsables de la atención registren las notas de anestesiología en el expediente clínico y o electrónico.
  - Supervisar que los(as) médicos(as) adscritos realicen la captura de los registros correspondientes para la integración del análisis estadístico.
- 3.2 Será responsabilidad del médico tratante cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar que cada paciente programada para cirugía, ingrese a quirófano con las valoraciones correspondientes, estudios de laboratorios básicos y/o complementarios vigentes de acuerdo a su estado de salud, así como los consentimientos informados firmados por la paciente y testigos.
- 3.3 Será responsabilidad del personal médico de anestesiología cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar que se cumplan los siguientes criterios antes de realizar el procedimiento:
    - ✓ Paciente correcto (nombre completo y fecha de nacimiento)
    - ✓ Cirugía correcta
    - ✓ Valoración pre anestésica realizada, (si no es así, la realiza en ese momento).
    - ✓ Consentimiento Informado firmado
    - ✓ Confirmación del plan anestésico proyectado.
    - ✓ Ayuno establecido por el médico responsable de aplicar la anestesia.
    - ✓ Pre medicación del paciente que lo amerita

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-04</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>		<b>Hoja: 3 de 14</b>

- Realizar la práctica de la anestesiología, cumpliendo los lineamientos establecidos por las NOM: NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud; con el objetivo de evitar morbi-mortalidad materna y fetal.
- Iniciar el procedimiento anestésico, únicamente cuando se cuente con la presencia del médico tratante, en función del procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación; aplicando conocimientos, destrezas y habilidades, en el desarrollo de la anestesia.
- Coordinar con el personal auxiliar de anestesiología para realizar la práctica de la anestesia.
- Supervisar que el Servicio Integral de Anestesia proporcione materiales desinfectados, estériles o desechables para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos del paciente al médico y viceversa; independientemente de las técnicas preventivas aceptadas para evitar infecciones.
- Cumplir los siguientes criterios antes de realizar el traslado del/la paciente al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica:
  - ✓ Verificar que no haya evidencia de sangrado activo anormal.
  - ✓ Haber extubado a la/el paciente en caso de anestesia general y no tener datos de insuficiencia respiratoria (aceptando el apoyo de la vía aérea con cánula oro faríngeo).
  - ✓ Revisar que los datos clínicos de coloración y circulación periférica, así como los de la oximetría de pulso; se encuentren dentro de los límites normales, de acuerdo con las condiciones previas del/la paciente.
  - ✓ Corroborar que los signos vitales sean estables y se mantengan dentro de los límites normales, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el/la paciente antes del procedimiento anestésico-quirúrgico.
  - ✓ Tener instalada y funcionando cuando menos una venoclisis.
  - ✓ Fijar y revisar el funcionamiento de los catéteres, accesos vasculares o drenajes colocados.
  - ✓ Contar con la hoja de registro anestésico.
  - ✓ Que el estado del/la paciente se encuentre en condiciones aceptables, evaluadas mediante la calificación de ALDRETE, tomando en cuenta el estado físico-clínico en el que se encontraba el/la paciente, antes del procedimiento anestésico-quirúrgico.
  - ✓ Decidir el Área de traslado, con base al estado de salud postquirúrgico del/la paciente y la función de sus principales órganos de la economía y/o procedimientos que requiera e indica sus cuidados: Recuperación, Piso, UCIA, UCIN.
- Entregar expediente clínico al médico anestesiólogo en caso de relevo; así como la hoja de registro anestésico actualizada con la fecha, hora, nombre y firma del anestesiólogo que entrega y de quien recibe al paciente, de acuerdo al Capítulo 4.17 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011.
- Realizar la solicitud para la dispensación de medicamentos controlados en los siguientes horarios:
  - a) Matutino 12:00 a 14:00 hrs. de lunes a viernes
  - b) Vespertino 14:30 a 15:00 hrs. de lunes a viernes
  - c) Nocturno 07:00 a 8:00 hrs. de lunes a viernes
- Registrar los datos de la (el) paciente y del medicamento en la libreta de control de medicamento controlado según corresponda:
  - a) Libreta de control Fentanil
  - b) Libreta de control de morfina
  - c) Libreta de control de Sufentanil
  - d) Libreta de control de Buprenorfina (parches)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-04</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>		<b>Hoja: 4 de 14</b>

- Adoptar las medidas necesarias para evitar la transmisión de padecimientos infecciosos del paciente al médico y viceversa, utilizando invariablemente, materiales desinfectados, estériles o desechables, independientemente de aplicar las técnicas preventivas aceptadas para evitar infecciones.
  - Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a las/os pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar con el nombre y número de cédula profesional respectiva.
  - Resguardar las claves de acceso que les sean entregadas para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como, entregarlas al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.4 Será responsabilidad del Servicio Médico Integral de Anestesia, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Proporcionar en tiempo y forma los insumos necesarios para la realización del procedimiento de anestesia (no incluye manejo de medicamentos controlados).
  - Realizar pruebas de fugas y funcionamiento de las máquinas de anestesia, para así, asegurar el buen estado de las mismas antes y/o después de cada procedimiento quirúrgico. (primera verificación).
  - Realizar la limpieza rutinaria así como el proceso correspondiente de esterilización de las máquinas de anestesia, detectando cualquier anomalía para realizar el reporte correspondiente con el gerente encargado del servicio y generar una solución en el menor plazo posible.
  - Dar continuidad a los reportes de fallas con el objetivo de solucionarlas un plazo no mayor a 72 hrs.
  - Proporcionar mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos de anestesia, con la finalidad de mantenerlos funcionales dentro del quirófano y proporcionar un servicio de calidad y seguridad al paciente.
  - Verificar que el personal auxiliar que asiste los procedimientos anestésicos se encuentre completo en los turnos establecidos para mantener el servicio funcional.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>	<b>Hoja: 5 de 14</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) Médico (a)	1	Instruye a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, coordina el procedimiento para la práctica de la anestesia.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Anestesiología coordina el procedimiento para la práctica de la anestesiología.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología)	3	Recibe instrucción y coordina al personal médico de anestesiología utilizando el rol semanal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol semanal</li> </ul>
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología/ Personal Médico de Anestesiología)	4	<p>Asiste el/la anesthesiologo(a) a la sala asignada 15 minutos antes de la programación quirúrgica, y verifica la funcionalidad de los equipos biomédicos (segunda verificación):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Máquina de anestesia:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) encendido</li> <li>b) suministro de gases</li> <li>c) fugas</li> <li>d) vaporizadores</li> <li>e) calibración (máquina de anestesia)</li> <li>f) sistema de ventilación</li> <li>g) cal sodada</li> <li>h) circuito anestésico completo</li> </ol> </li> <li>• Monitor de signos vitales               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) encendido</li> <li>b) cables de SPO2</li> <li>c) cables de EKG</li> <li>d) manguera de PANI</li> <li>e) temperatura</li> <li>f) alarmas encendidas</li> </ol> </li> <li>• Stock de:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Medicamentos (insumos para cada procedimiento)</li> </ol> </li> <li>• Paquete de anestesia regional</li> <li>• Paquete de anestesia general</li> <li>• Paquete para reproducción asistida               <ol style="list-style-type: none"> <li>b) insumos suficientes</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de verificación</li> </ul>
	5	Requisita la "Solicitud de medicamentos controlados" obteniendo los datos de la copia de la hoja de "Registro de Anestesia y recuperación".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de medicamentos controlados</li> <li>• 2270-01</li> </ul>



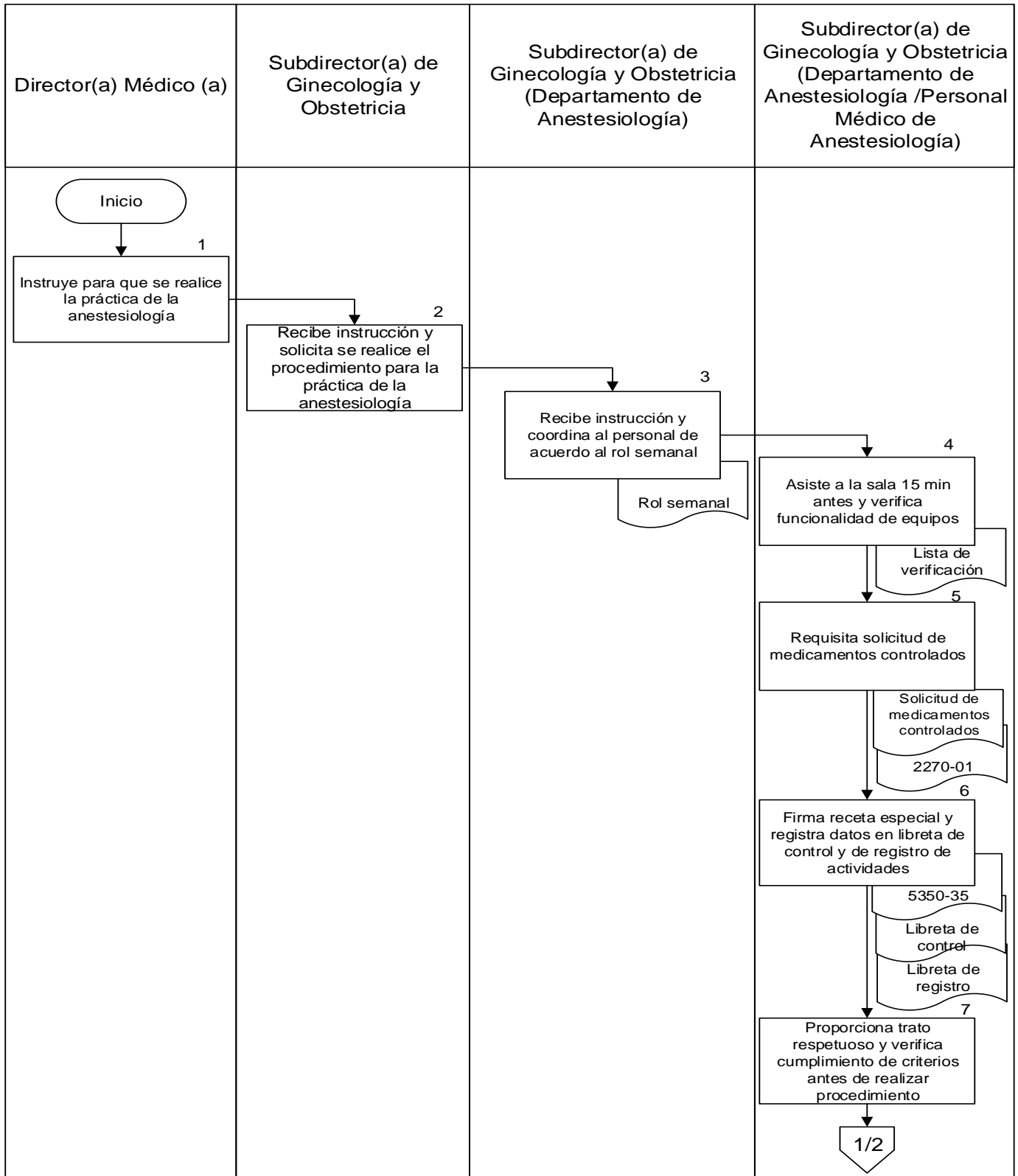
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología /Personal Médico de Anestesiología)	6	Firma la Receta Especial para control de Psicotrópicos Grupo II y III y registra datos en la libreta de control de medicamento controlado correspondiente, y de registro de actividades y en el expediente clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5350-35</li> <li>• Libreta de control de medicamentos controlados</li> <li>• Libreta de registro de actividades</li> </ul>
	7	Proporciona a la paciente un trato respetuoso y verifica el cumplimiento de los criterios correspondientes antes de realizar el procedimiento.	
	8	Realiza procedimiento anestésico aplicando conocimientos, destrezas y habilidades y en presencia del médico tratante, auxiliado por la enfermera circulante asignada a la sala quirúrgica.	
	9	Brinda los cuidados trans-anestésicos manteniendo la homeostasis según la vigilancia de signos vitales, utiliza los monitores de signos vitales.	
	10	Proporciona manejo del dolor posoperatorio basado en las condiciones propias del (la) paciente, manejo anestésico y tipo de cirugía realizada y en su caso solicita analgésicos e insumos al personal auxiliar de anestesia del Servicio Médico Integral de Anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de analgésicos e insumos</li> </ul>
	11	Solicita al personal del Servicio Médico Integral de Anestesia los medicamentos necesarios para la profilaxis o tratamiento de la náusea y vómito postoperatorio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de medicamentos</li> </ul>
	12	Realiza nota pos anestésica al termino del procedimiento y anota la técnica utilizada, tiempos de anestesia, tiempos de cirugía, signos vitales, estado de salud y función de los principales órganos de la economía, balance hídrico, medicamentos utilizados, dosis, vía y tiempo de administración; sangrado transquirúrgico, diuresis, aldrete, bromage, ramsay, registro de contingencias, accidentes e incidentes; plan de manejo y tratamiento inmediato, incluyendo protocolo de analgesia y control de signos y síntomas asociados a la anestesia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2270-01</li> </ul>
	13	Determina en conjunto con el cirujano y con base en el estado clínico del (la) paciente el momento de traslado al área de recuperación post-anestésica-quirúrgica; toda vez que se dé cumplimiento a los criterios establecidos.	
	14	Recibe médico(a) a la (el) paciente y vigila la recuperación anestésica, utiliza las calificaciones de Aldrete, Bromage y Ramsay.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>	<b>Hoja: 7 de 14</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología /Personal Médico de Anestesiología)	15	Valora el dolor postoperatorio, indica analgésicos evaluando su efecto terapéutico; indica Oxígeno suplementario y monitoriza los signos vitales: SPO2, PANI, EKG	
	16	Detecta y trata los eventos adversos y solicita las Interconsultas necesarias si se requiere.	
	17	Solicita apoyo a Terapeuta Respiratorio si algún paciente lo requiere, o directo a la Coordinación de Inhaloterapia.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología /Personal de enfermería asignada a recuperación)	18	Vigila enfermera la recuperación anestésica, evalúa dolor postoperatorio y el efecto terapéutico de la medicación analgésica; monitoriza a la/el paciente, aplica oxígeno suplementario, detecta eventos adversos y los comunica al personal médico de anestesiología, da cumplimiento a las indicaciones postquirúrgicas.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología /Personal Médico de Anestesiología)	19	Autoriza anesthesiólogo alta del/la paciente, toda vez que esté libre de efectos anestésicos, utiliza las calificaciones de Aldrete, Bromage y Ramsay y requisita formato.	
	20	Documenta sus actividades al término del procedimiento anestésico en el Expediente Clínico, elabora una copia de registro de anestesia y recuperación, que entrega al personal secretarial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente Clínico</li> <li>• 2270-01</li> </ul>
	21	Cubre el área de Anestesiología a través del "Enlace de Turno"; anota procedimientos en turno, pendientes, nombre del personal médico de anestesiología que entrega y del que recibe; fecha, hora y firmas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlace de Turno</li> </ul>
	22	Recibe secretaria la copia del registro anestésico y elabora productividad mensual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe estadístico</li> </ul>
<b>Termina Procedimiento</b>			



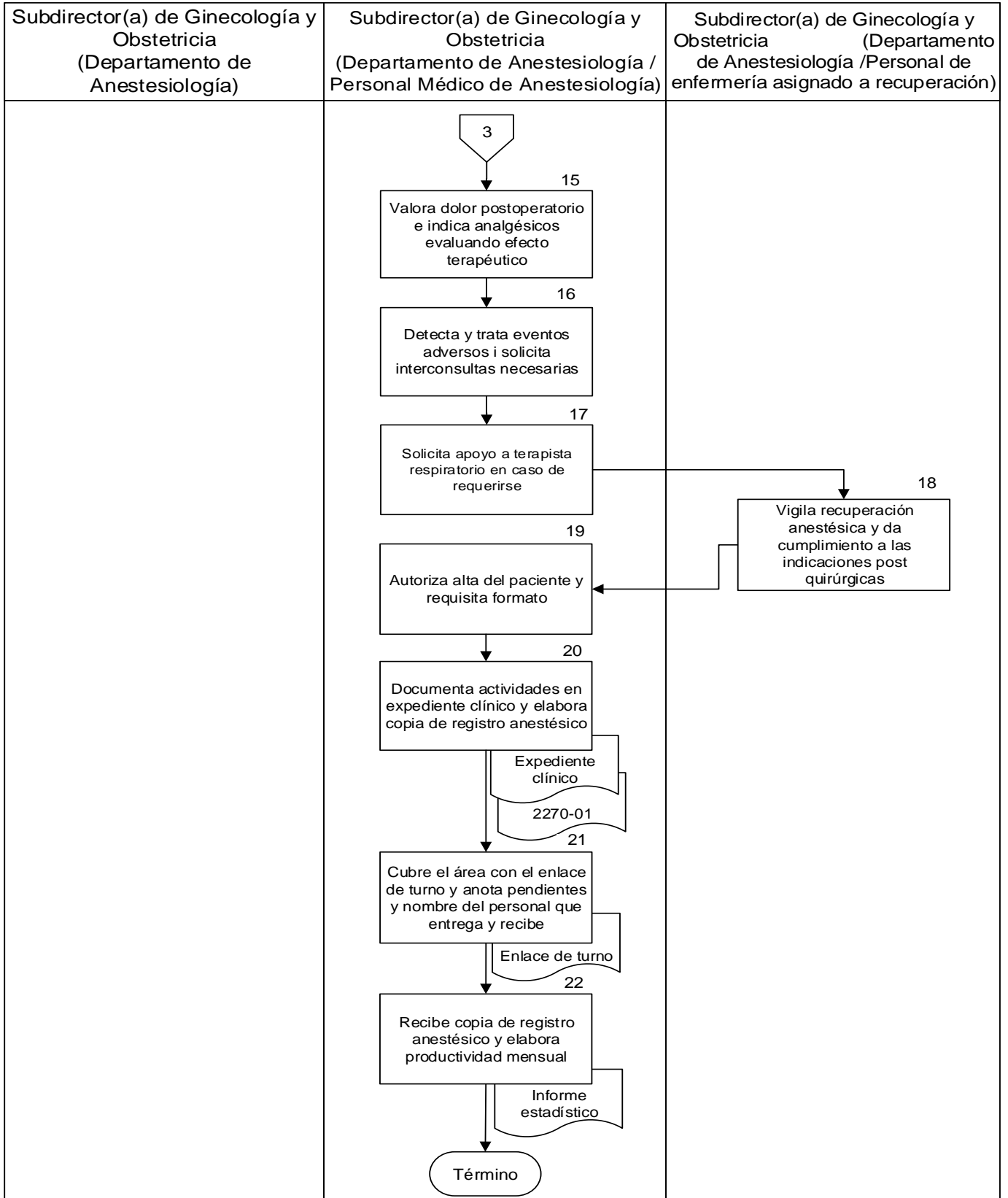
### 5.0 Diagrama de Flujo






Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología / Personal Médico de Anestesiología)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Anestesiología / Personal de enfermería asignada a recuperación)
	<pre>graph TD; 2{2} --&gt; 8[8 Realiza procedimiento anestésico en presencia de médico tratante auxiliado por enfermera circulante]; 8 --&gt; 9[9 Brinda cuidados trans-anestésicos manteniendo homeostasis]; 9 --&gt; 10[10 Proporciona manejo del dolor y en su caso solicita analgésicos e insumos]; 10 -- "Solicitud de analgésicos e insumos" --&gt; 11[11 Solicita medicamentos necesarios para profilaxis o tratamiento de la náusea y vómito postoperatorio]; 11 -- "Solicitud de medicamentos" --&gt; 12[12 Realiza nota post anestésica al término del procedimiento]; 12 -- "2270-01" --&gt; 13[13 Determina el momento del traslado una vez que se cumplan los criterios establecidos]; 13 --&gt; 14[14 Recibe médico a paciente y vigila recuperación anestésica]; 14 --&gt; 23{2/3}</pre>	






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>	<b>Hoja: 11 de 14</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Rol Semanal	N/P	N/P	N/P
7.2 Lista de verificación	N/P	N/P	N/P
7.3 Solicitud de medicamentos controlados	N/P	N/P	N/P
7.4 "Registro de anestesia y recuperación"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2270-01
7.5 "Receta Especial para control de Psicotrópicos Grupo II y III"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/5350-35
7.5 Libreta de control de medicamentos	N/P	N/P	N/P
7.6 Libreta de registro de actividades	N/P	N/P	N/P
7.7 Solicitud de analgésicos e insumos	1 Año	Servicio Médico Integral de Anestesia	N/P
7.8 Solicitud de medicamentos	1 Año	Servicio Médico Integral de Anestesia	N/P
7.9 Expediente Clínico	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5
7.10 Enlace de Turno	N/P	N/P	N/P
7.11 Informe estadístico	1 Año	Departamento de Anestesiología	Documento de comprobación inmediata

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>	<b>Hoja: 12 de 14</b>

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Anestesia general**, a las técnicas utilizadas para provocar hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.
- 8.2 **Anestesia regional**, a las técnicas utilizadas para provocar insensibilidad temporal al dolor en una región anatómica, para la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.
- 8.3 **Calificación de ALDRETE**, al puntaje para medir y documentar la recuperación post-anestésica del paciente.
- 8.4 **Consentimiento informado**: Documento escrito signado por el paciente, su representante legal, en su caso, por el familiar más cercano en vínculo, mediante el cual acepta, bajo la debida información, de los riesgos y beneficios esperados, el procedimiento médico, quirúrgico o anestésico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación médica. Esta carta se sujetará a los requisitos previstos en las disposiciones aplicables, serán revocables mientras no se inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- 8.5 **Cuidados trans-anestésicos**, a la serie de acciones que se llevan a cabo para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante la anestesia.
- 8.6 **Cuidados post anestésicos**: Cuidados post-anestésicos, a la serie de acciones que se llevan a cabo para la vigilancia y corrección de los parámetros clínicos, con el propósito de mantener la estabilidad del paciente durante el proceso de recuperación de la anestesia.
- 8.7 **Monitoreo**, a la medición, registro y evaluación de las variables biológicas del paciente.
- 8.8 **Norma Oficial Mexicana 006-SSA3-2011 para la Práctica de la Anestesia**: Norma que establece los criterios y procedimientos que se deberán observar para la práctica de la anestesiología, así como los requisitos mínimos obligatorios que deberán reunir los profesionales y los establecimientos, donde se practique esta especialidad.
- 8.9 **Práctica de la Anestesiología**: Aplicación de todas las acciones de esta especialidad por un médico anestesiólogo calificado.
- 8.10 **Plan anestésico**: Procedimiento anestésico proyectado para un paciente con base a la valoración anestésica previa y el tipo de cirugía a realizar.
- 8.11 **Relevo del médico anestesiólogo**, a la sustitución protocolizada, por cualquier causa, del anestesiólogo tratante, al estar aplicando un procedimiento anestésico.
- 8.12 **Riesgo anestésico-quirúrgico**: Riesgo inherente que se acepta ante un procedimiento anestésico quirúrgico en beneficio de la salud.
- 8.13 **Valoración pre anestésico**: Estudio que permite establecer el estado físico y la historia médica que conlleva al establecimiento de un plan anestesiológico de acuerdo a su análisis.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-17	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 Registro de anestesia y recuperación (2270-01)
- 10.2 Receta Especial para control de Psicotrópicos Grupo II y III (5350-35)

### 10.1 Registro de anestesia y recuperación




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
 DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA  
**REGISTRO DE ANESTESIA Y RECUPERACIÓN**

SERVICIO INTEGRAL DE ANESTESIA  
 FOLIO: \_\_\_\_\_



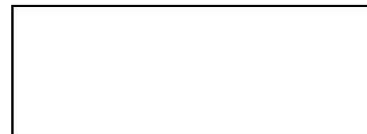
Nombre _____		Expediente _____		Cama _____	
Edad _____	Peso _____	Talla _____	IMC _____	R A/Q _____	N° de Hoja _____
Fecha de Nacimiento _____		Fecha _____			
Diagnóstico Preoperatorio _____					
Diagnóstico Postoperatorio _____					
Cirugía Programada _____					
Cirugía Realizada _____		Firma _____			
Cirujano _____		Ayudante _____			
Anestesiólogo _____		Plaza _____	Cédula Prof. _____		
<b>HORA</b>					
O2 Ltsx* _____					
Aire _____					
Sevorane _____					
200 _____					
190 _____					
180 _____					
170 _____					
160 _____					
150 _____					
140 _____					
130 _____					
120 _____					
110 _____					
100 _____					
90 _____					
80 _____					
70 _____					
60 _____					
50 _____					
40 _____					
30 _____					
20 _____					
10 _____					
0 _____					
Protección de ojos: Sí ___ NO ___					
Brazos: AB ___ AD ___					
T° Anestesia: _____					
T° Cirugía: _____					
<b>TIEMPOS</b>					
SpO2% _____					
ETCO2 _____					
PAM _____					
Ventilación _____					
Vol. Corriente _____					
Frec. Resp. _____					
PVC <sub>cmH2O</sub> _____					
Relación I:E _____					
PEEP _____					
<b>TOTALES Y VÍA</b>					
<b>MEDICAMENTOS</b>					
A					
B					
C					
D					
E					
F					
G					
H					
I					
J					
<b>ANESTESIA REGIONAL:</b> Peridural _____ Subaracnoideo _____ Mixto _____ N° de Intentos _____ Latencia _____ Posición Paciente _____					
Sitio de punción _____ Aguja _____ Cateter _____ Nivel _____ Antiséptico _____					
Bloqueo: Sensitivo _____ /++++ motor _____ /++++ Simpático _____ /++++ EVENTO ADVERSO _____ Terapéutica empleada _____					
<b>ANESTESIA GENERAL:</b> Balanceada _____ Inhalatoria _____ Disociativa _____ Sedación _____ IV _____ OTRO _____					
<b>INTUBACIÓN:</b> Laringoscopia _____ Fibroscopio _____ # Tubo ET _____ M.Laringea _____ # _____ M.Facial _____ OTRO _____ Intentos _____ Cormack _____					
<b>EVENTOS ADVERSOS:</b> _____ Terapia empleada _____					
<b>NACIMIENTO:</b> Sexo M -- F VIVO _____ Hora _____ Peso _____ g Apgar _____ Silverman _____ Neonatólogo/a _____ Observaciones _____					
<b>E</b> <b>G</b> <b>R</b> <b>E</b> <b>S</b> <b>O</b> <b>S</b>	Req. Basales				
	Ayuno				
	Exposición Ox				
	Sistema				
	Diuresis				
<b>I</b> <b>N</b> <b>G</b> <b>R</b> <b>E</b> <b>S</b> <b>O</b> <b>S</b>	Sangrado				
	Otros				
	<b>TOTAL</b>				
	Hartmann				
	NaCl 0.9%				
<b>B</b> <b>A</b> <b>L</b> <b>A</b> <b>N</b> <b>C</b> <b>E</b>	Mixta				
	Voluven 6%				
	Paquete Globular				
	Plasma				
	Otros				
<b>TOTAL</b>					

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>4.- Práctica de la Anestesia</b>	<b>Hoja: 14 de 14</b>

## 10.2 Receta Especial para control de Psicotrópicos Grupo II y III



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONSERVACIÓN  
 DEPARTAMENTO DE ALMACÉN, FARMACIA E INVENTARIOS





**RECETA ESPECIAL PARA CONTROL DE  
 MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS FRACCIÓN II Y III**



SERVICIO: \_\_\_\_\_ CLAVE: \_\_\_\_\_ FOLIO N°: \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: \_\_\_\_\_ EXP. \_\_\_\_\_ S.S.A. N°: \_\_\_\_\_  
 DX: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

C L A V E	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA	LLAVE DE MOVIMIENTO										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>														
<b>CIFRA CONTROL</b>														
OBSERVACIONES:														
DOCTOR/A: _____														
REG. S.S.A. _____														
CÉDULA PROFESIONAL _____ PLAZA N° _____ FIRMA _____														
ÁREA SOLICITANTE	SURTIDO	RECIBIDO												
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA												

ORIGINAL: S.S.A.    1º. COPIA AZUL: CONTABILIDAD    2º. COPIA AMARILLA: FARMACIA    3º. COPIA ROSA: USUARIO    **5350-35**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-05</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de obstetricia</b>		<b>Hoja: 1 de 21</b>

## 5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de obstetricia

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-05</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de obstetricia</b>		<b>Hoja: 2 de 21</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Valorar el estado clínico, así como los resultados de los exámenes de laboratorio, gabinete e interconsultas solicitados para establecer un diagnóstico y definir un plan terapéutico a seguir, o bien valorar los resultados del manejo terapéutico indicado en la cita inmediata anterior.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Obstetricia.)
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las usuarias que acuden para su atención al INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el Departamento de Obstetricia, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Otorgar la consulta subsecuente por parte del personal médico responsable quien registra en el expediente la evolución clínica y manejos respectivos y/o captura en el expediente electrónico la información con base en lo establecido en la NOM-004-SSA-3-2012 Del expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de Información en Salud.
  - Solicitar los exámenes de laboratorio y gabinete e interconsultas necesarias para su atención y en el caso que lo amerite otorgar Receta Médica (2250-20) y las indicaciones necesarias.
  - Realizar la captura en caso de programación quirúrgica, la hoja de Solicitud de Cirugía (2250-11), hoja de "Solicitud de Internamiento" (2200-01) y la evaluación Preanestésica (2270-02), considerando el Consentimiento Informado (2220-22) incluyéndolo en el expediente, debidamente firmado por la paciente.
  - Canalizar a la paciente cuando amerite al servicio de Urgencias adjuntando el expediente clínico integrado con la nota y órdenes médicas (2250-06) correspondientes.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la paciente que acuda al servicio de Obstetricia cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Acudir a la cita de consulta subsecuente en la fecha y hora programada previa indicación del módulo de control de citas.
  - Pagar lo correspondiente al nivel otorgado para su consulta subsecuente de acuerdo al nivel socioeconómico previamente establecido y entregar copia del recibo de pago en el consultorio asignado.
  - Esperar su turno correspondiente de acuerdo a las listas elaboradas previamente.
  - Atender las indicaciones médicas y quirúrgicas comunicadas por el personal médico tratante y acudir a recepción de consulta externa para programar en su carnet, sus citas y en las recepciones correspondientes las de laboratorio y gabinete.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 3 de 21</b>

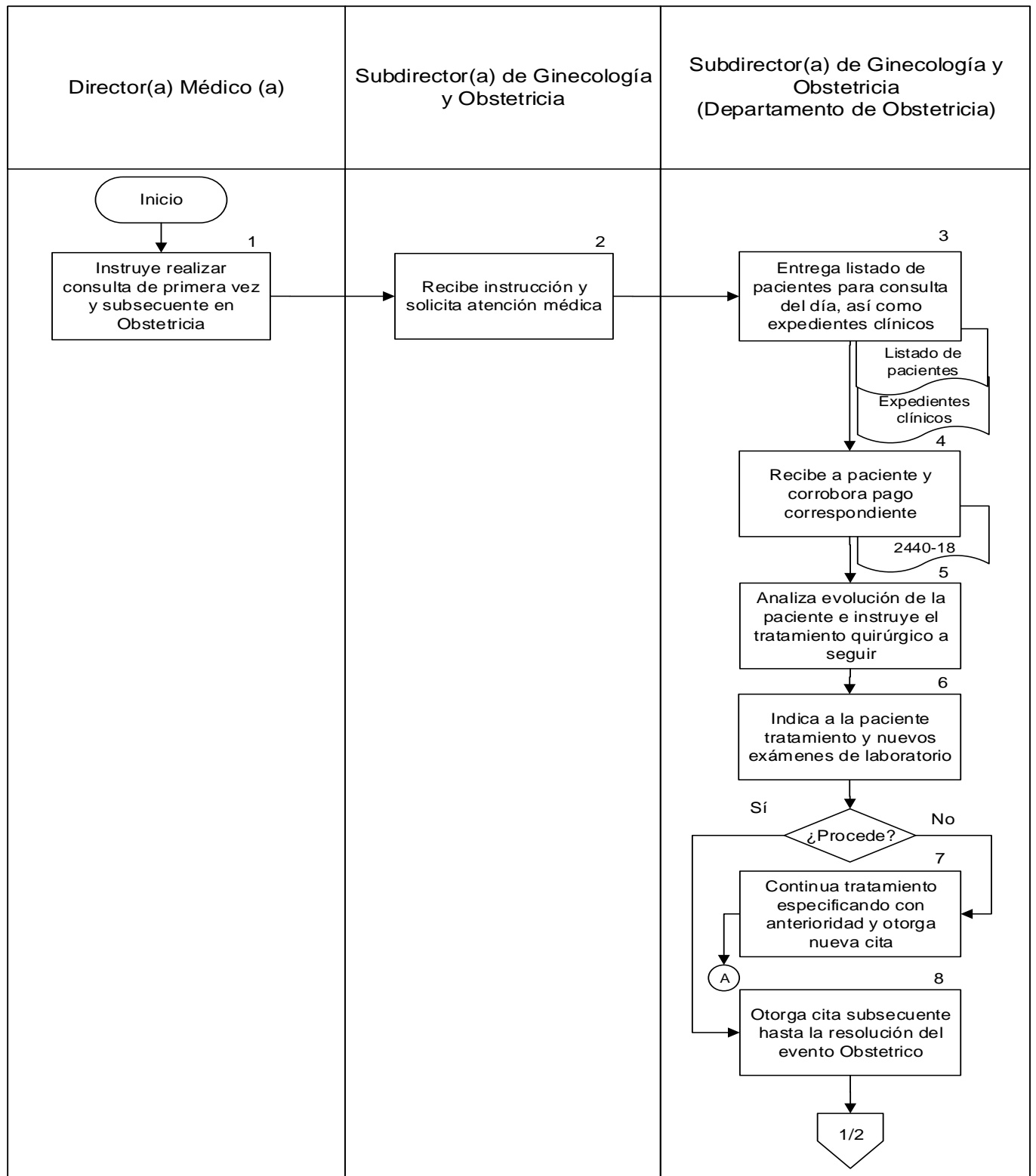
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Secuencia de Etapas	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) Médico (a)	1	Instruye a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia realizar la consulta de primera vez y subsecuente en Obstetricia.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Obstetricia otorgue atención médica a las pacientes en consulta subsecuente.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Obstetricia)	3	Recibe instrucción y coordina con el Departamento de Consulta Externa, la entrega del listado de pacientes para consulta del día, así como expedientes entregados por el Servicio de Archivo Clínico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de pacientes</li> </ul>
	4	Recibe a la paciente con el orden marcado en la lista general de pacientes y corrobora los datos del pago correspondiente con el expediente y el carnet de citas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expedientes Clínicos</li> </ul>
	5	Analiza la evolución de la paciente desde el punto de vista clínico, de laboratorio y gabinete ratificando o modificando el tratamiento instituido en la consulta inmediata anterior, así como explica de manera sencilla los resultados de los estudios solicitados y el tratamiento quirúrgico a seguir, además solicita los formatos correspondientes para su canalización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-18</li> </ul>
	6	Otorga a la paciente indicaciones sobre su tratamiento y nuevos exámenes de laboratorio y/o gabinete en caso necesario.	
	7	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Continúa tratamiento especificando con anterioridad y otorga nueva cita. <b>Pasa actividad N° 9.</b>	
	8	<b>Si:</b> Requisita las solicitudes correspondientes y otorga cita subsecuente hasta la resolución del evento Obstetrico.	
	9	Realiza la captura y/o registro de los formatos requeridos para la resolución del evento Obstetrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2270-02</li> </ul>
	10	Elabora y/o captura la solicitud de "Evaluación Pre-anestésica".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2220-22</li> </ul>
	11	Solicita firma en "consentimiento informado".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2200-01</li> </ul>
	12	Requisita el formato de "Solicitud de internamiento".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-06/SIGIn</li> </ul>
	13	Integra al expediente las "Órdenes médicas" y/o captura la información en el expediente clínico	
	14	Programa la consulta subsecuente de la paciente mediante la hoja de "citas subsecuentes", en el módulo de control de citas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-03</li> </ul>





### 5.0 Diagrama de Flujo

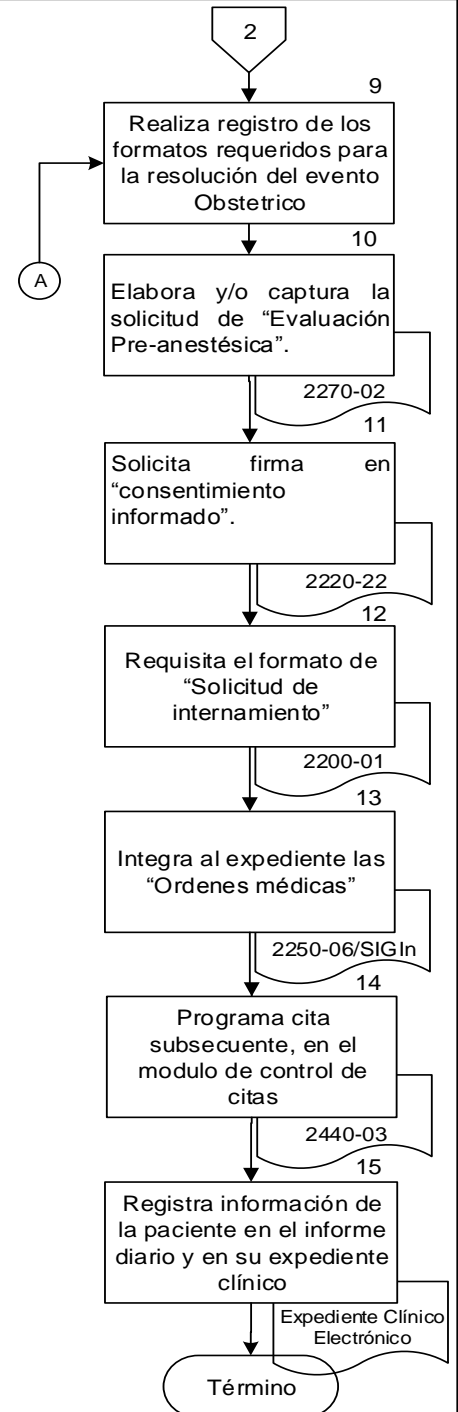





Director(a) Médico (a)

Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia

Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia  
(Departamento de Obstetricia)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 7 de 21</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Listado de pacientes	1 Año	Departamento de Consulta Externa	N/P
7.2 Expediente Clínico	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5
7.3 "Carnet de citas"	N/P	Paciente	2440-18
7.4 "Evaluación pre-anestésica"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2270-02
7.5 "Consentimiento informado"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2220-22
7.6 "Solicitud de internamiento"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2200-01
7.7 "Orden Médica"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2250-06
7.8 "Citas Subsecuentes"	N/P	N/P	4S.5/2440-03

## 8.0 Glosario

8.1 **Consulta Subsecuente:** Dar seguimiento clínico a la paciente con el fin de vigilar su evolución con base al tratamiento establecido y con ello llegar al mejor posible del tratamiento en cuestión.

8.2 **Obstetricia:** Especialidad médica que se ocupa del embarazo, parto y puerperio.


## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-17	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 Carnet de citas	(2440-18)
10.2 Evaluación pre-anestésica	(2270-02)
10.3 Consentimiento informado	(2220-22)
10.4 Solicitud de internamiento	(2200-01)
10.5 Orden Médica	(2250-06)
10.6 Citas Subsecuentes	(2440-03)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 9 de 21</b>


## 10.1 Carnet de Citas

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “CARNET DE CITAS”

2440-18

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL	El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente.
3	FECHA	El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá el o la paciente.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 10 de 21</b>




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA



**EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA**


<b>FICHA DE IDENTIFICACIÓN:</b>			
NOMBRE:			
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	N° EXPEDIENTE:	FECHA:
DIAGNÓSTICOS:			
CIRUGÍA PROGRAMADA:			
<b>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:</b>			
CARDIOPATÍA:			
NEUMOPATÍA:			
ENDOCRINOPATÍA:			
NEFROPATÍA:			
PSIQUIÁTRICOS:			
INMUNOLÓGICOS:			
HEMATOLÓGICOS:			
GASTROINTESTINALES:			
OSTEOMUSCULARES:			
NEUROLÓGICOS:			
INFECCIOSOS:			
OTROS:			
<b>NO PATOLÓGICOS</b>			
ALCOHOLISMO:	SI	NO	ESPECIFIQUE:
TABAQUISMO:	SI	NO	ESPECIFIQUE:
TOXICOMANÍAS:	SI	NO	ESPECIFIQUE:
TRANSFUSIONALES:	SI	NO	ESPECIFIQUE:
ALERGIAS:	SI	NO	ESPECIFIQUE:
OTROS:			
<b>OBSTÉTRICOS: G P A C HIJOS VIVOS EDAD GEST.</b>			
FACTORES DE RIESGO:			
<b>ANESTÉSICOS PERSONALES</b>			
GENERAL:	NÚM.	CAUSA QUIR.:	
COMPLICACIONES :	SI	NO	ESPECIFIQUE:
REGIONAL:	NÚM.	CAUSA QUIR.:	
COMPLICACIONES :	SI	NO	ESPECIFIQUE:
ANESTÉSICOS FAMILIARES IMPORTANTES:			
<b>PADECIMIENTO ACTUAL:</b>			
<b>TERAPÉUTICA ACTUAL:</b>			

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 11 de 21</b>

## 10.2 Evaluación pre-anestésica

<b>EXPLORACIÓN FÍSICA</b>									
<b>SIGNOS VITALES:</b>		<b>TA:</b>	<b>FC:</b>	<b>FR:</b>	<b>Tº:</b>				
PESO:		TALLA:							
CABEZA Y CUELLO:									
BOCA:		APERTURA:							
NARIZ Y OJOS:									
CUELLO:		<b>LARGO:</b>	<b>CORTO:</b>	<b>RIGIDEZ:</b>	<b>ING. YUG.:</b>	<b>TUMORES:</b>			
TRÁQUEA:		<b>CENTRAL:</b>	<b>DESVIADA:</b>	<b>DESPLAZADA:</b>					
<b>VÍA AÉREA:</b>		<b>MALLAMPATI:</b>			<b>PATIL ALDRETI:</b>		<b>BELLHOUSE:</b>		
<b>PRONÓSTICO DE INTUBACIÓN DIFÍCIL:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>FACTORES:</b>					
TÓRAX:		TIPO:							
CAMPOS PULMONARES:									
RUIDOS CARDIACOS:									
ABDOMEN:									
<b>COLUMNA VERTEBRAL:</b>									
<b>ALINEADA:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>					
PAN. ADIPOSO:									
OTROS:									
MIEMBROS:									
PULSOS:		<b>NORMAL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>				
EDEMA:		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>					
PATOLOGÍAS:		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>					
<b>EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE</b>									
<b>BH:</b>	<b>Hb:</b>	<b>Hto:</b>	<b>Leucocitos:</b>			<b>Plaquetas:</b>			
<b>QS:</b>	<b>Glucosa:</b>	<b>Urea:</b>	<b>Creatinina:</b>		<b>Ac. Úrico:</b>				
<b>TS:</b>	<b>TP:</b>	<b>INR:</b>	<b>TPT:</b>	<b>Fibrinogeno:</b>					
<b>Grupo y RH:</b>		<b>ES:</b>	<b>Na:</b>	<b>K:</b>	<b>Cl:</b>	<b>Ca:</b>			
Gasometría:									
EKG:									
RX Tórax:									
EGO:									
Eco Cardiograma:									
OTROS:									
<b>VALORACIÓN DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLÓGICA:</b>									
<b>GOLDMAN:</b>		<b>NHYA:</b>			<b>RIESGO TEP:</b>		<b>GLASGOW:</b>		
INDICACIONES:									
<b>DIAGNÓSTICO Y PLAN</b>									
RAQ:									
PLAN ANESTÉSICO:									
SE INFORMO A EL/LA PACIENTE		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>					
<b>INDICACIONES PREOPERATORIAS:</b>									
SEDACIÓN:		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>ESPECIFIQUE:</b>					
AYUNO:									
<b>ANESTESIOLOGO/A:</b>			<b>PLAZA:</b>			<b>FIRMA:</b>			
<b>ACTUALIZACIÓN DEL RAQ:</b>					<b>FECHA:</b>				
INDICACIONES:									
<b>ANESTESIOLOGO/A:</b>			<b>PLAZA:</b>			<b>FIRMA:</b>			



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 12 de 21</b>

### 10.3 Consentimiento Informado



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS**  
(De Acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Art. 80, 81 y 83.)

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ **(1)** de 201 \_\_\_\_\_

Nombre del/la paciente: \_\_\_\_\_ **(2)**

Nº de expediente: \_\_\_\_\_ **(3)** Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) principal(es): \_\_\_\_\_ **(4)**

Procedimiento(s) médico(s) quirúrgico(s) propuesto(s): \_\_\_\_\_ **(5)**

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

**BENEFICIOS:** \_\_\_\_\_ **(6)**

**RIESGOS:** \_\_\_\_\_ **(7)**

Yo \_\_\_\_\_ **(8)** en pleno uso de mis facultades; reconozco que se me explicó y entendí **SATISFACTORIAMENTE** el (los) procedimiento(s) que se me proponen, quedando **ENTERADO(A)** de los **BENEFICIOS** para mi salud, entendiendo a la vez los **RIESGOS** propios del (los) procedimiento(s) tanto para la vida como para la función y las secuelas y complicaciones que se pueden presentar. Considerando que el balance de riesgo y beneficio es positivo para la salud. Y en pleno conocimiento de lo anterior doy mi **CONSENTIMIENTO EN FORMA VOLUNTARIA Y POR DECISIÓN PROPIA PARA QUE EL PERSONAL MÉDICO, ANESTESIÓLOGO Y PARAMÉDICO DEL INPer REALICE EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) EXPLICADO(S) Y LO QUE RESULTE COMPLEMENTARIO DEL MISMO, ASÍ COMO EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) DE URGENCIA QUE PUDIERA(N) REQUERIRSE** para atender las contingencias y urgencias, bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica, lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana (NOM-004-SSA3-2012) del Expediente Clínico.

LA EDAD Y EL ESTADO DE CONCIENCIA DE LA PACIENTE LE PERMITEN FIRMAR ESTE DOCUMENTO

SI: \_\_\_\_\_ **(9)** NO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(10)**  
Nombre Completo del/la Paciente o Responsable      Firma      Parentesco con el/la Paciente


\_\_\_\_\_  
**(11)**  
Nombre completo del/la Primer/a Testigo      Firma      Parentesco con el/la Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del/la Segundo/a Testigo      Firma      Parentesco con el/la Paciente

Médico/a Tratante

\_\_\_\_\_  
**(12)**  
Nombre completo y firma

**2220-22**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 13 de 21</b>

### 10.3 Consentimiento Informado

#### REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

##### **Artículo 80**

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

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


##### **Artículo 81**

En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento al que se refiere el artículo anterior, será presentado al familiar mas cercano en vínculo que le acompañe o en su caso por el tutor o responsable legal, una vez firmado del carácter de la autorización. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiriere el párrafo que antecede. Médicos autorizados del hospital previa valoración del caso y en concordancia de criterios, de por lo menos dos de ellos, se llevará a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

##### **Artículo 83**

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

Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las normas técnicas.


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 14 de 21</b>

### 10.3 Consentimiento Informado

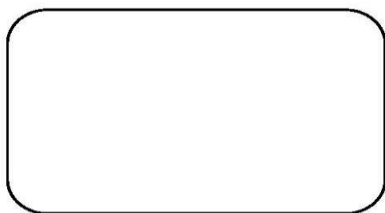
INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
 “CONSENTIMIENTO INFORMADO”  
 AUTORIZACIÓN DE PORCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

2220-22

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	El día, mes y año en que se llena el presente formato
2	NOMBRE DE LA PACIENTE	El nombre completo de la paciente
3	N° DE EXPEDIENTE, FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD	Número del expediente asignado por el instituto, fecha de nacimiento y edad de la paciente
4	DIAGNÓSTICO/S PRINCIPAL/ES	Describir el/los diagnóstico/s principal/es de la paciente
5	PROCEDIMIENTO/S MÉDICO/S QUIRÚRGICO/S PROPUESTO/S	Especificar el/los procedimiento/s médico/s quirúrgico/s propuesto/s a realizar a la paciente
6	BENEFICIOS	Describir el/los beneficio/s que obtendrá la paciente
7	RIESGOS	Especificar el/los riesgo/s que se pueden presentar al realizar el procedimiento
8	YO	Nombre completo de la paciente que reconoce y acepta que se le explicó y entendió el procedimiento
9	SI, NO	Afirmar o negar si la edad y el estado de conciencia de la paciente le permite firmar el consentimiento
10	NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE Y/O RESPONSABLE	Nombre completo de la paciente y firma, y si es el caso del/a responsable y parentesco
11	NOMBRE COMPLETO 1er Y 2°TESTIGO	Nombre completo, firma y parentesco del primer y segundo testigo de la paciente
12	MÉDICO/A TRATANTE	Nombre completo y firma del/a Médico/a tratante

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 15 de 21</b>

## 10.4 Solicitud de Internamiento




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
 ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



### SOLICITUD DE INTERNAMIENTO

NOMBRE \_\_\_\_\_ (1) EDAD \_\_\_\_\_ (2)  
 FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ HORA DE INGRESO \_\_\_\_\_  
 SERVICIO \_\_\_\_\_ (3) CAMA \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ (4)  
 OPERACIÓN O ESTUDIO PROGRAMADO \_\_\_\_\_ (5)  
 DÍA \_\_\_\_\_ (6) HORA \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES PREOPERATORIAS \_\_\_\_\_ (7)

\_\_\_\_\_ (8) CLAVE \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL/LA MÉDICO/A  
 Montes Urales N° 800 Lomas Virreyes Ciudad de México CP.11000 Licencia Sanitaria N° 1011011039 **2200-01**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 16 de 21</b>

## 10.4 Solicitud de Internamiento

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### SOLICITUD DE INTERNAMIENTO

2200-01

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	NOMBRE	El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
2	EDAD, FECHA DE NACIMIENTO	Edad de la paciente y fecha de nacimiento (día, mes y año)
3	HORA DE INGRESO, SERVICIO Y NÚMERO DE CAMA	Detallar la hora de ingreso, el servicio y número de cama
4	DIAGNÓSTICO	Describir el diagnóstico que presenta la paciente
5	OPERACIÓN O ESTUDIO PROGRAMADO	Especificar la operación o estudio programado
6	DÍA Y HORA	Confirmar el día y hora programada
7	OBSERVACIONES PREOPERATORIAS	Describir las observaciones preoperatorias (en su caso)
8	NOMBRE DEL/LA MÉDICO/A Y CLAVE	Nombre completo del/la médico/a y clave

### 10.5 Órdenes Médicas



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
**DIRECCIÓN MÉDICA**  
 SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
 DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS



#### ÓRDENES MÉDICAS

(1)


SERVICIO \_\_\_\_\_ (2) CAMA \_\_\_\_\_ (3)  
 (4)

Fecha y Hora	Nombre Medicamento o Indicación	VÍA DE ADMINISTRACIÓN 1) IV 2) IM 3) VO 4) RC 5) Sb	DOSIS	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación
(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)

(DE USO EN HOSPITALIZACIÓN)

2250-06



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 19 de 21</b>

## 10.5 Órdenes Médicas


### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “ÓRDENES MÉDICAS”

2250-06

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio en el que se encuentra
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El número consecutivo correspondiente de la hoja
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la orden
6	NOMBRE DEL MEDICAMENTO O INDICACIONES	Especificar el nombre del medicamento o las indicaciones para llevar a cabo el tratamiento
7	VÍA DE MINISTRACIÓN	Confirmar la vía de administración 1) venosa, 2) muscular, 3) oral, 4) rectal y 5) otros
8	DÓSIS	Explicar la dosis
9	FECHA DE INICIO	El día, mes y año en que inicia
10	FECHA DE TERMINACIÓN	El día, mes y año en que termina

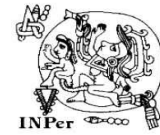


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 20 de 21</b>

## 10.6 Citas Subsecuentes



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES



### CONSULTA EXTERNA, CITAS SUBSECUENTES

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_ **(1)**

EXPEDIENTE NÚMERO: \_\_\_\_\_ **(2)**

EL DÍA: \_\_\_\_\_ **(3)**

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_ **(4)**

**2440-03**

PESO \_\_\_\_\_ **(5)**                      ENFERMERA \_\_\_\_\_ **(9)**

TEMP. \_\_\_\_\_ **(6)**                      \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_                      FECHA \_\_\_\_\_ **(10)**


F.C. \_\_\_\_\_                      HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_ **(7)**

TIRA REAC. \_\_\_\_\_ **(8)**

\_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>5.- Consulta de primera vez y subsecuente en el área de ginecología y obstetricia</b>	<b>Hoja: 21 de 21</b>



## 10.6 Citas Subsecuentes

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### CITAS SUBSECUENTES

2440-03

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FAVOR DE DAR CITA A	El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s)
2	EXPEDIENTE NÚMERO	El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet.
3	EL DÍA	El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA).
4	MÉDICO/A	El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente.
5	SOMATOMETRÍA	El peso en kilogramos de la paciente
6	SIGNOS VITALES	Temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, tensión arterial
7	EDEMA	Si existe presencia de edema (hinchazón)
8	PROCEDIMIENTO	Determinación de tira reactiva en orina (en su caso)
9	ENFERMERA	Nombre completo de la enfermera
10	FECHA, HORA	Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-06</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>		<b>Hoja: 1 de 16</b>

## **6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-06</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>		<b>Hoja: 2 de 16</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Brindar atención de la paciente con patología uroginecológica, a través de los diferentes programas de rehabilitación del piso pélvico: ejercicios del piso pélvico, entrenamiento vesical, biorretroalimentación, estimulación eléctrica funcional y maniobras para miccionar, a las pacientes con disfunción del piso pélvico que así lo ameriten.

## 2.0 Alcance


2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Ginecología/Coordinación de Urología Ginecológica).

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las pacientes que acuden a los servicios médicos del INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a través del Departamento de Ginecología verifique que la Coordinación de Urología Ginecológica cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Evaluar de acuerdo al diagnóstico y estudios con que cuente la paciente para otorgar el tratamiento, explicar ampliamente la naturaleza del mismo, indicación y resultados a obtener en su caso particular.
- Interrogar por el médico responsable, a la paciente e ingresar a la base electrónica de datos del servicio de rehabilitación y explicar detenidamente la forma de realizar y aplicar la terapia, técnica y eventualidades, así como posibles molestias. Llenar la base de datos y programar el equipo de rehabilitación. Firmar por parte de la paciente "Consentimiento Informado" (2222-22) para llevar a cabo el tratamiento. Colocar los electrodos externos o intracavitarios.
- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes/as, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
- Dar indicaciones especiales sobre la realización de ejercicios del piso pélvico en el hogar, registro de diario vesical, seguimiento de terapia conductual y otorgar nueva cita.
- Supervisar que los médicos adscritos y residentes bajo su cargo, registren en la plataforma electrónica y/o en los formatos correspondientes, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar con el nombre y número de cédula profesional respectiva.
- Verificar que al personal a su cargo que le fueron entregadas claves de usuario para los diferentes sistemas del INPer, realicen la captura de los resultados de la atención a las pacientes, así como hacerles de su conocimiento que deberán resguardarlas y que es su responsabilidad la protección de la información. Así mismo, expresar que las deberán entregar al momento de que se realice cambio de servicio o cause baja institucional.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 3 de 16</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

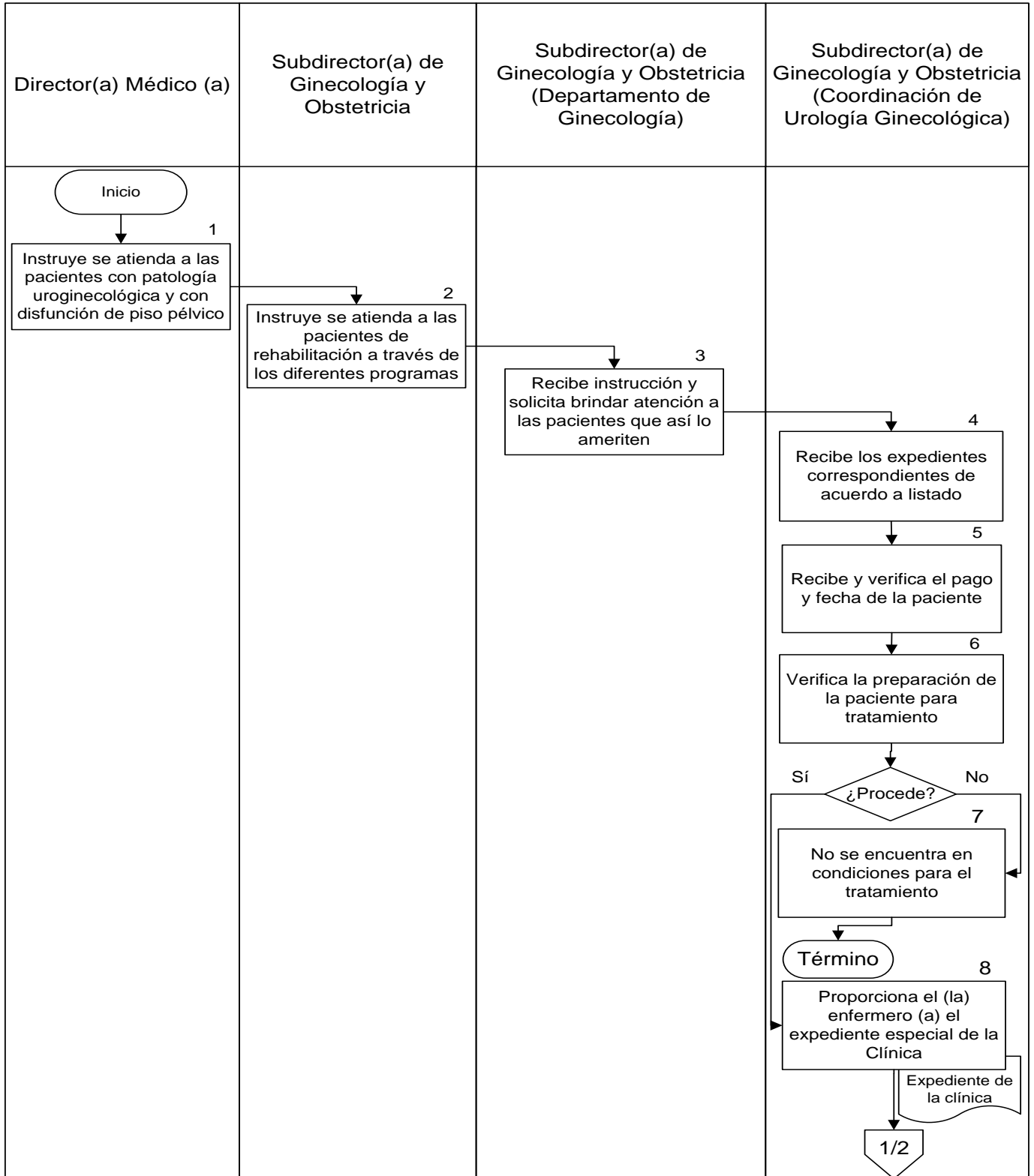
Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) Médico (a)	1	Emite instrucción a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia para que se brinde atención a las pacientes con patología uroginecológica y con disfunción del piso pélvico que así lo ameriten.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	2	Instruye al Departamento de Ginecología para brindar a las pacientes atención de rehabilitación a través de los diferentes programas de ejercicios del piso pélvico, entrenamiento vesical, biorretroalimentación, estimulación eléctrica funcional y maniobras para miccionar.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Ginecología)	3	Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Urología Ginecológica brindar atención a las pacientes que así lo ameriten.	
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Coordinación de Urología Ginecológica)	4	Recibe del servicio de Archivo Clínico los expedientes correspondientes de acuerdo a un listado de expedientes entregado el día previo.	
	5	Recibe la secretaria a la paciente, verifica fecha y hora de la cita, recibe el comprobante de pago y verifica la correspondencia con el tipo de tratamiento y nivel asignado a la paciente. Revisa la presencia física del expediente clínico.	
	6	Recibe el (la) enfermero (a) el expediente, verifica la preparación de la paciente para el tratamiento a realizar (vejiga llena, recto vacío, desayuno ligero)	
	7	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Determina que la paciente no se encuentra lista para el tratamiento. <b>Termina procedimiento.</b>	
	8	<b>Sí:</b> Proporciona el (la) enfermero(a) el expediente especial de la Clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente de la clínica</li> </ul>
	9	Prepara tanto el equipo e instrumental, como a la paciente para realizar el estudio.	
	10	Realiza una sesión introductoria acerca del procedimiento, naturaleza y molestias del mismo, en caso de que se trate de la primera sesión de tratamiento de la paciente	
11	Firma la paciente "Consentimiento Informado" para poder llevar a cabo el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2220-22</li> </ul>	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 4 de 16</b>

<b>Responsable</b>	<b>N° Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Coordinación de Urología Ginecológica)	12	Llena una hoja de registro especial para control interno y aplica a la paciente escala análoga visual.	
	13	Realiza médico (a) responsable el procedimiento especial de tratamiento en sus diferentes modalidades: ejercicios del piso pélvico, biorretroalimentación, estimulación eléctrica.	
	14	Realiza la nota y/o captura en el sistema correspondiente la "Nota de evolución" y se firma por médico (a) tratante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-07</li> </ul>
	15	Otorga instrucciones sobre el tratamiento a seguir en su domicilio y menciona posibles molestias. Indica necesidad y condiciones para nueva cita	
	16	Indica continuar seguimiento con su médico tratante en la consulta subsecuente, si ya se completó el tratamiento.	
	17	Realiza "Solicitud de Interconsultas" en caso de ser necesario y de acuerdo al padecimiento, solicita exámenes especiales si así se requieren.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-15</li> </ul>
	18	Acude a programar la cita para las sesiones subsecuentes que en su mayoría son semanales y por un total de 8 a 12 sesiones de acuerdo a la evolución de la paciente.	
			<b>Termina Procedimiento</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 5 de 16</b>

## 5.0 Diagrama de Flujo





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección Médica**

**6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica  
y de difusión del piso pélvico**

Hoja: 6 de 16

Director(a) Médico (a)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Ginecología)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Coordinación de Urología Ginecológica)
			<pre> graph TD     2{{2}} --&gt; 9[9 Prepara tanto el equipo instrumental, como a la paciente para realizar estudio]     9 --&gt; 10[10 Otorga una sesión introductora sobre el tratamiento a seguir]     10 --&gt; 11[11 Firma la paciente "Consentimiento Informado"]     11 -- 2220-22 --&gt; 12[12 Llena hoja de registro especial para control interno]     12 --&gt; 13[13 Realiza el procedimiento especial de tratamiento en sus diferentes modalidades]     13 --&gt; 14[14 Realiza la "Nota de Evolución" firmada por el Médico Tratante]     14 -- 2250-07 --&gt; 13_3{{1/3}}   </pre>





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección Médica**

**6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica  
y de difusión del piso pélvico**

**Hoja: 7 de 16**

Director(a) Médico (a)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Departamento de Ginecología)	Subdirector(a) de Ginecología y Obstetricia (Coordinación de Urología Ginecológica)
			<pre>graph TD; 3{{3}} --&gt; 15[15: Otorga instrucciones sobre el tratamiento a seguir en su domicilio]; 15 --&gt; 16[16: Indica continuar tratamiento con su Médico Tratante]; 16 --&gt; 17[17: Realiza "Solicitud de Interconsulta" y solicita exámenes especiales]; 17 -- 2440-15 --&gt; 18[18: Programa citas para sesiones subsecuentes por un total entre 8 y 12 sesiones semanales]; 18 --&gt; Termino([Término]);</pre>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 8 de 16</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 Septiembre 2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Expediente de la clínica"	5 años	Coordinación de Urología Ginecológica	4S.5
7.2 "Consentimiento Informado"	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2220-22
7.3 Notas de Evolución	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2250-07
7.4 "Solicitud de Interconsultas"	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2440-15

## 8.0 Glosario


- 8.1 **Biorretroalimentación:** Proceso en el cual un evento fisiológico inconsciente se presenta a la paciente y al terapeuta de forma objetiva a través de una señal táctil, auditiva o visual. El parámetro o evento que se elige debe ser cuantificable, alterable y susceptible de mejorar.
- 8.2 **Ejercicios del piso pélvico:** Procedimiento mediante el cual se logra fortalecer los músculos del piso pélvico a través de enseñar a la mujer a realizar contracción y relajación de los mismos en un programa específico
- 8.3 **Electroestimulación:** Aplicación de corriente eléctrica para estimular o inhibir las vísceras pélvicas o su inervación con el fin de obtener una respuesta terapéutica que regule o modifique la disfunción del piso pélvico existente.
- 8.4 **Maniobras para miccionar:** Maniobras o procedimientos empleados para facilitar el vaciamiento vesical a bajas presiones.
- 8.5 **Rehabilitación del piso pélvico:** Conjunto de programas y procedimientos terapéuticos, preventivos y de sostén en la mujer con problemas uroginecológicos, trastornos de la evacuación anorrectal y disfunción sexual.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-17	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 10.1 Consentimiento Informado    | (2220-22) |
| 10.2 Nota de Evolución           | (2250-07) |
| 10.3 Solicitud de Interconsultas | (2440-15) |

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 9 de 16</b>

## 10.1 Consentimiento Informado



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS**  
(De Acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de  
Servicios de Atención Médica, Capítulo IV, Art. 80, 81 y 83.)

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ **(1)** de 201 \_\_\_\_

Nombre del/la paciente: \_\_\_\_\_ **(2)**

Nº de expediente: \_\_\_\_\_ **(3)** Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s) principal(es): \_\_\_\_\_ **(4)**

Procedimiento(s) médico(s) quirúrgico(s) propuesto(s): \_\_\_\_\_ **(5)**

**BENEFICIOS:** \_\_\_\_\_ **(6)**

**RIESGOS:** \_\_\_\_\_ **(7)**

Yo \_\_\_\_\_ **(8)** en pleno uso de mis facultades; reconozco que se me explicó y entendí **SATISFACTORIAMENTE** el (los) procedimiento(s) que se me proponen, quedando **ENTERADO(A)** de los **BENEFICIOS** para mi salud, entendiendo a la vez los **RIESGOS** propios del (los) procedimiento(s) tanto para la vida como para la función y las secuelas y complicaciones que se pueden presentar. Considerando que el balance de riesgo y beneficio es positivo para la salud. Y en pleno conocimiento de lo anterior doy mi **CONSENTIMIENTO EN FORMA VOLUNTARIA Y POR DECISIÓN PROPIA PARA QUE EL PERSONAL MÉDICO, ANESTESIÓLOGO Y PARAMÉDICO DEL INPer REALICE EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) EXPLICADO(S) Y LO QUE RESULTE COMPLEMENTARIO DEL MISMO, ASÍ COMO EL (LOS) PROCEDIMIENTO(S) DE URGENCIA QUE PUDIERA(N) REQUERIRSE** para atender las contingencias y urgencias, bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica, lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana (NOM-004-SSA3-2012) del Expediente Clínico.

LA EDAD Y EL ESTADO DE CONCIENCIA DE LA PACIENTE LE PERMITEN FIRMAR ESTE DOCUMENTO

SI: \_\_\_\_\_ **(9)** NO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo del/la Paciente o Responsable      Firma      Parentesco con el/la Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del/la Primer/a Testigo      Firma      Parentesco con el/la Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del/la Segundo/a Testigo      Firma      Parentesco con el/la Paciente

Médico/a Tratante

\_\_\_\_\_  
**(12)**  
Nombre completo y firma

**2220-22**


Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 10 de 16</b>

## 10.1 Consentimiento Informado

### REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA

#### **Artículo 80**

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

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


#### **Artículo 81**

En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento al que se refiere el artículo anterior, será presentado al familiar mas cercano en vínculo que le acompañe o en su caso por el tutor o responsable legal, una vez firmado del carácter de la autorización. Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiriere el párrafo que antecede. Médicos autorizados del hospital previa valoración del caso y en concordancia de criterios, de por lo menos dos de ellos, se llevará a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.

#### **Artículo 83**

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

Estas autorizaciones se ajustarán a los modelos que señalen las normas técnicas.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 11 de 16</b>


## 10.1 Consentimiento Informado

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “CONSENTIMIENTO INFORMADO” AUTORIZACIÓN DE PORCEDIMIENTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS

2220-22

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	El día, mes y año en que se llena el presente formato
2	NOMBRE DE LA PACIENTE	El nombre completo de la paciente
3	N° DE EXPEDIENTE, FECHA DE NACIMIENTO Y EDAD	Número del expediente asignado por el instituto, fecha de nacimiento y edad de la paciente
4	DIAGNÓSTICO/S PRINCIPAL/ES	Describir el/los diagnóstico/s principal/es de la paciente
5	PROCEDIMIENTO/S MÉDICO/S QUIRÚRGICO/S PROPUESTO/S	Especificar el/los procedimiento/s médico/s quirúrgico/s propuesto/s a realizar a la paciente
6	BENEFICIOS	Describir el/los beneficio/s que obtendrá la paciente
7	RIESGOS	Especificar el/los riesgo/s que se pueden presentar al realizar el procedimiento
8	YO	Nombre completo de la paciente que reconoce y acepta que se le explicó y entendió el procedimiento
9	SI, NO	Afirmar o negar si la edad y el estado de conciencia de la paciente le permite firmar el consentimiento
10	NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE Y/O RESPONSABLE	Nombre completo de la paciente y firma, y si es el caso del/a responsable y parentesco
11	NOMBRE COMPLETO 1er Y 2°TESTIGO	Nombre completo, firma y parentesco del primer y segundo testigo de la paciente
12	MÉDICO/A TRATANTE	Nombre completo y firma del/a Médico/a tratante

  <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 12 de 16</b>

## 10.2 Notas de Evolución



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
 ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
 DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS



(1)

### NOTAS DE EVOLUCIÓN

SERVICIO \_\_\_\_\_ (2)                      CAMA \_\_\_\_\_ (3)


N° HOJA \_\_\_\_ (4) \_\_\_\_

Fecha y Hora	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P
	B: BÁSICO      S: SUBJETIVO      O: OBJETIVO      A: ANÁLISIS      P: PLANES
(5)	(6)

(TODA NOTA DEBERÁ SER SEGUIDA DE LA FIRMA DEL/A MÉDICO/A Y CLAVE) 2250-07

Francisco Javier Becerril Ruiz



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 14 de 16</b>

## 10.2 Notas de Evolución


### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 15 de 16</b>

### 10.3 Solicitud de Interconsultas





**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

**SOLICITUD DE INTERCONSULTAS**




(1)

DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ (2)

SERVICIO \_\_\_\_\_ (3) FECHA \_\_\_\_\_ (4)

SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA (5)	(6)	SI NO
MÉDICO(A) SOLICITANTE (7)          <small>NOMBRE: CLAVE Y FIRMA</small>	FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD (8)	MÉDICO(A) QUE RECIBIÓ LA SOLICITUD (9)          <small>NOMBRE: CLAVE Y FIRMA</small>
		FECHA Y HORA DE RECIBIDA (10)

Nota: El (La) médico(a) interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de: **NOTAS, EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS 2440-15**

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>6.- Atención de la paciente con patología uroginecológica y de difusión del piso pélvico</b>	<b>Hoja: 16 de 16</b>



### 10.3 Solicitud de Interconsultas

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	RECUADRO	Los datos del/la paciente.
2	DEPENDENCIA	El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente.
3	SERVICIO	El nombre del área en la que se solicita la atención.
4	FECHA	La fecha en que se elabora la solicitud.
5	SERVICIO QUE SOLICITA	El nombre del servicio que solicita la interconsulta.
6	URGENTE	Sí es urgente o no.
7	MÉDICO/A SOLICITANTE	El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante.
8	FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD	La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud.
9	MÉDICO/A QUE RECIBIÓ	El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe.
10	FECHA Y HORA DE RECIBIDO	La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-07</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>		<b>Hoja: 1 de 27</b>

## 7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-07</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>		<b>Hoja: 2 de 27</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Realizar diariamente visita médica a todos(as) los/las recién nacidos(as) que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido I y II para dar seguimiento al tratamiento inicial de los padecimientos clínicos de los/las pacientes hasta establecer el plan de alta.



## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, y a la Subdirección de Neonatología (Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido).
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los/las recién nacidos(as) cuyas madres fueron atendidas en el INPer.


## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Neonatología, verificar que el Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido(a), cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Coordinar la asignación de los/las médicos(as) residentes en adiestramiento, de tal forma que para su formación se rolen con todo el personal de médicos(as) adscritos(as).
- Asignar al médico(a) adscrito(a) con un médico(a) residente en rol para que coordinen el cuidado de los/las pacientes, de tal manera que todos(as) los/las médicos(as) traten todo tipo de patologías.
- Supervisar que el/la médico(a) adscrito(a) en coordinación con los/las médicos(as) residentes, realicen las acciones diarias durante la visita médica de 08:00 a 10:00 hrs en la UCIREN I y II, en la cual, el/la residente deberá presentar el informe sobre la evolución diaria de los/las pacientes.
- Coordinar dos veces por semana la visita general del equipo médico el cual está conformado por el Jefe(a) del Departamento, todos los/las médicos(as) adscritos(as), médicos(as) residentes, enfermeras(os) y personal de trabajo social, a fin de agilizar trámites como interconsultas, traslados y así conocer la problemática familiar de los padres de los/las pacientes y poder orientarlos de una mejor manera.
- Verificar que los/las médicos(as) adscritos(as) supervisen a los/las médicos residentes en adiestramiento a su cargo y lleven a cabo las siguientes actividades:
  - \* Conocimiento completo desde su ingreso hasta el estado actual de el/la paciente.
  - \* Discusión académica de la evolución intrahospitalaria de el/la paciente.
  - \* Establecimiento de acuerdos para el plan de manejo médico individual.
  - \* Aplicación adecuadamente el proceso para la solicitud de estudios diagnósticos.
  - \* Gestión de egreso hospitalario con 72 horas de anticipación.
  - \* Planteamiento de extensión de servicios interconsultantes intra-extramuros.
  - \* Estricto apego al seguimiento institucional.
- Coordinar las acciones médicas con la finalidad de ejecutar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos bajo supervisión estricta.
- Otorgar la Información diaria de la evolución clínica personalizada a los padres de los/las pacientes hospitalizados(as), por medio de la siguiente sistematización: Provisión directa de la información, educación, evaluación y servicio de orientación en caso de ser necesario.
- Instruir a el/la médico(a) adscrito(a) que será su responsabilidad informar de forma clara, precisa, sin tecnicismo, la realización de procedimientos invasivos, sustentados a través del consentimiento bajo información a los familiares de el/la paciente.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-07</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>		<b>Hoja: 3 de 27</b>

- Supervisar la integración adecuada del Expediente Clínico Electrónico vigente, actualizando la información diaria en las hojas correspondientes (NOM -024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015.En igualdad y No discriminación.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 4 de 27</b>

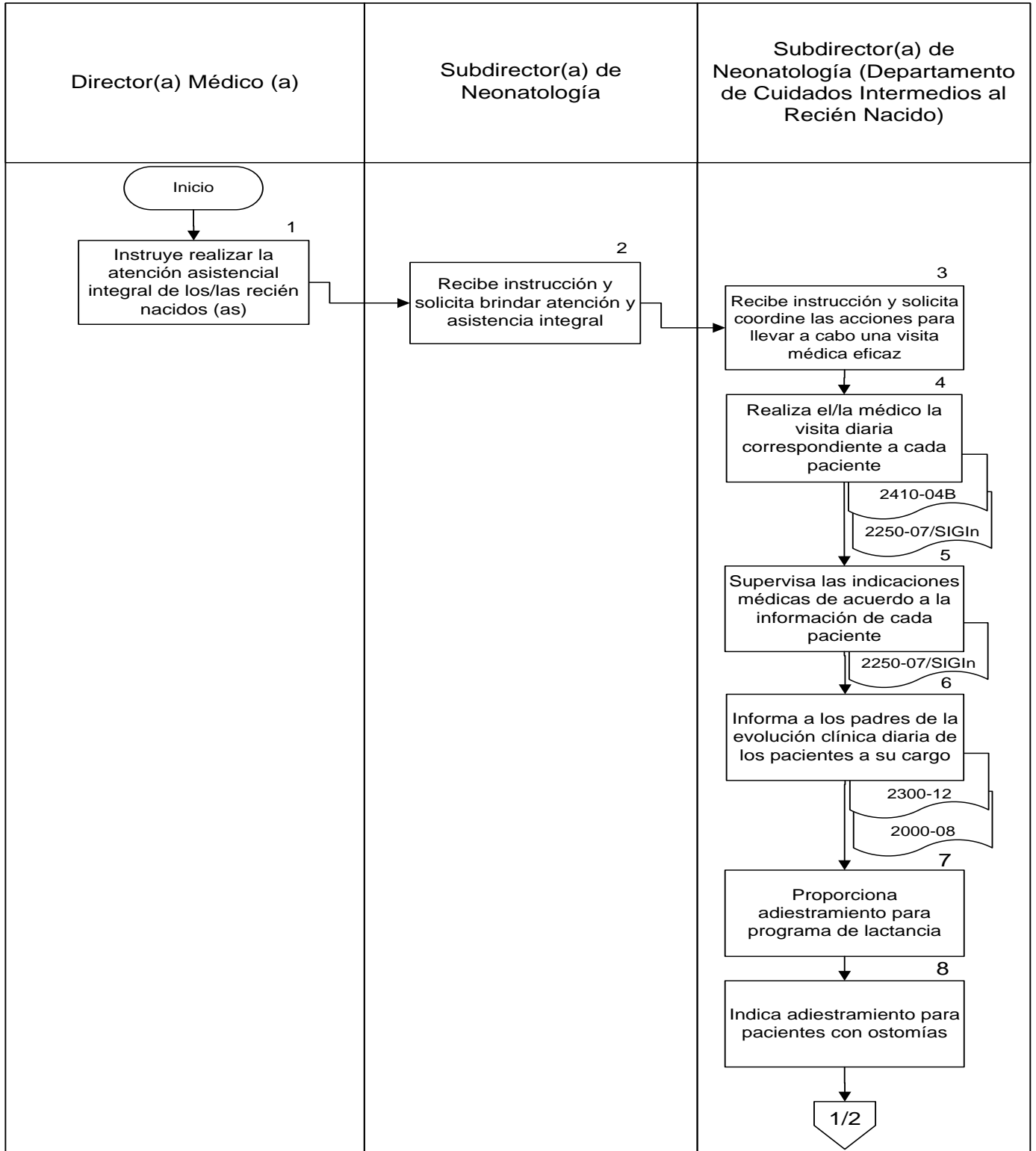
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) Médico (a)	1	Instruye a la Subdirección de Neonatología, realizar la atención y asistencia integral de los/las recién nacidos(as) de mediano y alto riesgo.	
Subdirector(a) de Neonatología	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido, brindar atención y asistencia integral a los/las recién nacidos (as) de mediano y alto riesgo.	
Subdirector(a) de Neonatología (Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido)	3	Recibe instrucción y solicita a el/la médico(a) adscrito(a) coordine las acciones para llevar a cabo una visita médica eficaz que facilite proporcionar atención y asistencia integral a los/las recién nacidos(as) de mediano y alto riesgo.	
	4	Realiza el/la médico(a) la visita diaria de cada paciente evaluando y registrando condición nutricia, considerando balance hídrico, condición hemodinámica, tolerancia a la vía oral, así como los exámenes de laboratorio complementarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2410-04B</li> <li>• 2250-07/SIGIn</li> </ul>
	5	Supervisa las indicaciones médicas y procedimientos señalados en las notas de evolución, realizando anotaciones vigentes a la información relativa de cada paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-07/SIGIn</li> </ul>
	6	Informa a los padres la evolución clínica diaria de los pacientes a su cargo, solicitando firma de los consentimientos informados para intervenciones quirúrgicas y transfusiones sanguíneas (informes de 10:00 am a 12:00 pm).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2300-12</li> <li>• 2000-08</li> </ul>
	7	Proporciona adiestramiento para el programa de lactancia si así lo amerita, que se lleva a cabo durante el horario de visita de 10:00 a 12:00, 13:40 a 14:30 y de 16:40 a 17:30.	
	8	Indica en caso de ser necesario, el adiestramiento para pacientes con ostomías, uso de oxígeno y administración de medicamentos, en el horario de visita (10:00 a 12:00, 13:40 a 14:30 y de 16:40 a 17:30) y otros casos especiales si así lo ameritan.	
	9	Indica los derechos y obligaciones que tienen durante su estancia hospitalaria, les solicita diariamente que anoten la leyenda correspondiente en la hoja de enfermería.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 5 de 27</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Subdirector(a) de Neonatología (Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido)	10	Realiza visita general con el equipo médico, evalúa los procedimientos realizados y detecta problemas inherentes al manejo de el/la paciente que requiere de alguna interconsulta o traslado para complementar su tratamiento.	
	11	Evalúa diariamente las condiciones de los/las pacientes mediante las notas de evolución, para determinar su egreso o continuidad en la terapia.	
	12	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Seguirá internado el/la recién nacido(a) hasta su recuperación. Regresa actividad 3.	
	13	<b>Si:</b> Realiza los trámites correspondientes al egreso hospitalario de el/la paciente, captura y/o registra la solicitud de interconsulta, estudio electrofisiológico, autorización de traslado de el/la recién nacido(a), en caso de ser necesario, solicitud estudios (potenciales) y la receta individual médica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-15</li> <li>• 3130-02</li> <li>• 2300-02</li> <li>• 3130-03</li> <li>• 2250-20/SIGIn</li> </ul>
	14	Requisita en el informe estadístico los datos de acuerdo a la unidad correspondiente (Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido I, Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido II).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2200-05</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	

### 5.0 Diagrama de Flujo



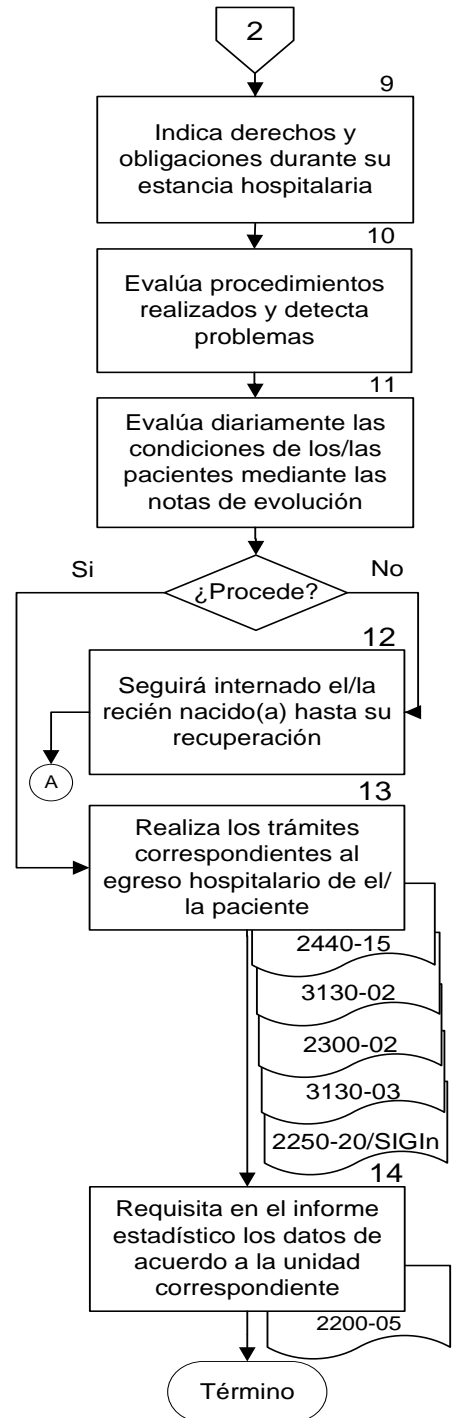





Director(a) Médico (a)

Subdirector(a) de Neonatología

Subdirector(a) de Neonatología  
(Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 8 de 27</b>

## 6.0 Documentos de referencia


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Radiología Neonatos	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 2410-04B
7.2 Notas de Evolución	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S .5/2250-07
7.3 Consentimiento informado	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 2300-12
7.4 Consentimiento informado para la Transfusión de Hemoderivados	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 2000-08
7.5 "Solicitud de interconsultas"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2440-15
7.6 "Solicitud de estudio Electrofisiológico"	5 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/3130-02
7.7 "Autorización de traslado e interconsulta de recién nacido (a)"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2300-02
7.8 "Solicitud estudios (potenciales)"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/3130-03
7.9 "Receta médica"	N/P	Familiar de Paciente	2250-20
7.10 "Informe Estadístico"	1 año	Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido	11C.12/2200-05

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Antecedentes perinatales:** Todos los antecedentes que inciden en el evento perinatal y que se consideran en la evaluación de la condición materna fetal.
- 8.2 **Enfermedad de base:** Morbilidad neonatal se refiere a toda aquella condición de patología o enfermedad que presente el recién nacido (a).
- 8.3 **Recién Nacido (a):** Se dice de aquel paciente cuya edad está comprendida dentro del periodo del 1° al 28° día de vida.
- 8.4 **Troficidad:** Clasificación del recién nacido(a) en relación a peso y edad gestacional de acuerdo a las curvas de Lubshenco.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 9 de 27</b>

8.5 **Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido:** Es aquella que brinda la atención para todo(a) recién nacido (a) de alto riesgo que no requiere de soporte farmacológico vital y/o ventilación mecánica.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-17	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 Radiología Neonatos	(2410-04B)
10.2 Notas de Evolución	(2250-07)
10.3 Consentimiento informado	(2300-12)
10.4 Consentimiento informado para la Transfusión de Hemoderivados	(2000-08)
10.5 Solicitud de interconsultas	(2440-15)
10.6 Solicitud de estudio Electrofisiológico	(3130-02)
10.7 Autorización de traslado e interconsulta de recién nacido(a)	(2300-02)
10.8 Solicitud de estudios (potenciales)	(3130-03)
10.9 Receta médica	(2250-20)
10.10 Informe Estadístico	(2200-05)

## 10.1 Radiología Neonatos



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
 DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN  
 RADIOLOGÍA NEONATOS



<b>ESTUDIOS SIMPLES</b> 3301 <input type="checkbox"/> Cráneo en A. P. 3302 <input type="checkbox"/> Cráneo en Lateral 3303 <input type="checkbox"/> Cráneo en Towne 3310 <input type="checkbox"/> Abdomen en Decúbito 3315 <input type="checkbox"/> Tórax en A.P. 3316 <input type="checkbox"/> Tórax en Lateral 3324 <input type="checkbox"/> Pelvis en Ap 3325 <input type="checkbox"/> Pelvis en Abducción (Rana) 3328 <input type="checkbox"/> Medición de Miembros Inferiores	3333 <input type="checkbox"/> Edad Ósea <b>ESTUDIOS CONTRASTADOS</b> 3312 <input type="checkbox"/> Mecanismo de la deglución 3313 <input type="checkbox"/> Esofagograma 3314 <input type="checkbox"/> Serie Esofagogastroduodenal 3318 <input type="checkbox"/> Tránsito Intestinal 3319 <input type="checkbox"/> Colon por Enema 3320 <input type="checkbox"/> Urografía Excretora 3323 <input type="checkbox"/> Fistulografía
---	---


SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 CUNA: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
 EDAD GEST.: \_\_\_\_\_ SEMANAS  
 NOMBRE DEL/A MÉDICO/A QUE SOLICITA:  
 \_\_\_\_\_

CÓDIGO	FECHA	

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ESTUDIO:      URGENTE       1ª Vez       SUBSEC.       **2410-04B**  
 Montes Urales N° 800      Lomas Virreyes      Ciudad de México      CP. 11000      Licencia Sanitaria N° 1011011039





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 13 de 27</b>


## 10.2 Notas de Evolución

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 14 de 27</b>

### 10.3 Consentimiento Informado



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN**

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Por medio de la presente, en mi calidad de madre/padre o responsable del (la) Recién Nacido(a) \_\_\_\_\_ con número de expediente \_\_\_\_\_ declaro que me ha sido solicitada la autorización para hospitalizar en: \_\_\_\_\_ al recién nacido(a) a mi cargo.

Al momento de firmar el presente documento declaro que he recibido la siguiente información:

- 1) Explicación sobre el diagnóstico: \_\_\_\_\_
- 2) Explicación sobre la probabilidad de realización de estudios de laboratorio o gabinete, interconsultas a diversos especialistas para completar el diagnóstico y establecer el tratamiento así como los riesgos y beneficios.
- 3) Información sobre las alternativas de tratamiento \_\_\_\_\_
- 4) Información sobre los riesgos y complicaciones \_\_\_\_\_
- 5) Información sobre los beneficios \_\_\_\_\_
- 6) Información sobre las limitaciones de los médicos para conocer la evolución y poder garantizar resultados favorables para la enfermedad del recién nacido(a).

La información recibida ha sido clara, completa y suficiente por lo que autorizo la hospitalización del recién nacido(a). Mediante este documento también autorizo la realización de estudios, procedimientos y tratamientos que se llegaran a requerir. En caso de una emergencia médica también autorizo que se realicen las técnicas y procedimientos necesarios para resolverla. Declaro que firmo el presente documento con todas mis dudas aclaradas por el médico responsable, libre de cualquier tipo de presión y en pleno uso de mi libertad y responsabilidad.

**AUTORIZA**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Representante legal \_\_\_\_\_

Médico/a tratante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**TESTIGO**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_


**TESTIGO**

Nombre completo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**2300-12**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 15 de 27</b>

### 10.3 Consentimiento Informado



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
COORDINACIÓN DE BANCO DE SANGRE



#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TRANSFUSIÓN DE COMPONENTES SANGUÍNEOS


La transfusión de sangre o de componentes sanguíneos, es un procedimiento médico relativamente sencillo. En una transfusión un/a paciente recibe sangre o alguno de sus componentes a través de un tubo fino llamado catéter que se introduce en una vena utilizando una pequeña aguja, la sangre o componente sanguíneo que se recibe es de una persona o sujeto donante y quien la recibe es el receptor. La transfusión de sangre se puede utilizar para reponer una pérdida de sangre o cualquiera de sus componentes, que son glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, y plasma, así como otros factores que ayudan a la coagulación de la sangre.

**Seguridad:** Usted tiene la seguridad de que la sangre que se transfunde ha sido analizada y estudiada y es negativa a microbios de las siguientes enfermedades: Hepatitis B, C; VIH1,2; Sífilis; Brucella y Chagas, además se le realizarán estudios antes de la transfusión, para conocer su grupo sanguíneo ABO y RH, así como pruebas para la compatibilidad sanguínea y todas las pruebas que se consideren necesarias para evitar o disminuir posibles complicaciones.

**Ventajas o Beneficios:** se le realizará un análisis para conocer su grupo sanguíneo y factor RH, la transfusión de sangre o sus componentes ayudan a los/las pacientes que sufren enfermedades serias, para reponer volumen de sangre y por lo tanto puede salvar la vida de quien recibe la transfusión. Si se transfunden glóbulos rojos, éstos pueden transportar más oxígeno a las distintas partes del cuerpo; las plaquetas y el plasma ayudan a disminuir la presencia de sangrados; la albúmina, es una proteína y se utiliza en pacientes que se encuentran en shock (enfermedad grave con riesgo de perder la vida), además de ayudar a fortalecer el sistema inmune que nos protege contra infecciones, los factores de coagulación del plasma pueden prevenir el sangrado en enfermedades como Hemofilia.

**Desventajas o Riesgos:** el procedimiento es relativamente sencillo pero, puede presentar alguna molestia leve como dolor cuando le instalan el catéter y un pequeño moretón que desaparece en algunos días. También puede existir alguna reacción alérgica por incompatibilidad ABO y muy raramente estas reacciones pueden ser graves o muy graves y comprometer la vida del/la paciente, debido a determinados componentes del/la donador/a, fiebre o aumento de la temperatura, escalofríos, salpullido, riesgo de transmisión de microbios infecciosos en período de “ventana” (tiempo en el que aún no es posible detectarlo en la sangre del donador, pero que ya puede ser infectante), así que existe una mínima posibilidad de contagio. De existir una reacción grave, el Instituto cuenta con personal altamente capacitado y especializado para atender de forma inmediata y administrar los medicamentos necesarios, para revertir los síntomas que pudiera presentar.

**2000-08**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 16 de 27</b>

## 10.4 Consentimiento Informado para la Transfusión de Hemoderivados

Manifiesto que me ha sido brindada información clara, precisa y completa de la seguridad, beneficios y riesgos de la transfusión y me identifico con \_\_\_\_\_ y en mi calidad de \_\_\_\_\_, de manera libre, responsable y sin ningún tipo de presión **SI  NO  DOY MI CONSENTIMIENTO**; para que se me/le transfunda sangre \_\_\_\_\_ o algún componente sanguíneo \_\_\_\_\_ a mi o mi Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ con número de Expediente \_\_\_\_\_ y Diagnóstico Médico de \_\_\_\_\_, con fundamento en las normas legales, médicas y éticas vigentes otorgo al personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, mi autorización para que sea administrada sangre o alguno de sus componentes.

### DATOS DE QUIÉN OTORGA EL CONSENTIMIENTO

\_\_\_\_\_  
Nombre/s                      Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Firma

### TESTIGOS


Nombre: \_\_\_\_\_                      Nombre: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_                      Firma: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_                      Parentesco: \_\_\_\_\_

### DATOS DE QUIÉN RECABA EL CONSENTIMIENTO



\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del/la Médico/a

**2000-08**

Montes Urales N° 800                      Lomas Virreyes                      Ciudad de México                      CP. 11000                      Licencia Sanitaria N° 1011011039


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 17 de 27</b>

## 10.5 Solicitud de Interconsultas

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES**

**SOLICITUD DE INTERCONSULTAS**




(1)

DEPENDENCIA \_\_\_\_\_ (2)

SERVICIO \_\_\_\_\_ (3) FECHA \_\_\_\_\_ (4)

SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERCONSULTA (5)			(6)	SI NO
MÉDICO(A) SOLICITANTE (7)	FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD (8)	MÉDICO(A) QUE RECIBIÓ LA SOLICITUD (9)	FECHA Y HORA DE RECIBIDA (10)	
NOMBRE: CLAVE Y FIRMA		NOMBRE: CLAVE Y FIRMA		

Nota: El (La) médico(a) interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de: **NOTAS, EVOLUCIÓN Y ÓRDENES MÉDICAS 2440-15**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 18 de 27</b>


## 10.5 Solicitud de Interconsultas

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

<b>Nº</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	RECUADRO	Los datos del/la paciente.
2	DEPENDENCIA	El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente.
3	SERVICIO	El nombre del área en la que se solicita la atención.
4	FECHA	La fecha en que se elabora la solicitud.
5	SERVICIO QUE SOLICITA	El nombre del servicio que solicita la interconsulta.
6	URGENTE	Si es urgente o no.
7	MÉDICO/A SOLICITANTE	El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante.
8	FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD	La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud.
9	MÉDICO/A QUE RECIBIÓ	El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe.
10	FECHA Y HORA DE RECIBIDO	La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 19 de 27</b>

## 10.6 Solicitud de Estudio Electrofisiológico



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
DEPARTAMENTO DE NEUROCIENCIAS  
LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA




### SOLICITUD DE ESTUDIO (ELECTROFISIOLÓGICO)

<b>ESTUDIOS SOLICITADOS</b>	1. POLIGRAFÍA DEL RECIÉN NACIDO _____
	2. ELECTROENCEFALOGRAFÍA INFANTIL _____
	3. ELECTROENCEFALOGRAFÍA DEL ADULTO _____
<b>FICHA DE IDENTIDAD:</b>	
NOMBRE: _____ EXPEDIENTE: _____	
FECHA ACTUAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____	
EDAD: _____ SEXO: _____ TRATAMIENTO: _____	
<b>DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE:</b>	
1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

<b>MOTIVOS DE RIESGOS:</b> (Marcar en un círculo)	
1. INFECCIÓN CONGENITA (TORCH)	11. CRISIS CONVULSIVAS R.N.
2. APGAR < 3 AL MINUTO	12. TRASTORNOS DE CONDUCTA
3. MALFORMACIÓN CEREBRAL	13. RETRASO DEL DES. MOTOR
4. TRAUMA OBSTÉTRICO	14. RETRASO DEL DES. LENGUAJE
5. PESO < 1500 g. AL NACER	15. EXANGUINOTRANSFUSIÓN
6. SEPTICEMIA NEONATAL	16. HIDROCEFALIA
7. MENINGITIS	17. EXPOSICIÓN ANTIEPILÉPTICOS
8. ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA	18. VENTILACIÓN ASISTIDA
9. HEMORRAGIA CEREBRAL	19. EPILEPSIA DEL ADULTO
10. USO DE FORCEPS	20. APNEA NEONATAL
	21. OTRO MOTIVO _____
<b>DATOS GENERALES:</b> (Sólo para pacientes pediátricos)	
PESO AL NACER _____	CIFRA MÁX. BILIRRUBINA INDIRECTA _____
PER. CEFÁLICO _____	EDAD GEST. AL NACER _____
APGAR 1/5 MINUTOS _____	
MÉDICO/A Y SERVICIO SOLICITANTE _____	

**3130-02**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 20 de 27</b>

## 10.6 Solicitud de Estudio Electrofisiológico

### INFORMACIÓN PARA LAS MADRES

El estudio de electroencefalografía (E.E.G.) es un estudio no invasivos en donde se registra la actividad eléctrica cerebral en diferentes partes de la cabeza.

El estudio consiste en colocar una serie de electrodos (pequeños discos de plata y oro) en diferentes partes de la cabeza, sujetos por vendas elásticas desechables y colocadas sobre la piel cabelluda, previamente limpia con una solución diluida de alcohol y acetona. La paciente es recostada en una cama en donde se realizarán ajustes a la luz dependiendo de los hallazgos encontrados en el registro, indicándosele en una parte que trate de dormirse (aunque, el no lograrlo no invalida la utilidad del estudio), en otro tiempo se le solicitará respirar rápidamente y finalmente se le colocará una lámpara especial que proyectará descargas de luz (flash) sobre su rostro.

No es un estudio doloroso, no se utilizan descargas eléctricas y no se deben de suspender los medicamentos que toma para su realización. No es necesario el ayuno pero se recomienda desvelar al/la paciente para provocar sueño y pueda realizarse el estudio durante el sueño.

La técnica puede aclarar cualquier duda sobre la realización del estudio, pero no podrá dar ningún resultado ni cambiar el tratamiento (los resultados y tratamientos se deberán aclarar con el/la médico/a tratante en la consulta correspondiente), el estudio es inofensivo y no provoca daños al/la bebe.

### REQUISITOS PARA REALIZAR UN ESTUDIO

1. Acudir por su cita al Departamento de Neurología (frente a la biblioteca).
2. Acudir puntualmente a su cita (si llega tarde se reprogramará una nueva cita sin realizar el estudio).
3. Acudir con la cabeza lavada con agua y shampoo o jabón habitual, el pelo debe estar seco.
4. No aplicar vaselina ni fijador, crema o aceites faciales.
5. Habitualmente recomendamos desvelarse, es indispensable realizar el estudio durante el sueño:
  - Las adultas deben dormir 4-6 horas la noche previa.
  - Los/las bebes deben permanecer despiertos 4-5 horas antes de su estudio y acomodar su horario de alimentación para que coincida con la hora del estudio.
6. No olvidar su Carnet de citas y su identificación.
7. En caso de dudas dirigirse al Departamento de Neurología.
8. Avisar en caso de tener hipersensibilidad o alergia al alcohol, acetona o aceite mineral.
9. Se recomienda guardar silencio durante el estudio.

\*\* Las recomendaciones anteriores tienen como objeto el realizar estudios de mejor calidad y evitarle molestias al tener que darle una nueva cita para realizar el estudio\*\*

A t e n t a m e n t e

Departamento de Neurociencias

Montes Urales N° 800


Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 21 de 27</b>

## 10.7 Autorización de Traslado e Interconsulta de Recién Nacido (a)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA



### AUTORIZACIÓN DE TRASLADO E INTERCONSULTA DE RECIÉN NACIDO/A

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Registro: \_\_\_\_\_

Edad gest: \_\_\_\_\_ s. Peso al nacer: \_\_\_\_\_ g. Peso actual: \_\_\_\_\_ g. Apgar: \_\_\_\_\_

Vía de nacimiento:  parto eutócico  parto distócico  cesárea Nacimiento en:  INPer  Otro

Fecha y hora de Ingreso a Urgencias: \_\_\_\_\_

Sitio de donde se origina el traslado: Servicio: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

**TRASLADO A:** Hospital \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Cama: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Persona que aceptó el **traslado**: \_\_\_\_\_

**INTERCONSULTA A:** Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Persona que aceptó la **interconsulta**: \_\_\_\_\_

Diagnósticos de ingreso	Diagnósticos de egreso

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Médico  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Jefe de  
Servicio o de la Guardia

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Subdirector de Neonatología

**FAMILIAR O PERSONA RESPONSABLE:** Nombre: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

◇ Una vez que he sido notificado acerca de los motivos que originan el **traslado** del paciente, autorizo al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes para que realicen los trámites correspondientes a fin de que continúe su atención médica en:

◇ Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_

◇ Una vez que he sido notificado acerca de los motivos que originan la **interconsulta** del paciente, entiendo que se continuará su atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes o quedará internado en la Institución de referencia.

\_\_\_\_\_  
Padre: Nombre completo y firma

\_\_\_\_\_  
Madre: Nombre completo y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo: Nombre, firma y relación con paciente

\_\_\_\_\_  
Testigo: Nombre, firma y relación con paciente


Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

**Original:** Expediente INPer

**Copia:** Hospital al que acude

**Copia:** Familiar o persona responsable

**2300-02**

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 22 de 27</b>

### 10.7 Autorización de Traslado e Interconsulta de Recién Nacido (a)

<b>Resumen:</b>

**REPORTE DE INCIDENTES DURANTE EL TRASLADO:**


\_\_\_\_\_  
 Nombre completo y firma de la persona que realizó el traslado



## 10.8 Solicitud de estudios (Potenciales)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
 DEPARTAMENTO DE NEUROCIENCIAS  
 LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA




### SOLICITUD DE ESTUDIOS (POTENCIALES)

<b>ESTUDIOS SOLICITADOS</b>	1. POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS _____ 2. POTENCIALES EVOCADOS VISUALES _____ 3. POTENCIALES SOMATO-SENSORIALES _____
<b>FICHA DE IDENTIDAD:</b>	
NOMBRE: _____ EXPEDIENTE: _____	
FECHA ACTUAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____	
EDAD: _____ SEXO: _____ EDAD GEST. AL NACER: _____	
<b>DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE DESDE SU NACIMIENTO:</b>	
1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

<b>MOTIVOS DE RIESGOS</b> (Marcar en un círculo):	
1. INFECCIÓN CONGÉNITA (TORCH) 2. APGAR < 3 AL MINUTO 3. ICTERICIA (FOTOTERAPIA) 4. ICTERICIA (EXANGUINOTRANSFUSIÓN) 5. PESO < 1500 g. 6. SEPTICEMIA NEONATAL 7. MENINGITIS 8. EXPOSICIÓN A FÁRMACOS 9. HEMORRAGIA CEREBRAL 10. CIRCULACIÓN FETAL PERSISTENTE	11. GENTAMICINA EN UTERO 12. HIPOACUSIA FAMILIAR 13. RETRASO DE LENGUAJE 14. REFLEJO C-P AUSENTE 15. OTITIS MEDIA 16. SARAMPIÓN 17. PAROTIROIDES 18. TRAUMA CRANEAL 19. VENTILACIÓN ASISTIDA 20. OTRA _____
<b>DATOS GENERALES:</b>	
PESO AL NACER _____	CIFRA MÁX. BILIRRUBINA INDIRECTA _____
PER. CEFÁLICO _____	FÁRMACO USADO _____
APGAR 1/5 MINUTOS _____	FÁRMACO USADO _____
MÉDICO/A SOLICITANTE _____ Vo.Bo. _____	

**3130-03**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 24 de 27</b>

## 10.8 Solicitud de estudios (Potenciales)

### INFORMACIÓN PARA LAS MADRES

El estudio de potenciales provocados auditivos de tallo cerebral (PEAT) y el de potenciales provocados visuales (PEV) son estudios no invasivos en donde se registra la actividad eléctrica del tallo y la corteza cerebral en diferentes partes de la cabeza, después de provocarla por exposición a una fuente luminosa intermitente (Flash) o un sonido (Click).

El estudio consiste en colocar una serie de electrodos (pequeños discos de plata y oro) sobre la cabeza, sujetos por vendas elásticas desechables. Previamente se limpia la zona de piel cabelluda con una solución diluida de alcohol y acetona para mejorar la conducción. El (la) paciente es recostado (a) en una cama donde se favorecerá el sueño (reduciendo la luz y/o administrando su alimento); cuando el (la) paciente se encuentre dormido se le colocará una lámpara o unos audífonos con lo que se iniciará el estudio. Un familiar podrá permanecer con el (la) paciente durante el registro.

No es un estudio doloroso, no se utilizan descargas eléctricas y no se deben de suspender los medicamentos que toma para su realización. No es necesario el ayuno pero se recomienda desvelar al paciente para provocar sueño y pueda realizarse el estudio durante el sueño.

La técnica puede aclarar cualquier duda sobre la realización del estudio, pero no podrá dar ningún resultado ni cambiar el tratamiento (los resultados y tratamientos se deberán discutir con el/la médico/a tratante en la consulta correspondiente).

### REQUISITOS PARA REALIZAR UN ESTUDIO

1. Acudir por su cita al Departamento de Neurología (frente a la biblioteca).
2. Acudir puntualmente a su cita (si llega tarde se reprogramará una nueva cita sin realizar el estudio).
3. Acudir con la cabeza lavada con agua y shampoo o jabón habitual, el pelo debe estar seco.
4. No aplicar vaselina ni fijador, crema o aceites faciales.
5. Habitualmente recomendamos desvelarse, es indispensable realizar el estudio durante el sueño:
  - Los adultos deben dormir 4-6 horas la noche previa.
  - Los bebés deben permanecer despiertos 4-5 horas antes de su estudio y acomodar su horario de alimentación para que coincida con la hora del estudio.
6. No olvidar su Carnet de citas y su identificación.
7. En caso de dudas dirigirse al Departamento de Neurología.
8. Avisar en caso de tener hipersensibilidad o alergia al alcohol, acetona o aceite mineral. No se realizan estudios auditivos a niños con gripa.

A t e n t a m e n t e

Departamento de Neurociencias


Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 25 de 27</b>

## 10.9 Receta Médica




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA

Montes Urales No 800 Col. Lomas de Virreyes CP. 11000 Ciudad de México  
Licencia Sanitaria 1011011039 Teléfono: 55 20 99 00 www.inper.mx



Nombre:	<b>(1)</b>	Expediente:	<b>(2)</b>	Fecha:
R.X.				
1)	<b>(3)</b>			
2)				
3)				
Indicaciones:				
1)				
2)	<b>(4)</b>			
3)				
Nombre completo de el/la médico que prescribe:				
Cédula Profesional:				
Institución que expide Título Profesional:			<b>(5)</b>	<b>2250-20</b>



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>7.- Atención integral a neonatos de mediano y alto riesgo</b>	<b>Hoja: 26 de 27</b>

## 10.9 Receta Médica



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
 “RECETA MÉDICA”  
 2250-20

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	Nombre completo del/la paciente
2	EXPEDIENTE, FECHA	Número correspondiente al expediente y el día, mes y año en que se expide la receta
3	R.X.	El nombre de los medicamentos que se le prescriben al/la paciente
4	INDICACIONES	Las indicaciones correspondientes para la administración de los medicamentos
5	MÉDICO/A	Nombre completo, cédula profesional e Institución que expide el Título Profesional del/la médico/a que proporciona la receta.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-08</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>		<b>Hoja: 1 de 12</b>

## 8.- Atención del prematuro tardío

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-08</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1 Proporcionar atención a el/la prematuro(a) tardío(a) que cumpla con los criterios de aceptación para su ingreso al alojamiento conjunto, con el propósito de brindar una adecuada atención médica de calidad y seguridad, basada en evidencia científica, apoyando la lactancia materna exclusiva y reduciendo al mínimo los riesgos de complicaciones tras el egreso hospitalario.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Neonatología (Departamento de Alojamiento Conjunto).
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los y las Recién Nacidos(as) que reciben atención en el INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Médica, a través de la Subdirección de Neonatología, verificar, que el Departamento de Alojamiento Conjunto, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar que los/las prematuros/(as) tardíos(as)  $\geq 35$  semanas gestacionales y peso  $\geq 2000$  g al nacimiento, que entren al área de Alojamiento Conjunto, no presenten otra condición clínica asociada a su prematuridad. Que no cuenten con antecedentes familiares o perinatales que comprometan su estabilidad y que estén en condiciones favorables para alimentación al seno materno.
  - Fomentar la participación del padre cuando la condición familiar e institucional lo permitan para el contacto piel a piel.
  - Verificar que el (la) médico(a) registre en la plataforma correspondiente la Nota de Ingreso al servicio de Alojamiento Conjunto, en el momento que termine la exploración del Recién Nacido(a).
  - Verificar que el prematuro(a) tardío(a) cumpla las siguientes condiciones para determinar el alta hospitalaria:
    - Presentar estabilidad fisiológica (termorregulación definida con temperatura entre 36.5 y 37.4 °C, alimentación definida succión-deglución, respiración adecuada mientras se hace la toma.
    - Estabilidad cardiorrespiratoria, con constantes signos estables (frecuencia respiratoria menor de 60 respiraciones por minuto y frecuencia cardíaca entre 100 y 160 latidos por minuto).
    - Tránsito intestinal.
    - Haber realizado cuidados de rutina, como pruebas metabólicas, vacuna y profilaxis ocular y antihemorrágica.
    - Educación adecuada a los padres para el cuidado adecuado de estos(as) niños(as), para que sean capaces de reconocer problemas como la ictericia, las dificultades de alimentación y la deshidratación.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-08</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>

3.2 Será responsabilidad de la Enfermera(o) adscrita(o), cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:


- Verificar que se cumplan las siguientes especificaciones, antes de trasladar al/la paciente prematuro(a) tardío(a) al área de alojamiento conjunto:
  - Doble identificación y concordancia con brazalete materno.
  - Signos vitales al egreso de la Unidad Tocoquirúrgica.
  - Avances en el proceso de lactancia materna y contacto precoz en la Unidad Tocoquirúrgica.
  - Expediente clínico completo.
  - Traslado en los brazos de la madre para continuar con el contacto piel a piel iniciado en la Unidad Tocoquirúrgica.
  - Registrar en la plataforma correspondiente el ingreso del Recién Nacido al servicio de Alojamiento Conjunto, al término del traslado de la Unidad Tocoquirúrgica.



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>	<b>Hoja: 4 de 12</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

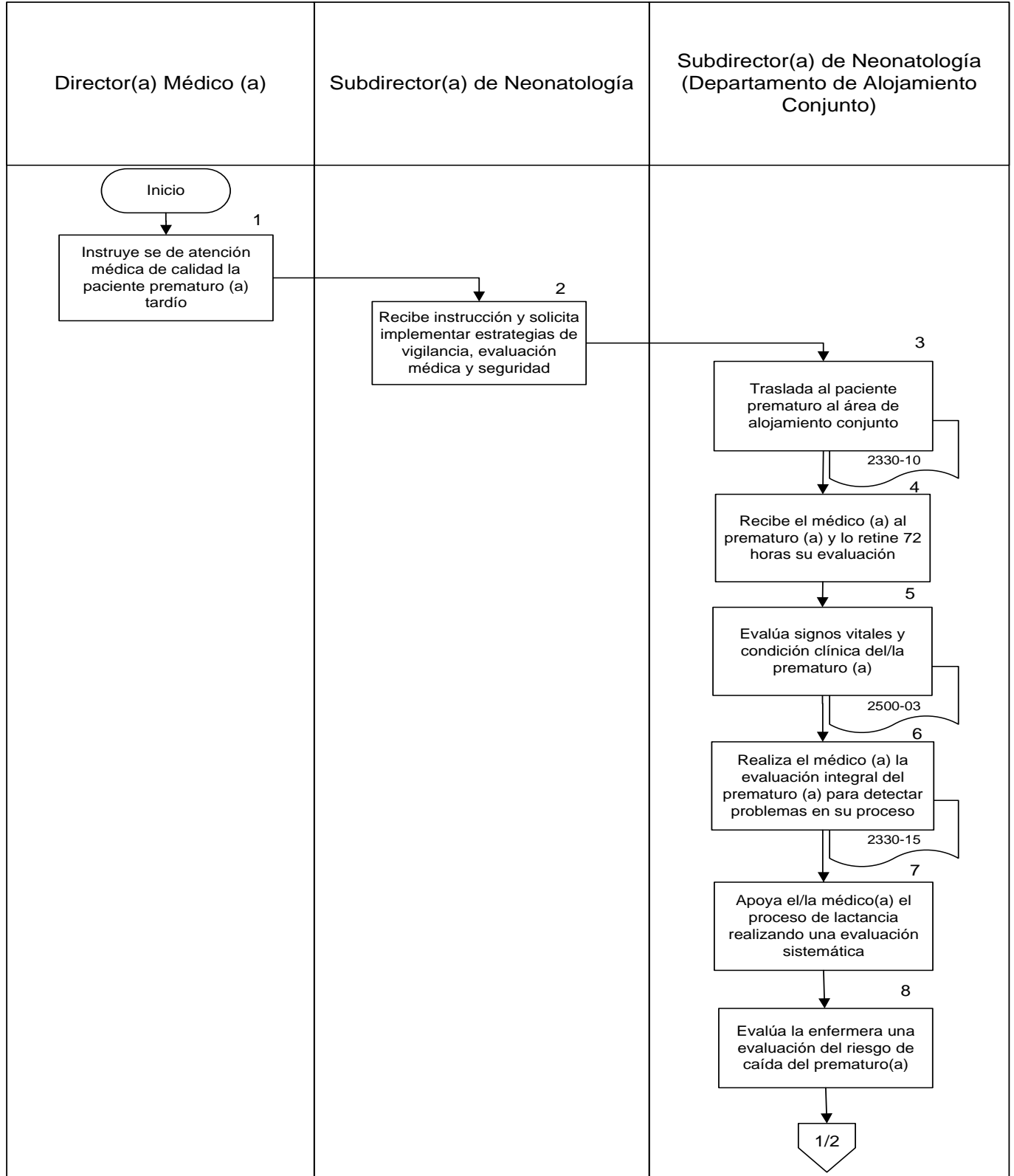
Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) Médico (a)	1	Instruye a la Subdirección de Neonatología, se dé atención médica de calidad al paciente prematuro tardío que ingresa al área de Alojamiento Conjunto.	
Subdirector(a) de Neonatología	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Alojamiento Conjunto implementar las estrategias de vigilancia, evaluación médica y seguridad del paciente prematuro(a) tardío(a) que ingresa.	
Subdirector(a) de Neonatología (Departamento de Alojamiento Conjunto)	3	Traslada la (el) enfermera(o) adscrita(o) al/la paciente prematuro(a) tardío(a) al área de alojamiento conjunto toda vez que cumpla con las especificaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2330-10</li> </ul>
	4	Recibe médico(a) al/la prematuro(a) tardío(a) y mantiene a la madre con el (ella) por lo menos 72 horas para su evaluación.	
	5	Evalúa la (el) enfermera(o) los signos vitales y condición clínica del prematuro(a) a su llegada a alojamiento conjunto registrando la información en la hoja de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2500-03</li> </ul>
	6	Realiza médico(a) la evaluación integral a cada prematuro(a) para detectar problemas en su proceso de adaptación, control térmico e hiperbilirrubinemia, así como cualquier otra condición que comprometa su seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2330-15</li> </ul>
	7	Apoya el (la) médico(a) de manera individualizada el proceso de lactancia, favorece el contacto piel a piel y realiza una evaluación sistemática de su efectividad.	
	8	Evalúa enfermera el riesgo de caída para el prematuro(a) tardío(a) y asesora a la madre para reducir el riesgo.	
	9	Supervisa médico(a) la realización del tamiz metabólico (o su referencia para la realización), el tamizaje cardiaco clínico y por oximetría de pulso a todos los pacientes prematuros tardíos.	
	10	Brinda información sobre la seguridad, cuidados especiales y aplicación de vacunas de todos los pacientes prematuros tardíos.	
	11	Refiere a todos los(as) prematuros(as) tardíos(as) para la realización de tamizaje auditivo al Departamento de Seguimiento Pediátrico.	

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>	<b>Hoja: 5 de 12</b>

<b>Responsable</b>	<b>N° Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector(a) de Neonatología (Departamento de Alojamiento Conjunto)	12	Evalúa la evolución del/la prematuro (a) tardío (a) y determina el alta. <b>¿Procede?</b>	
	13	<b>No:</b> Indica los cuidados necesarios así como exámenes de laboratorio en caso de ser necesario y continúa evaluación hasta determinar el alta del servicio. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	14	<b>Si:</b> Realiza las gestiones necesarias para el trámite de alta.	
	15	Indica a la madre los cuidados necesarios en casa y otorga alta del servicio.	
		<b>Termina Procedimiento</b>	



### 5.0 Diagrama de Flujo

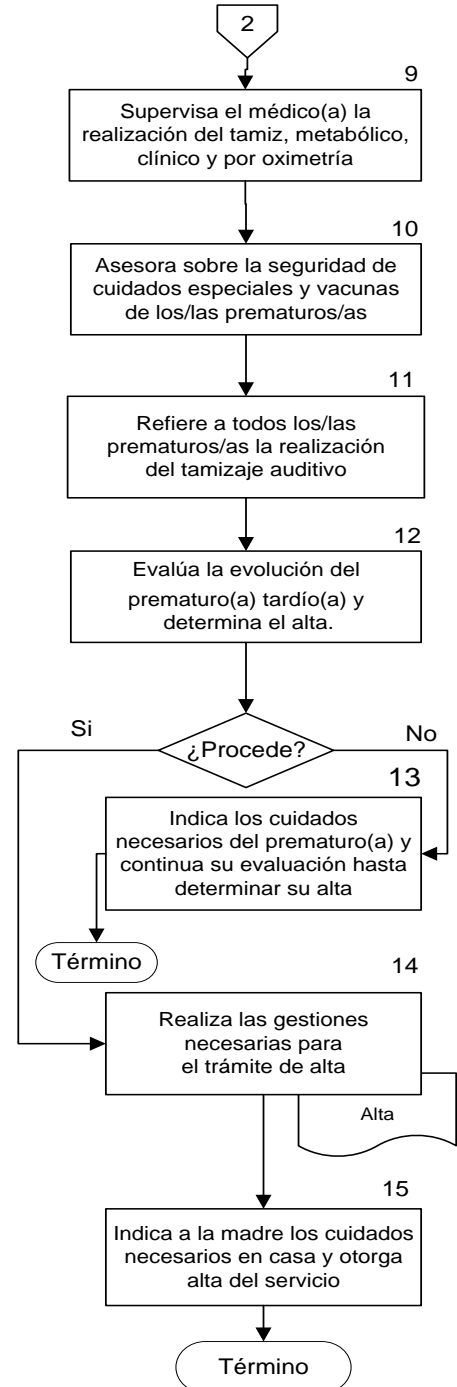





Director(a) Médico (a)

Subdirector(a) de Neonatología

Subdirector(a) de Neonatología  
(Departamento de Alojamiento Conjunto)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>	<b>Hoja: 8 de 12</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Flujo de Pacientes Neonatales de Acuerdo a Condición al Nacimiento	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2330-10
7.2 Control del Recién nacido(a)	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2500-03
7.3 Evaluación Integral	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/2330-15

## 8.0 Glosario

8.1 **Prematuro tardío:** recién nacido entre la semana 34 y 36.6 de edad gestacional.

## 9.0 Cambios de esta versión


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 Flujo de Pacientes Neonatales de Acuerdo a Condición al Nacimiento	(2330-10)
10.2 Control de el/la Recién Nacido(a)	(2500-03)
10.3 Evaluación Integral	(2330-15)

### 10.1 Flujo de Pacientes Neonatales de Acuerdo a Condición al Nacimiento

FLUJO DE PACIENTES NEONATALES DE ACUERDO A CONDICIÓN AL NACIMIENTO	CONDICIÓN	A. CONJUNTO	TIM NEONATAL	UCIREN I Y II	UCIN	2330-10	FECHA	NOMBRE Y FIRMA DEL EVALUADOR	EXCEPCIÓN AUTORIZADA POR
	Peso Nac (g)	≥ 2000	≥ 1800 (> 1700 con autorización jefa alojamiento)	> 1000	≤ 1000				
	Edad Gest	≥ 35	≥ 33	≥ 30	< 30				
	Apgar min	≤ 6 art. Umb. pH > 7.10 DB < -12	≤ 6 art. Umb. pH < 7.10 DB ≥ -12 (sin encefalopatía hipóxico isq.)	≤ 6 art. Umb. pH < 7.10 DB ≥ -12 (encefalopatía hipóxico isq. leve)	≤ 6 art. Umb. pH < 7.0 DB ≥ -16 (con encefalopatía hipóxico isq. moderada o severa VER GUJA CDOL CAP)				
	Apgar 5 min	≥ 7	≥ 7	< 7	< 3 (< 5 a 10 min)				
	Silverman	< 2	CPAP nasal SA < 3 con FIO2 < 60% Sin neumotórax	Fase I o CPAP nasal con neumotórax	Ventilación mecánica				
	Rh (-)	No isoimmunizada	Enf. Hemolítica leve a moderada para fototerapia sin riesgo de exsanguiotransfusión		Isoimmunizada con riesgo para exsanguiotransfusión o transfusión intrauterina				
	Diabetes materna	Tolerando seno materno	Hb Glucosilada > 6, descontrol metabólico materno, fetopatía diabética						
	Control glucosa	Seno materno con monitorización de glucosa sin síntomas de hipoglucemia	Segundo control de glucosa ≤ 25 mg/dl o sin incremento en relación al previo.	Hipoglucemia sintomática					
	Trauma obst	Lesiones leves	Cefalohematoma, hematoma subgaleal, fractura clavícula sin repercusión neurológica o hemodinámica	Fractura de cráneo o lesiones que requieren vigilancia estrecha de estado neurológico o hemodinámico	Lesiones con compromiso del estado neurológico y/o hemodinámico				
	Patología materna	INACTIVA (LES, hipotiroidismo, púrpura, trombocitopenia, sx. Antifosfolípido)	Enf. Graves Basedow Hipertiroidismo inmunológico Miastenia gravis, LES, púrpura trombocitopenia enf. Tejido conectivo con actividad		Tormenta tiroidea (hipertensión, dificultad respiratoria, taquicardia)				
	Ruptura membranas	Sin corioamionitis		Con corioamionitis, Sin antibiótico UCIREN I Con antibiótico UCIREN II Tiempo indefinido o datos de sepsis	Choque séptico				
	Defectos congénitos	Menores y sin compromiso de alimentación	Malformaciones faciales que interfieren o alimentación (labio y paladar hendido incompleto uni o bilateral) Trisomía 21 estable sin evidencia de malformación mayor Lesiones renales unilaterales en USG prenatal ≥ 3 malformaciones menores Onfalocèle para sistema VAC	Cardiopatías, alteraciones de SNC, malformaciones cardíacas o mayores que interfieren con alimentación. Malformaciones renales bilaterales o urogenitales	Requiere corrección Qx urgente o a corto plazo (atresia esófago, duodeno, anorrectal sin fistula, hernia diafragmática, defectos de pared, choque cardiogénico)				
	Meconio o sangre	Aspirado (-) Rx normal sin dificultad respiratoria	Aspirado (+) Rx normal Fase I de ventilación	Aspirado (+) Rx anormal Fase I de ventilación estable	Aspirado (+) Ventilación mecánica				
	Cuidado paliativo		Defectos congénitos mayores o síndromes incompatibles con la vida a corto plazo y que sobrevivan más de 24 horas. Comentar con Jefa de Alojamiento (con consentimiento informado firmado)						
	Condición materna	Adecuada para cuidar bebé Valorar acompañante de 24 h en caso de limitaciones al movimiento, problema psiquiátrico controlado	UCIA, punción dura madre, hipertensión, cardiopatía, psiquiátrica, neurológica, discapacidad, descompensación metabólica si no hay familiar acompañante 24 h Nac. en el Inst. Cardiol. Antecedente de consanguinidad, > 3 abortos, antecedente de óbitos o muertes neonatales no explicadas						
	Antecedente Estreptococo B	≥ 35 sem Cultivo (-) último mes O tx 4 h antes del nac.		Sin profilaxis adecuada UCIREN II					
	Infecciones virales	Madre con VIH tratada y con profilaxis. Bebé estable y comiendo adecuadamente	Madre con VIH tratada y con profilaxis inestable, bebé estable	Madre sin tratamiento y/o profilaxis VIH, hepatitis B, rubeola, citomegalovirus, varicela	Ventilación mecánica y/o compromiso hemodinámico AISLAMIENTO UCIN				

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>	<b>Hoja: 10 de 12</b>

## 10.2 Control del Recién Nacido(a)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



### CONTROL DEL/LA RECIÉN NACIDO/A

Nombre del/la Recién Nacido/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>CONCEPTO</b>	<b>PRIMER TURNO</b>	<b>SEGUNDO TURNO</b>	<b>TERCER TURNO</b>
TEMPERATURA °C			
FREC. CARDIACA LAT X MIN			
RESPIRACIÓN X MINUTO			
TIPO DE RESPIRACIÓN			
TENSIÓN ARTERIAL O P.V.C.			
PERÍMETRO ABDOMINAL			
CONDICIONES DE LA SUCCIÓN-DEGLUCIÓN			
LECHE MATERNA O FÓRMULA CANTIDAD Y FRECUENCIA			
MÉTODO DE ALIMENTACIÓN			
LÍQUIDOS VÍA ORAL EN ML. ABLACTACIÓN			
MICCIÓN NÚMERO CARACTERÍSTICAS			
EVACUACIONES NÚMERO CARACTERÍSTICAS			
VÓMITOS - REGURGITACIONES			
ESTADO DE HIDRATACIÓN			
COND. DEL CORDÓN Y CICATRIZ			
ICTERICIA (+, ++, +++)			
ACTIVIDAD: 1) ACTIVO     3) LETÁRGICO 2) IRRITABLE   4) CONVULSIONA			
GLUCEMIA NÚMERO CARACTERÍSTICAS			
TIPO INCUBADORA    % HUMEDAD % OXIGENO			
TEMPERATURA    TERMÓMETRO DE INCUBADORA    TERMOSTATO			

**2500-03**

## 10.2 Control del Recién Nacido(a)

CONCEPTO	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO
MEDICAMENTOS TIPO VÍA DOSIS			
OBSERVACIONES Y EVOLUCIÓN			

SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
AÑO      MES      DÍA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL \_\_\_\_\_ N° DE CUNA O INCUBADORA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ Kg.

NOMBRE DEL/LA ENFERMERO/A \_\_\_\_\_  
1<sup>er</sup> TURNO      2<sup>o</sup> TURNO      3<sup>er</sup> TURNO

N° DE CLAVE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

RECIBÍ INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DE MI HIJO:


MADRE  PADRE  OTRO \_\_\_\_\_  
ESPECIFIQUE

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

	SI	NO
RECIBIÓ PLÁTICAS DE PUERICULTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPRENDIÓ LA INFORMACIÓN DE PUERICULTURA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOMBRE DEL/LA ENFERMERO/A QUE RECABA EL DATO \_\_\_\_\_



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>8.- Atención del Prematuro Tardío</b>	<b>Hoja: 12 de 12</b>

### 10.3 Evaluación Integral



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO





#### EVALUACIÓN INTEGRAL



Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente N° \_\_\_\_\_

Elaboró: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

REQUISITOS PARA EGRESO SEGURO DE PREMATURO TARDÍO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO	CUMPLE		SUGERENCIA EN CASO DE "NO"
	SI	NO	
Estancia hospitalaria al menos 72 horas			Cumplir con el tiempo de estancia para vigilancia
Edad gestacional $\geq$ 35 semanas			Considerar alargar el tiempo de estancia del binomio o ingreso a TIMN
Signos vitales normales 24 horas previas al egreso			Considerar alargar el tiempo de estancia del binomio o ingreso a TIMN
Control adecuado de temperatura 24 horas previas al egreso			Verificar posibles razones y considerar prolongar estancia en Alojamiento Conjunto o TIMN
Lactancia materna adecuada 24 horas previas al egreso. Puntaje en escala LATCH $\geq$ 8			Prolongar estancia del binomio en Alojamiento Conjunto
Evacuación espontánea dentro de los primeros 2 días de vida			Considerar malformación intestinal (Hirschprung, malformación ano rectal)
Al menos 3 diuresis 24 horas previas al egreso			Reforzar técnica de lactancia. Considerar alargar el tiempo de estancia del binomio
Pérdida ponderal durante su estancia $\leq$ 10% del peso al nacimiento			Valorar permanecer en Alojamiento Conjunto. Si se asocia a hiperbilirrubinemia ingresar TIMN
Evaluación de hiperbilirrubinemia en riesgo BAJO o INTERMEDIO BAJO			Riesgo intermedio alto ingresar a TIM o fototerapia en Alojamiento Conjunto
Ausencia de cianosis central y apneas en su estancia hospitalaria			Ingresar a TIMN
La madre recibió información sobre: a) Cuidados del recién nacido, sueño seguro, ictericia y datos de alarma			Dar la información correcta
Factores de riesgos sociales y/o familiares para el/la RN controlados			Considerar alargar tiempo de estancia del binomio hasta control de factores de riesgo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-09</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

## 9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DM-MP-09</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1 Expedir un documento oficial de carácter individual e intransferible que certifique al momento, el nacimiento del producto vivo en el instante mismo de su ocurrencia, proporcionando a la madre el documento que avale este hecho y alimentar las estadísticas para tal fin.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Neonatología (Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido), quien requisita el documento.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la madre o responsable del/la recién nacido(a) usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, así como a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a quienes se les proporciona el documento.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Neonatología, verificar que la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Atender previo al llenado del Certificado de Nacimiento las instrucciones impresas al reverso del mismo.
  - Verificar que el/la médico(a) pediatra que asistió el parto requiriera el Certificado de Nacimiento, con los datos correspondientes. En caso de extravío del Certificado de Nacimiento, se deberá atender lo estipulado en el Manual para el llenado del Certificado de Nacimiento de la Secretaría de Salud.
  - Elaborar en casos de embarazos múltiples, un Certificado de Nacimiento por cada nacido vivo.
  - Certificar el/la médico(a) que asistió el parto, la información de la madre del recién nacido y del nacimiento, mediante firma autógrafa original en los tres tantos del Certificado de Nacimiento.
  - Requisar las libretas de control interno para el registro de certificados de nacimiento, así como para la entrega de los mismos al servicio de cuentas corrientes.
  - Entregar al personal de la Oficina de Cuentas Corrientes los Certificados de nacimiento debidamente requisitados, en el transfer de la unidad tocoquirúrgica, en un horario de 10:00 am y a las 14:00pm para el trámite correspondiente.
  - Tramitar la corrección de datos mediante Fe de Erratas en el Certificado de Nacimiento validada dicho acto con el sello de la Subdirección de Neonatología, tomando en cuenta los siguientes parámetros:
    - ✓ Manual vigente para el llenado del Certificado de Nacimiento emitido por la Secretaría de Salud
    - ✓ Tiempos: cuando la fecha de expedición del Certificado de Nacimiento sea mayor a 6 meses, la solicitud deberá realizarse en el Departamento de Asuntos Jurídicos acompañada de:
      1. Original de Certificado de Nacimiento
      2. Constancia de no registro o Constancia de inexistencia de registro
    - ✓ Inconsistencia de datos: cuando la madre de el/la recién nacido(a) detecte al momento de la entrega del documento por personal de la Oficina de Cuentas Corrientes, algún error en sus datos o en la fecha de elaboración, sin exceder seis meses a partir de la fecha de expedición.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-09</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>		<b>Hoja: 3 de 10</b>



- Requerir al Servicio de Archivo Clínico el Expediente de la paciente cuando exista una solicitud de modificación, a fin de contar con los documentos oficiales entregados por la paciente al momento de su apertura de expediente, con la finalidad de estar en condiciones de elaborar Fe de Erratas cuando el caso lo amerite, de lo contrario, se informará a la madre el motivo por el cual no procede su solicitud.
- Remitir el/los Certificado(s) de Nacimiento al Departamento de Asuntos Jurídicos cuando a petición suya y previo estudio del caso, se haya realizado la corrección correspondiente para su entrega.
- Notificar mediante oficio al Departamento de Asuntos Jurídicos el número de folio del Certificado de Nacimiento en caso de extravío.
- Enviar a la Oficina de Trámites de Certificados de Nacimiento de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, las copias azules de los certificados entregados en el Instituto, relacionadas de acuerdo al número de folio, con la finalidad de que sean repuestos por nuevos documentos.
- Supervisar el resguardo, la utilización y control de los Certificados de Nacimiento.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Financieros, verificar que el Departamento de Tesorería, a través de la Oficina de Cuentas Corrientes, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:



- Recibir en el transfer de la unidad tocoquirúrgica, en un horario de 10:00 am y 14:00 pm del personal de la Unidad de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido, los certificados de Nacimientos (original y copia rosa) para control y custodia.
- Mantener bajo resguardo temporal los Certificados de Nacimientos hasta su entrega a la madre o responsable de el/la recién nacido(a).
- Solicitar a la madre de el/la recién nacido(a) revise los datos asentados en los Certificados de Nacimiento, en caso de no existir errores entregar el/los original/es de Certificado(s) de Nacimiento y solicitar firma de recibido en Libreta de Control.
- Solicitar a la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido la corrección de datos (mediante Fe de Erratas), en el/los Certificado(s) Original(es), como en las copias rosa y azul a solicitud de la madre, si el caso lo amerita.
- Entregar al Servicio de Archivo Clínico copia rosa del Certificado de Nacimiento para ser anexada al Expediente Clínico de la madre.
- Notificar al Departamento de Asuntos Jurídicos el número de folio del Certificado de Nacimiento en caso de extravío.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Materiales y Conservación, verificar que el Departamento de Servicios a través de sus servicios de Transportes y Archivo y Correspondencia, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Atender la solicitud de transporte de la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido para acudir a la Secretaría de Salud y llevar a cabo el siguiente procedimiento:
  - ✓ Entregar las copias azules de los certificados de nacimiento utilizados por el Instituto.
  - ✓ Recibir de la Secretaría de Salud la nueva dotación de certificados de nacimiento.
  - ✓ Entregar en propia mano al personal adscrito a la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido los certificados dotados por la Secretaría de Salud.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-09</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>		<b>Hoja: 4 de 10</b>

- 3.4 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el Departamento de Consulta Externa, a través del Servicio de Archivo Clínico, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Recibir del personal de Cuentas Corrientes (una vez entregado el original) copia rosa del Certificado de Nacimiento para anexarla al Expediente Clínico materno.
  - Recibir de la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido copia rosa del Certificado de nacimiento con Fe de Erratas, para ser integrada al expediente materno.
- 3.5 Será responsabilidad del Departamento de Asuntos Jurídicos, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Recibir de la madre o persona responsable del/la recién nacido(a), la solicitud de corrección o reposición por robo o extravío (cuando el tiempo de la solicitud sea mayor a 6 meses de haberse elaborado el Certificado de nacimiento) y orientarla para la realización de su trámite.
  - Solicitar a la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido, mediante oficio la corrección de datos o proporcione copia del certificado.
- 3.6 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar el procedimiento de apertura de expediente, capturando la información necesaria en el sistema de cómputo de acuerdo a la información contenida en los documentos soporte con la finalidad de evitar errores.
  - Proporcionar a los/las usuarios(as) de los servicios médicos que presta el INPer, la asesoría, orientación y reforzamiento de los trámites y servicios que presta el Instituto, así como los trámites que deberán realizar en otras dependencias o Instituciones de igual manera hacer incapié a el/la usuario(a) en la importancia de la actualización de datos.
- 3.7 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Proporcionar información personalizada en el Módulo de Atención “Certificados de Nacimiento” de lunes a viernes (días hábiles), en horario de 10:00 a 12:00 hrs, sobre los requisitos y trámites a seguir por los/las usuarios(as) solicitantes de corrección o reposición por robo o extravío del Certificado de Nacimiento.
  - Canalizar al solicitante para la realización del trámite al Departamento de Asuntos Jurídicos si la fecha de nacimiento es mayor a 180 días o si requiere reposición por robo o extravío.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-09</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>		<b>Hoja: 5 de 10</b>


3.8 Será responsabilidad de la madre o responsable de el/la recién nacido(a) cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Revisar los datos asentados en el/los Certificado(s) de Nacimiento, en caso de no encontrar inconsistencias, firmar de aceptado y recibido en la Libreta de Control del Servicio de Cuentas Corrientes, en caso contrario, la paciente deberá solicitar la(s) corrección(es) pertinente(s) informando al personal de la Oficina de Cuentas Corrientes, quien indicará el(los) rubro(s) a corregir a la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido.
- Atender las recomendaciones para el registro oportuno de los/las recién nacidos(as).
- Solicitar al Departamento de Asuntos Jurídicos de acuerdo a los tiempos establecidos para la solicitud, la(s) corrección(es) necesaria(s), en caso de haber detectado alguna inconsistencia o bien, copia en los casos de robo, extravío o daño físico del Certificado de Nacimiento.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>	<b>Hoja: 6 de 10</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) Médico(a)	1	Instruye a la Subdirección de Neonatología elaborar el Certificado de Nacimiento.	
Subdirector(a) de Neonatología	2	Solicita a la Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido lleve a cabo el procedimiento para elaborar el Certificado de Nacimiento.	
Subdirector(a) de Neonatología (Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido)	3	Atiende el (la) médico(a) pediatra a el/la recién nacido(a).	
	4	Elabora el Certificado de Nacimiento inmediatamente después del nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de Nacimiento</li> </ul>
	5	Verifica auxiliar administrativo y médico(a) pediatra (adscrito(a)) la información asentada en el Certificado de Nacimiento.	
	6	Elabora médico(a) pediatra en caso de error en los datos del Certificado, Fe de Erratas y valida con sello de la Subdirección de Neonatología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fe de Erratas</li> </ul>
	7	Captura datos del Certificado de Nacimiento en el Subsistema de información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal.	
	8	Entrega al personal de la Oficina de Cuentas Corrientes mediante relación los Certificados de Nacimiento (original y copia rosa) para resguardo y posterior entrega.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación de Certificados</li> </ul>
	9	Solicita firma de recibido en la Libreta de Control de Cuentas Corrientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de Control</li> </ul>
	10	Recibe solicitudes para corrección de datos en los Certificados de Nacimiento de la Oficina de Cuentas Corrientes, Módulo de Atención "Certificados de Nacimiento" o del Departamento de Asuntos Jurídicos. ¿Procede?	
	11	<b>No:</b> Informa el motivo por el que no proceden las correcciones. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	12	<b>Sí:</b> Recibe de la madre del/la Recién nacido(a) original del certificado y verifica si los datos a corregir son maternos, corrobora con Trabajo Social y si son del/la recién nacido(a) o del certificante con el/la pediatra adscrito(a)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de Nacimiento</li> </ul>

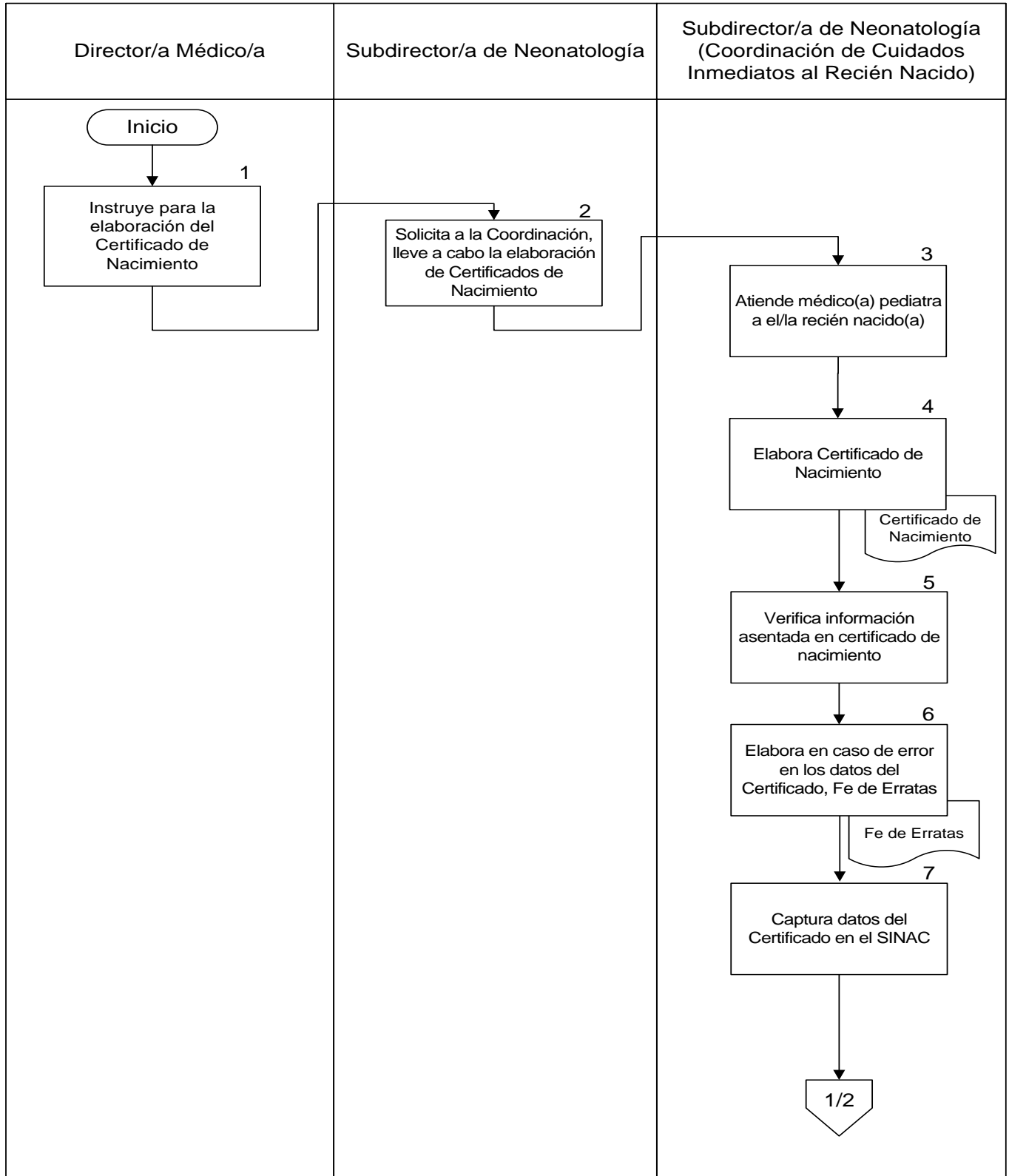
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>	<b>Hoja: 7 de 10</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Subdirector(a) de Neonatología (Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido)		<b>Nota:</b> cuando el trámite se realice a través del Módulo de Atención "Certificados de Nacimiento", el/la solicitante deberá requisitar el formato "solicitud de corrección de certificado de nacimiento".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2301-04</li> </ul>
	13	Solicita al Archivo Clínico la copia rosa del Certificado de Nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia rosa de Certificado de Nacimiento</li> </ul>
	14	Coordina con el/la pediatra adscrito(a) la corrección de los datos en el Certificado original y copia rosa.	
	15	Valida Fe de Erratas con sello de la Subdirección de Neonatología y entrega a la madre el original del Certificado de Nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de Nacimiento</li> </ul>
	16	Devuelve copia rosa al servicio de Archivo Clínico, para su anexo en el expediente clínico de la madre.	
	17	Transfiere datos de la terminal de Tococirugía y realiza respaldo en la terminal de la Unidad de Cuidados Inmediatos del Recién nacido.	
	18	Transfiere a el/la responsable del Subsistema de información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud del Distrito Federal la base de datos correspondientes al mes inmediato anterior.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Correo electrónico</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	



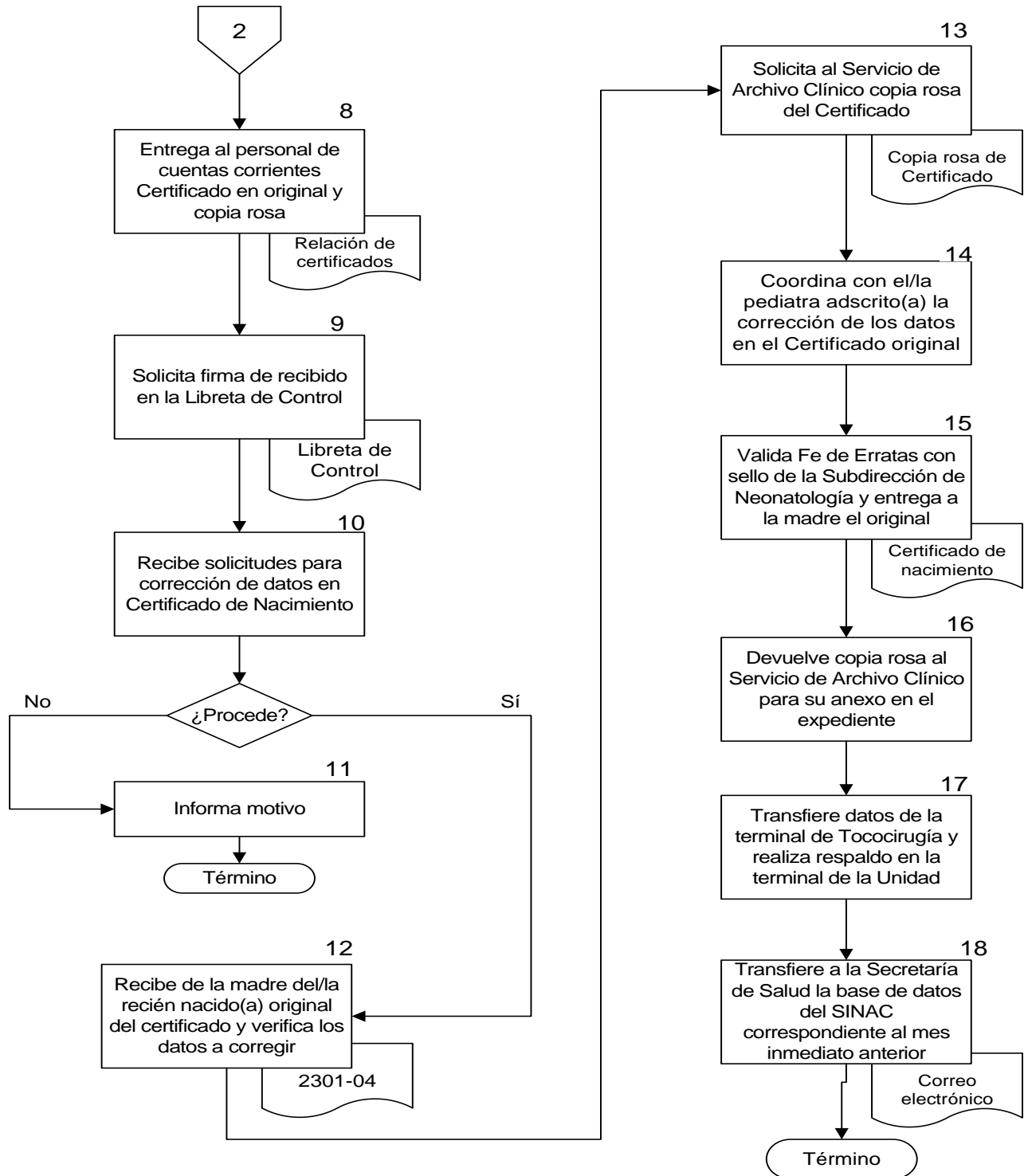



### 5.0 Diagrama de Flujo





Subdirector/a de Neonatología  
(Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>9.- Elaboración del Certificado de Nacimiento</b>	<b>Hoja: 10 de 10</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Certificado de Nacimiento	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5
7.2 Relación de Certificados	NP	Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido	Documento de comprobación inmediata
7.3 Libreta de control interno para el registro de certificados de nacimiento	NP	Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido	Documento de comprobación inmediata
7.4 Libreta de control interno para la entrega a cuentas corrientes de certificados de nacimiento	NP	Coordinación de Cuidados Inmediatos al Recién Nacido	Documento de comprobación inmediata
7.5 Correo electrónico	NP	NP	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

**8.1 Certificado de Nacimiento:** Documento oficial de carácter individual e intransferible que certifica el nacimiento de un producto vivo(a), en el momento mismo de su ocurrencia, proporcionando a la madre un comprobante de este hecho.



**8.2 SINAC:** Subsistema de Información sobre Nacimientos.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 No Aplica

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INPer</p>	<b>INPer-DM-MP-10</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

## 10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DM-MP-10</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1. Mantener uniformidad en los procesos basada en el sistema de Aseguramiento de Calidad, en la recepción de pacientes y obtención de muestras; para agilizar la realización de estudios y/o análisis.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Departamento de Laboratorio Central), quienes prestan los servicios diagnósticos.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los usuarios de los servicios del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, a quienes se les practican los estudios diagnósticos.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, verificar que el Departamento de Laboratorio Central, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
  - Otorgar el servicio a solicitud del personal médico, de acuerdo con los procedimientos y formas establecidas.
  - Verificar que las solicitudes para exámenes de Laboratorio lleven los siguientes datos:
    - ❖ Problema Clínico en estudio
    - ❖ Nombre completo de él o la paciente,
    - ❖ Número de registro,
    - ❖ Servicio Solicitante,
    - ❖ Fecha de nacimiento de la o el paciente,
    - ❖ Edad gestacional si es paciente con embarazo,
    - ❖ Nombre de la o el médico solicitante y la autorización correspondiente si es un estudio especial.
    - ❖ Información clínica adicional y/o terapéutica (opcional),
    - ❖ Fecha de solicitud.
  - Atender y recibir el personal asignado de la recepción de laboratorio, las muestras de las/los pacientes en un horario de las 7:30 a las 9:00 hrs. de lunes a viernes.
  - Registrar el personal asignado de la recepción de laboratorio, en el sistema de informática los estudios que se solicitan.
  - Sellar la copia del recibo de pago y enviar al Departamento de Tesorería para su control.
  - Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar con el nombre y número de cédula profesional respectiva.
  - Resguardar, el personal adscrito al Laboratorio Central, las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así mismo deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-10</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</b>		<b>Hoja: 3 de 10</b>

- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de las y los pacientes que acuden al Laboratorio, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

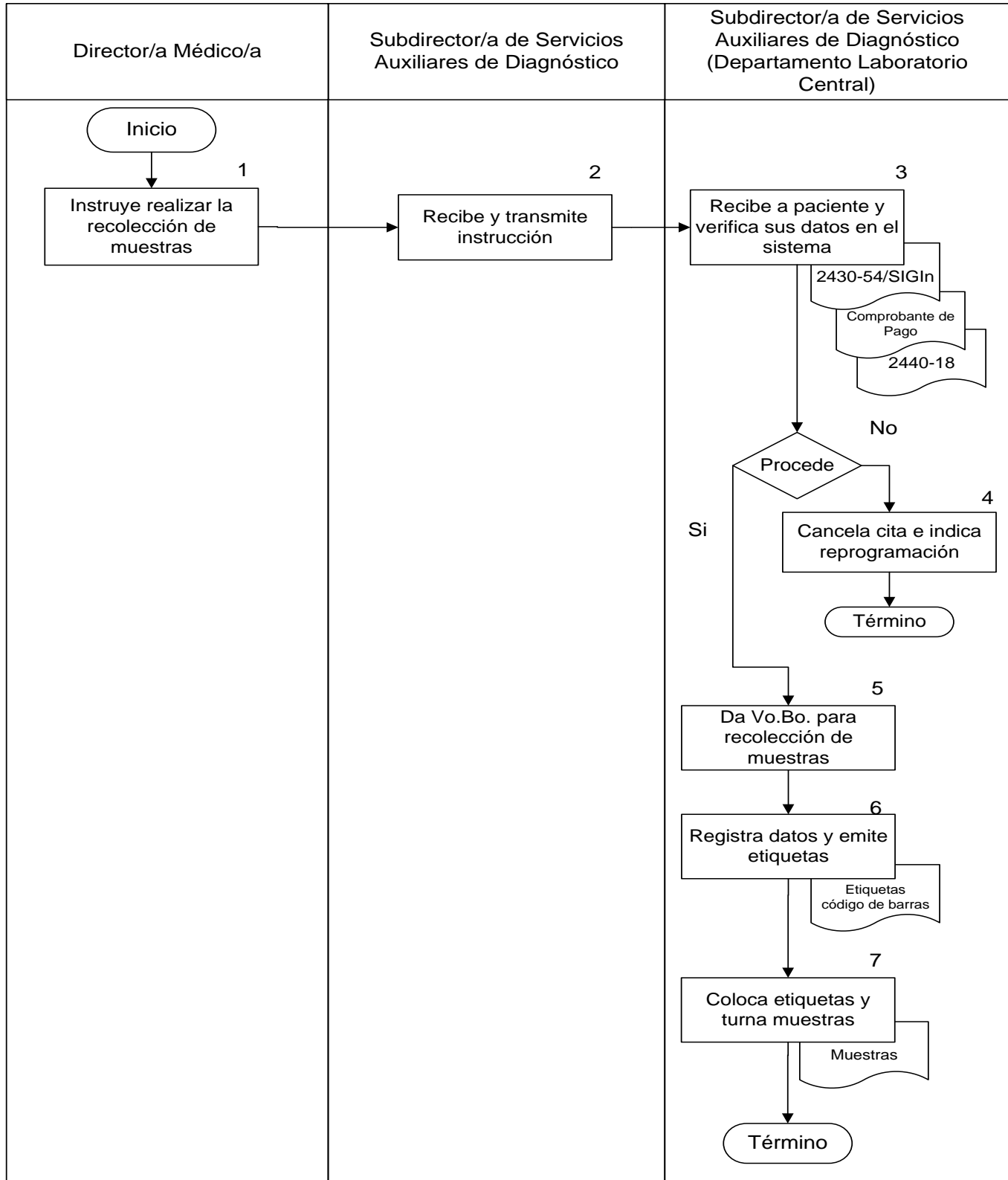
- Presentarse en la hora y fecha asignada para la realización de sus estudios, presentando solicitudes de exámenes de laboratorio, recibo de pago y carnet.
- Entregar las muestras requeridas con la identificación correspondiente.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</b>	<b>Hoja: 4 de 10</b>


#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) Médico(a)	1	Instruye a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico para que realice la recolección y obtención de muestras de las y los pacientes para así agilizar la realización de estudios y/o análisis.	
Subdirector(a) de Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Laboratorio Central, tome muestras a las y los pacientes provenientes de consulta externa.	
Subdirector(a) de Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Departamento de Laboratorio Central)	3	Recibe a la/el paciente en la fecha y hora indicada, con solicitud, comprobante de pago, carnet, muestras con identificación, la busca en el sistema y verifica que sus datos estén completos. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2430-54/SIGIn</li> <li>• Comprobante de Pago</li> <li>• 2440-18</li> </ul>
	4	<b>No:</b> Cancela la cita e indica la reprogramación de sus estudios. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	5	<b>Si:</b> Da visto bueno para realizar la recolección y toma de muestras.	
	6	Registra los datos en el sistema y emite etiquetas de código de barras con el número correspondiente, nombre de (la) paciente, estudios solicitados, fecha y hora de recepción.	
	7	Coloca las etiquetas en la solicitud y frascos de muestras, turna al personal auxiliar de laboratorio ubicado en el área de distribución de muestras.	
		<b>Termina Procedimiento</b>	

### 5.0 Diagrama de flujo





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</b>	<b>Hoja: 6 de 10</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Solicitud de Estudio de Laboratorio	3 meses	Departamento de Laboratorio Central	2430-54 / SIGIn
7.2 Comprobante de Pago	No Aplica	Departamento de Laboratorio Central	Documento de comprobación inmediata
7.3 Carnet de Citas	No Aplica	Paciente	2440-18
7.4 Etiquetas de código de barras	No Aplica	No Aplica	No Aplica
7.5 Muestras	No Aplica	No Aplica	No Aplica

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Calidad Total:** Enfoque de la calidad dentro del laboratorio y de la organización en la que este funciona.
- 8.2 **Productos Biológicos:** Material necesario para realizar un análisis (sangre, suero, plasma, etc.).

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 Solicitud de Estudio de Laboratorio (2430-54)
- 10.2 Carnet de Citas (2440-18)

## 10.1 Solicitud de Estudio de Laboratorio



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
 DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL  
 SOLICITUD DE LABORATORIO CLÍNICO



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

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Médico/a solicitante: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Servicio solicitante: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

<b>B I O Q U Í M I C A</b>		
2401 <input type="checkbox"/> Glucosa	2416 <input type="checkbox"/> Lactato Deshidrogenasa	2446 <input type="checkbox"/> Cistatina C **
2402 <input type="checkbox"/> Urea	2417 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina	2447 <input type="checkbox"/> Albúmina en Orina
2403 <input type="checkbox"/> Creatinina	2419 <input type="checkbox"/> Bilirrubinas	2426 <input type="checkbox"/> Urea Urinaria
2404 <input type="checkbox"/> Ácido Úrico	2420 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 60 min.	2427 <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria
2405 <input type="checkbox"/> Colesterol	2422 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 120 min.	2429 <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina
2428 <input type="checkbox"/> Triglicéridos	2423 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs.	<input type="checkbox"/> ( Orina de 24 hrs. y Suero )
2433 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Alta Dens.	( NO embarazo, 2 tomas de sangre )	2430 <input type="checkbox"/> Electrol. Urinarios ( Na, K, Cl )
2434 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Baja Dens.	2448 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs.	2436 <input type="checkbox"/> Calcio Urinario
2406 <input type="checkbox"/> Proteínas	( Embarazo, 3 tomas de sangre )	2437 <input type="checkbox"/> Proteínas Urinarias
2407 <input type="checkbox"/> Albúmina	2431 <input type="checkbox"/> Fósforo	9930 <input type="checkbox"/> Perfil Hemodiálisis
2408 <input type="checkbox"/> Electrolitos ( Na, K, Cl )	2432 <input type="checkbox"/> Calcio Iónico	( Glucosa, Urea, Creatinina,
2412 <input type="checkbox"/> Calcio	2441 <input type="checkbox"/> Gamma Glutamil transferasa ( GGT )	Acido Úrico, Albúmina, Na, K, Cl )
2413 <input type="checkbox"/> Magnesio	2456 <input type="checkbox"/> Amilasa **	
2414 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Oxalacética	2457 <input type="checkbox"/> Lipasa **	
2415 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Pirúvica	2445 <input type="checkbox"/> Ácidos Biliares **	

<b>H E M A T O L O G Í A</b>		
2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa	2628 <input type="checkbox"/> Hemo. Fetal APT ( cualitativa )	2632 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VIII
2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos	2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa	2633 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. IX
2613 <input type="checkbox"/> Médula ósea	2640 <input type="checkbox"/> Dimeros D	2634 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. XI
2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular		2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica
2615 <input type="checkbox"/> Tiempo de Sangrado ( I V Y )		2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina
2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación ( TP Y TTP )		2645 <input type="checkbox"/> Proteína C
2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno		2646 <input type="checkbox"/> Proteína S
2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúpico		
2621 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina		
2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III		

**ESTUDIO ESPECIALES**  
(Autorización del Hematólogo)

2624  Corrección con plasma

2629  Fact. de Coag. V

2630  Fact. de Coag. VII

2631  Fact. de Coag. X

<b>L Í Q U I D O S B I O L Ó G I C O S</b>		
2501 <input type="checkbox"/> Examen General de Orina	2514 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Pod Vaginal	2512 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. de Ascitis
2505 <input type="checkbox"/> Cristalografía	2504 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Pericárdico	2513 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Peritoneal
2503 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar Fetal (Líquido Amniótico)	2510 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Pleural	2502 <input type="checkbox"/> Citoq. de Liq. Cefalorraq.

<b>M A R C A D O S T U M O R A L E S</b>		
2450 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 15-3	2453 <input type="checkbox"/> CEA Carcinoembrinario	2442 <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático
2451 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 125	2454 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 19-9	2443 <input type="checkbox"/> Fracción libre de Antígeno Prostático
2452 <input type="checkbox"/> AFP Alfafetoproteínas	1509 <input type="checkbox"/> HCG	

\*\* NO DISPONIBLES

2430-54

## 10.1 Solicitud de Estudio de Laboratorio

<b>B A N C O   D E   S A N G R E</b>		
2701 <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo	2706 <input type="checkbox"/> Título de Anticuerpos	2711 <input type="checkbox"/> Gamma Globulina Anti-D
2702 <input type="checkbox"/> Coombs Directo	2707 <input type="checkbox"/> Fenotipo Rh-Hr	2712 <input type="checkbox"/> Pruebas de Hemocompatibilidad
2703 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Irregulares	2708 <input type="checkbox"/> Otros Fenotipos	2713 <input type="checkbox"/> Servicio de Transfusión
2704 <input type="checkbox"/> Anti A Inmune	2709 <input type="checkbox"/> Eluido	
2705 <input type="checkbox"/> Anti B Inmune	2710 <input type="checkbox"/> Absorción	


<b>I N M U N O L O G Í A</b>		
2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. ( orina )	2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H	2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B
2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG	2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra V.I.H. ( Confirmat )	2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B
2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM	2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson	2142 <input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B 19 IgG
2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA	2122 <input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva	2143 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgG
2106 <input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento	2124 <input type="checkbox"/> Widal O	2145 <input type="checkbox"/> Antic. contra Herpes IgM
2107 <input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento	2125 <input type="checkbox"/> Widal H	2147 <input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B19 IgM
2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide	2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A	2148 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgM
2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG	2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B	2149 <input type="checkbox"/> Antic. contra HCV ( confirmatoria )
2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM	2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix	2150 <input type="checkbox"/> Subpoblaciones CD4 / CD8
2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG	2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas	2151 <input type="checkbox"/> Ac vs HAV IgG
2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM	2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cualitativo )	2152 <input type="checkbox"/> Ac vs AgE de HBV
2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG	2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM	2153 <input type="checkbox"/> Ac vs Core IgG HBV
2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cuantitativo )	2136 <input type="checkbox"/> Antic. contra Ags HB	
2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas	2137 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis A IgM	
2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B	2138 <input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis C	

<b>E N D O C R I N O L O G Í A</b>		
2001 <input type="checkbox"/> Hormona Luteinizante	2009 <input type="checkbox"/> Tirotrópica ( TSH )	2007 <input type="checkbox"/> 17 Alfa Hidroxiprogesterona
2002 <input type="checkbox"/> Hormona Foliculoestimulante	2015 <input type="checkbox"/> Tiroxina libre	2010 <input type="checkbox"/> Testosterona total
2003 <input type="checkbox"/> Estradiol	2018 <input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroglobulina	2022 <input type="checkbox"/> SHBG
2004 <input type="checkbox"/> Progesterona	2019 <input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroperoxidasa	7005 <input type="checkbox"/> Hormona Antimülleriana**
2005 <input type="checkbox"/> Prolactina	2011 <input type="checkbox"/> Insulina	2017 <input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipina
2006 <input type="checkbox"/> Sub. U. Beta de Gonad. Coriónica	2020 <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glucosilada	2023 <input type="checkbox"/> Parathormona
2016 <input type="checkbox"/> Cortisol	2012 <input type="checkbox"/> DHEA-S	
2008 <input type="checkbox"/> Triyodotironina total	2013 <input type="checkbox"/> Androstenediona	

**\*\* NO DISPONIBLES**

**ANTES DE PASAR A LABORATORIO CENTRAL, FAVOR DE AGENDAR SU SIGUIENTE CITA CON SU MÉDICO/A TRATANTE**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>10.- Otorgamiento de servicios auxiliares de diagnóstico</b>	<b>Hoja: 10 de 10</b>



## 10.2 Carnet de Citas

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### “CARNET DE CITAS”

2440-18

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL	El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente.
3	FECHA	El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá el o la paciente.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-11</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>11.- Elaboración del Plan de Trabajo Anual de Enfermería</b>		<b>Hoja: 1 de 5</b>

## 11.- Elaboración del Plan de Trabajo Anual de Enfermería

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-11</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>11.- Elaboración del Plan de Trabajo Anual de Enfermería</b>		<b>Hoja: 2 de 5</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Planear, dirigir y controlar la organización y funcionamiento del personal de enfermería de las áreas médicas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, con la finalidad de garantizar el cuidado enfermero al paciente en el campo de la salud reproductiva y perinatal con alto sentido profesional.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Enfermería, quien ejecuta el plan de trabajo.
- 2.2 A nivel externo no aplica.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Enfermería, verificar que los departamentos adscritos cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Otorgar atención de enfermería de alta calidad al cliente interno y externo, basada en prácticas libres de riesgos con alto sentido humanístico.
  - Organizar los recursos humanos en enfermería para el óptimo desempeño de sus funciones en el ámbito institucional, profesional y personal.
  - Contribuir al logro de los objetivos institucionales y programas nacionales de salud.
  - Ejecutar evaluación y auditorías sistematizadas de la atención de enfermería y cada uno de los recursos.
  - Impulsar el desarrollo de gestión, académico y de investigación en enfermería.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>11.- Elaboración del Plan de Trabajo Anual de Enfermería</b>	<b>Hoja: 3 de 5</b>

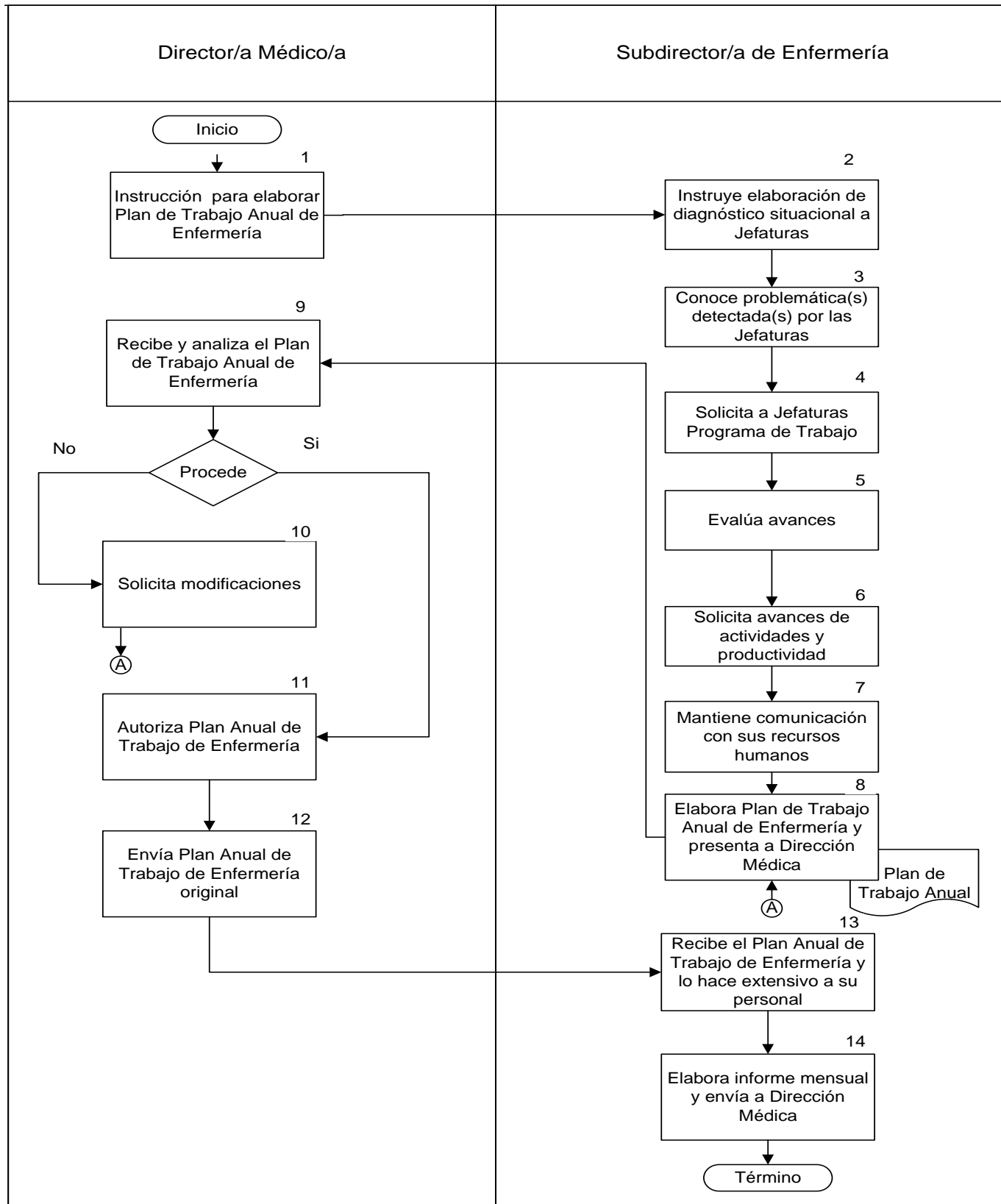
#### 4.0 Descripción del procedimiento


Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) Médico(a)	1	Instruye a la Subdirección de Enfermería elaborar el Plan de Trabajo Anual de Enfermería.	
Subdirector(a) de Enfermería	2	Instruye a las/los Jefas(es) de Departamento de Enfermería elaboren el diagnóstico situacional de cada una de las áreas de responsabilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Anual de Trabajo de Enfermería</li> </ul>
	3	Conoce los problemas más relevantes de cada una de las jefaturas.	
	4	Solicita a las/los Jefas(es) de Departamento el Programa de Trabajo de cada área de responsabilidad.	
	5	Evalúa periódicamente avances.	
	6	Solicita información de actividades y de productividad.	
	7	Mantiene comunicación ascendente y descendente con los recursos humanos de enfermería.	
	8	Elabora el Plan de Trabajo Anual de Enfermería y presenta para su aprobación a la Dirección Médica.	
Director(a) Médico(a)	9	Recibe y analiza el Plan de Trabajo Anual de Enfermería para su autorización.	
	10	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Solicita modificaciones. <b>Regresa a la Actividad N° 8</b>	
	11	<b>Sí:</b> Autoriza el Plan Anual de Trabajo de Enfermería. <b>Continúa Procedimiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Anual de Trabajo de Enfermería</li> </ul>
	12	Envía Plan de Trabajo Anual original a la Subdirección de Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan Anual de Trabajo de Enfermería</li> </ul>
Subdirector(a) de Enfermería		Recibe el documento autorizado e informa mediante reuniones de trabajo, juntas y minutas, los avances y metas a Jefaturas de Departamento  Elabora Informe Mensual sobre los avances del Plan Anual de Trabajo de Enfermería y lo presenta a la Dirección Médica.  <b>Termina Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe Mensual</li> </ul>





### 5.0 Diagrama de Flujo



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>11.- Elaboración del Plan de Trabajo Anual de Enfermería</b>	<b>Hoja: 5 de 5</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Plan Anual de Trabajo de Enfermería	6 años	Subdirección de Enfermería	11C.8
7.2 Informe mensual	6 años	Subdirección de Enfermería	11C.16

## 8.0 Glosario



- 8.1 **Diagnóstico situacional:** Es un instrumento administrativo que permite tener información de los problemas y necesidades de cada uno de los servicios de atención médica y de enfermería, considerando los recursos humanos, físicos, administrativos y de proceso de atención.
- 8.2 **Plan de Trabajo Anual de Enfermería:** Es un documento que describe cómo se va a implantar un proyecto, listando a todos los ejecutantes, sus responsabilidades, cometidos y todas las tareas necesarias ordenadas por las fechas de su ejecución.
- 8.3 **Recursos Humanos:** Es el conjunto de los empleados o colaboradores de una organización.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 No Aplica

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INPer</p>	<b>INPer-DM-MP-12</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>12.- Supervisión del cuidado enfermero</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

## 12.- Supervisión del cuidado enfermero

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-12</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>12.- Supervisión del cuidado enfermero</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1.0 Propósito


- 1.1 Supervisar la atención de enfermería y orientar las acciones del personal para el logro de los objetivos organizacionales, a través del desarrollo de las potencialidades del supervisado.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Enfermería (Departamento de Gestión del Cuidado), quien supervisa la atención proporcionada por el personal de enfermería.
- 2.2 A nivel externo no aplica.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Enfermería, verificar que el Departamento de Gestión del Cuidado cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Promover el desarrollo del personal supervisado.
  - Mantener la disciplina y el interés por el trabajo.
  - Optimizar los recursos humanos y materiales.
  - Crear un ambiente favorable a la productividad.
  - Solucionar los problemas que le son comunicados o que se detecten.
  - Calcular las necesidades del personal, de acuerdo al índice de atención enfermera(o)-paciente.
  - Proporcionar enseñanza incidental.
  - Procurar que el paciente tenga un ambiente de confianza, bienestar y seguridad.
  - Entrevistar al paciente y familiares para conocer el grado de satisfacción.
  - Supervisar la atención de enfermería, mediante recorridos por el área física y a cada uno de los servicios de atención.
  - Verificar que el tratamiento farmacológico, médico y cuidados de enfermería se haya proporcionado en tiempo y forma.
  - Supervisar el buen funcionamiento de la unidad del paciente.
  - Vigilar la adecuada y oportuna dotación de material y equipo en los servicios.
  - Tomar decisiones.

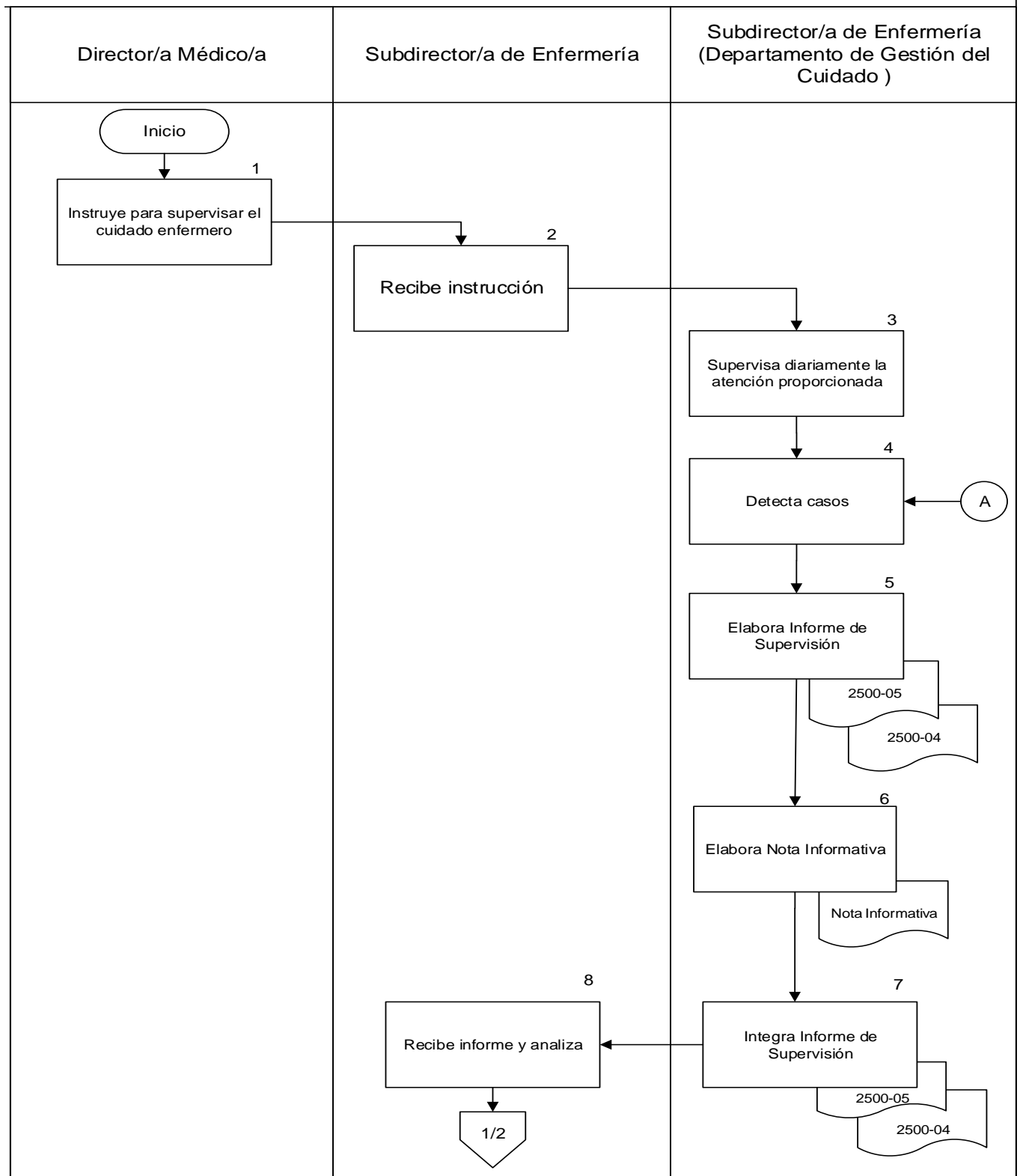
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>12.- Supervisión del cuidado enfermero</b>	<b>Hoja: 3 de 10</b>

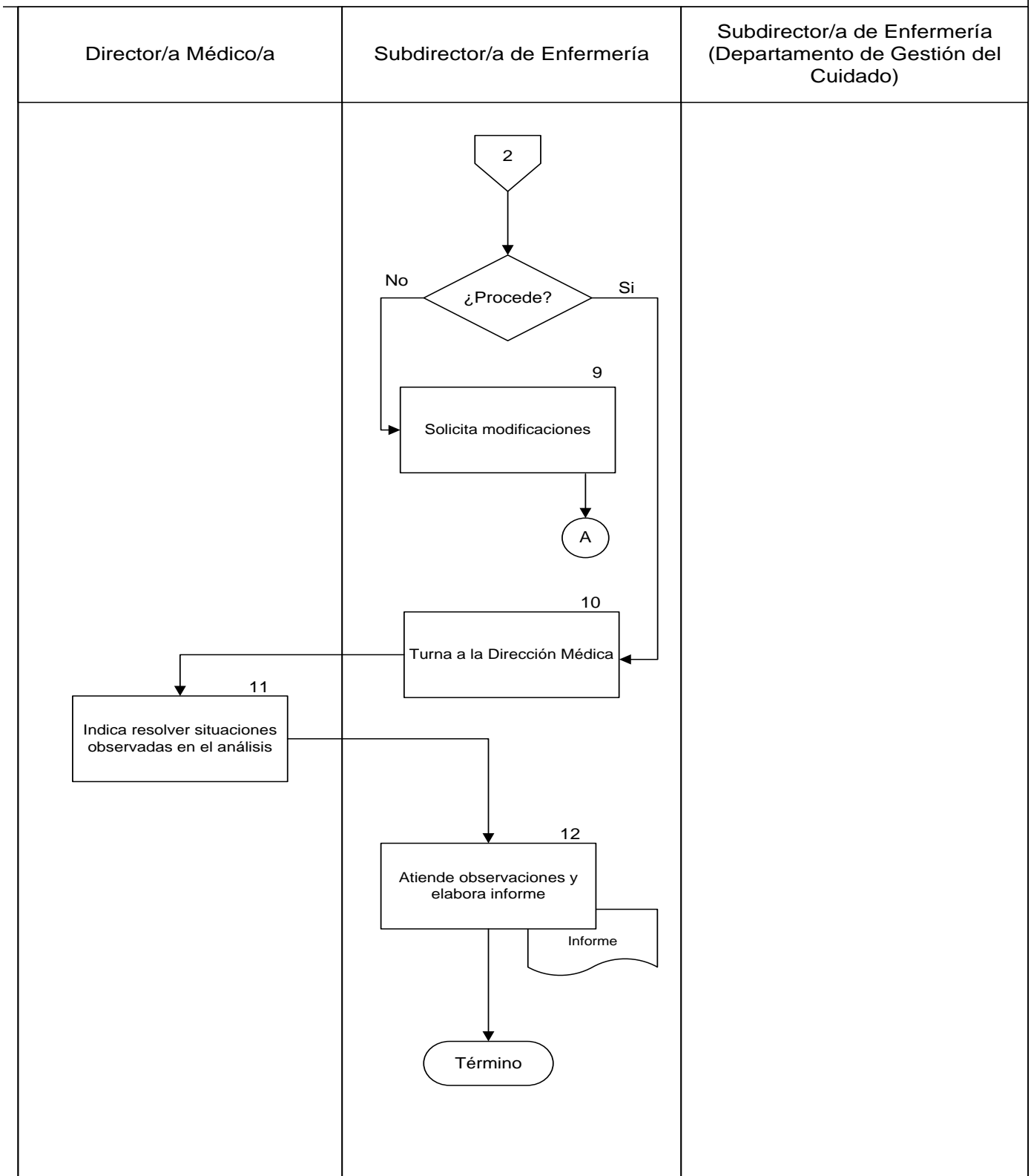
#### 4.0 Descripción del procedimiento


Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) Médico(a)	1	Instruye a la Subdirección de Enfermería supervise diariamente la atención de enfermería a pacientes hospitalizadas en el INPer.	
Subdirector(a) de Enfermería	2	Recibe instrucciones e indica al Departamento de Gestión del Cuidado supervisar diariamente la atención de enfermería.	
Subdirector(a) de Enfermería (Departamento de Gestión del Cuidado)	3	Atiende la indicación y supervisa diariamente la atención de enfermería, mediante recorrido por el área física y cada uno de los pacientes hospitalizados en servicios que demanden atención.	
	4	Detecta los casos sobresalientes, carencia, mal funcionamiento de material, equipo y ropa.	
	5	Elabora Informe de Supervisión registrando a los/las pacientes en estado crítico, con problemas sociales e inconformidad con la atención recibida en los formatos correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2500-05</li> <li>• 2500-04</li> </ul>
	6	Elabora Nota Informativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota informativa</li> </ul>
	7	Integra informe de Supervisión y envía a la Subdirección de Enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2500-05</li> <li>• 2500-04</li> </ul>
Subdirector(a) de Enfermería	8	Recibe el Informe de supervisión y analiza. <b>¿Procede?</b>	
	9	<b>No:</b> Solicita modificaciones y devuelve para corrección. <b>Regresa a la Actividad No. 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2500-05</li> <li>• 2500-04</li> </ul>
	10	<b>Sí:</b> Turna a la Dirección Médica. <b>Continúa Procedimiento.</b>	
Director(a) Médico(a)	11	Indica a la Subdirección de Enfermería resolver las situaciones observadas en el análisis.	
Subdirector(a) de Enfermería	12	Atiende las observaciones indicadas por la Dirección Médica y elabora Informe de Resultados.  <b>Termina Procedimientos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de resultados</li> </ul>



### 5.0 Diagrama de Flujo





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>12.- Supervisión del cuidado enfermero</b>	<b>Hoja: 6 de 10</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Informe de Supervisión de Enfermería	6 años	Subdirección de Enfermería (Departamento de Gestión del Cuidado)	11C.16 / 2500-04
7.2 Informe de Supervisión de Enfermería Tococirugía	6 años	Subdirección de Enfermería (Departamento de Gestión del Cuidado)	11C.16 / 2500-05
7.3 Nota Informativa	3 años	Subdirección de Enfermería (Departamento de Gestión del Cuidado)	Documento de comprobación inmediata
7.4 Informe de Resultados	3 años	Subdirección de Enfermería	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Enseñanza Incidental:** Enseñanza-aprendizaje que inicia con el alumno que manifiesta interés por algo, quiere determinado material o necesita ayuda. El alumno selecciona el espacio en el que tendrá lugar el aprendizaje. Este lugar es parte del contexto natural de modo que el aprendizaje está sometido a consecuencias naturales. La actividad de enseñanza-aprendizaje consiste sólo en unos pocos ensayos y la respuesta correcta es seguida de refuerzos naturales.
- 8.2 **Paciente:** Es la persona hospitalizada en una cama censable y no censable del INPer.
- 8.3 **Productividad:** Relación entre el producto obtenido y los insumos empleados, medidos en términos reales; en un sentido, la productividad mide la frecuencia del trabajo humano en distintas circunstancias; en otro, calcula la eficiencia con que se emplean en la producción los recursos de capital y de mano de obra.
- 8.4 **Supervisión:** Función de dirección destinada a asegurar que el personal cumpla sus tareas en la mejor forma posible (como la norma lo indica), mediante la orientación proporcionada por sus superiores jerárquicos (supervisores) y no solo mediante procedimientos de control o fiscalización.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 Informe de Supervisión de Enfermería (2500-04)
- 10.2 Informe de Supervisión de Enfermería Tococirugía (2500-05)



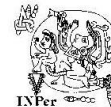




## 10.2 Informe de Supervisión de Enfermería Tococirugía



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



### INFORME DE SUPERVISIÓN

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **SERVICIO: UNIDAD TOCO QUIRÚRGICA**  
**PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: MAT.** \_\_\_\_\_ **VESP.** \_\_\_\_\_ **NOCT.** \_\_\_\_\_  
**OBSERVACIONES**

				FALLAS DETECTADAS EN MAT. Y EQP.
CESÁREAS				
O. T. B.				
LUI				
H. T. A.				
LAPAROSCOPIA				
CERCLAJES				
LAPAROTOMIAS				

**N° DE PACIENTES QUE SE ENTREGAN AL SIGUIENTE TURNO**

**TRABAJO DE PARTO: MAT.** \_\_\_\_\_ **VESP.** \_\_\_\_\_ **NOCT.** \_\_\_\_\_

N° CAMA	NOMBRE DE LA PACIENTE	DIAGNÓSTICO		

**N° DE PACIENTES QUE SE ENTREGAN EN EL SIGUIENTE TURNO**

**RECUPERACIÓN: MAT.** \_\_\_\_\_ **VESP.** \_\_\_\_\_ **NOCT.** \_\_\_\_\_

N° CAMA	NOMBRE DE LA PACIENTE	DIAGNÓSTICO	OBSERVACIONES

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

## 10.2 Informe de Supervisión de Enfermería Tococirugía

**SERVICIO: CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN**

**ROPA                      PROCESADO                      ENTREGA                      OBSERVACIONES**

	Mat.		Vesp.		Noct.		OBSERVACIONES
BULTOS PARTOS							
BULTOS CIRUGÍA							
BULTOS PEDIÁTRICOS							
BULTOS LAPAROSCOPIAS							
BULTOS BATAS							
BULTOS DE CAMPO 90X90							
BULTOS DE COMPRESAS							

**PROCESADO                      ENTREGA                      OBSERVACIONES**



	Mat.		Vesp.		Noct.		OBSERVACIONES
GUANTES PARES							
TACTOS							

**INSTRUMENTAL                      PENDIENTES DE PROCESAR                      OBSERVACIONES**



	Mat.		Vesp.		Noct.		OBSERVACIONES
EQUIPO DE CESÁREA							
EQUIPO DE PARTO							
EQUIPO DE H.T.A.							
EQUIPO DE BLOQUEO							

**FALTANTES DE MATERIAL Y EQUIPO DURANTE EL TURNO**


NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INPer</p>	<b>INPer-DM-MP-13</b>
	<b>Dirección Médica</b>		Rev. 6
	<b>13.- Atención de Parejas Infértiles</b>		Hoja: 1 de 18

### 13.- Atención de Parejas Infértiles

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-13</b>
	<b>Dirección Médica</b>		Rev. 6
	<b>13.- Atención de Parejas Infértiles</b>		Hoja: 2 de 18

## 1.0 Propósito


- 1.1 Proporcionar atención médica especializada, diagnóstica y terapéutica para determinar las posibles causas que impiden el embarazo, así como mejorar las posibilidades de embarazo en las parejas infértiles que acuden al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y la Subdirección de Reproducción Humana (Coordinación de Infertilidad), quien lleva a cabo los procedimientos clínicos que correspondan.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los usuarios de los servicios de interconsulta del INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.0 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Reproducción Humana, verificar que la Coordinación de Infertilidad cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar que los médicos residentes de la especialidad de biología de la reproducción realicen la evaluación de las parejas interconsultantes, bajo la supervisión de un médico adscrito.
  - Otorgar consulta médica a las/los pacientes referidas/os por el Departamento de Consulta Externa que cumplan con los requisitos necesarios para su atención:
    - ✓ Edad máxima 35 años
    - ✓ Presentar espermotobioscopía con vigencia máxima de seis meses
    - ✓ Cumplir los requisitos expuestos en el formato 2440-17
  - Proporcionar a las/los pacientes los servicios de interconsultas necesarios para su tratamiento (genética, reproducción asistida, oncología, radiología, andrología y/o endocrinología).
  - Verificar que el personal adscrito a la Coordinación de Infertilidad capture en la plataforma electrónica correspondiente el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012 sobre Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Reproducción Humana, verificar que el personal médico adscrito y rotante en la Coordinación de Infertilidad cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012 sobre Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
  - Resguardar el personal médico adscrito a la Coordinación de Infertilidad, las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
  - Otorgar la atención bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>13.- Atención de Parejas Infértiles</b>	Hoja: 3 de 18

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director/a Médico/a	1	Instruye a la Subdirección de Reproducción Humana proporcione atención médica a las parejas infértiles o con sospecha de serlo que soliciten atención en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.	
Subdirector/a de Reproducción Humana	2	Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Infertilidad reciba y atienda a las parejas referidas por el Departamento de Consulta Externa.	
Subdirector/a de Reproducción Humana (Coordinación de Infertilidad)	3	Atiende la indicación y recibe a las parejas referidas del Departamento de Consulta Externa en la valoración matutina y realiza historia clínica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-30<sup>ABC</sup> / SIGIn</li> </ul>
	4	Revisa en el expediente clínico la historia clínica femenina, historia clínica de infertilidad y los estudios de laboratorio o gabinete.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expediente clínico/SIGIn</li> </ul>
	5	Obtiene resultados del estudio y determina causa de infertilidad, individualizando el estudio con base en las condiciones de cada pareja.	
		<b>¿Procede?</b>	
	6	<b>No:</b> Explica a la paciente las causas por la cuales no puede ser atendida. <b>Termina Procedimiento</b>	
	7	<b>Sí:</b> Captura y/o registra las observaciones e indicaciones en las notas de evolución y ordenes médicas del expediente clínico para determinar diagnóstico de infertilidad. <b>Continúa Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-07 / SIGIn</li> <li>• 2250-06 / SIGIn</li> </ul>
	8	Proporciona a la paciente una explicación detallada del diagnóstico.	
	9	Determina si es necesario solicitar una interconsulta. <b>¿Procede?</b>	
	10	<b>No:</b> Indica tratamiento y da seguimiento hasta agotar las posibilidades de fertilidad. <b>Termina Procedimiento</b>	
	11	<b>Sí:</b> Llena solicitud de interconsulta y la entrega a la paciente para que acuda al módulo de control de citas a programarla. <b>Continúa Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-15</li> </ul>



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dirección Médica

13.- Atención de Parejas Infértiles

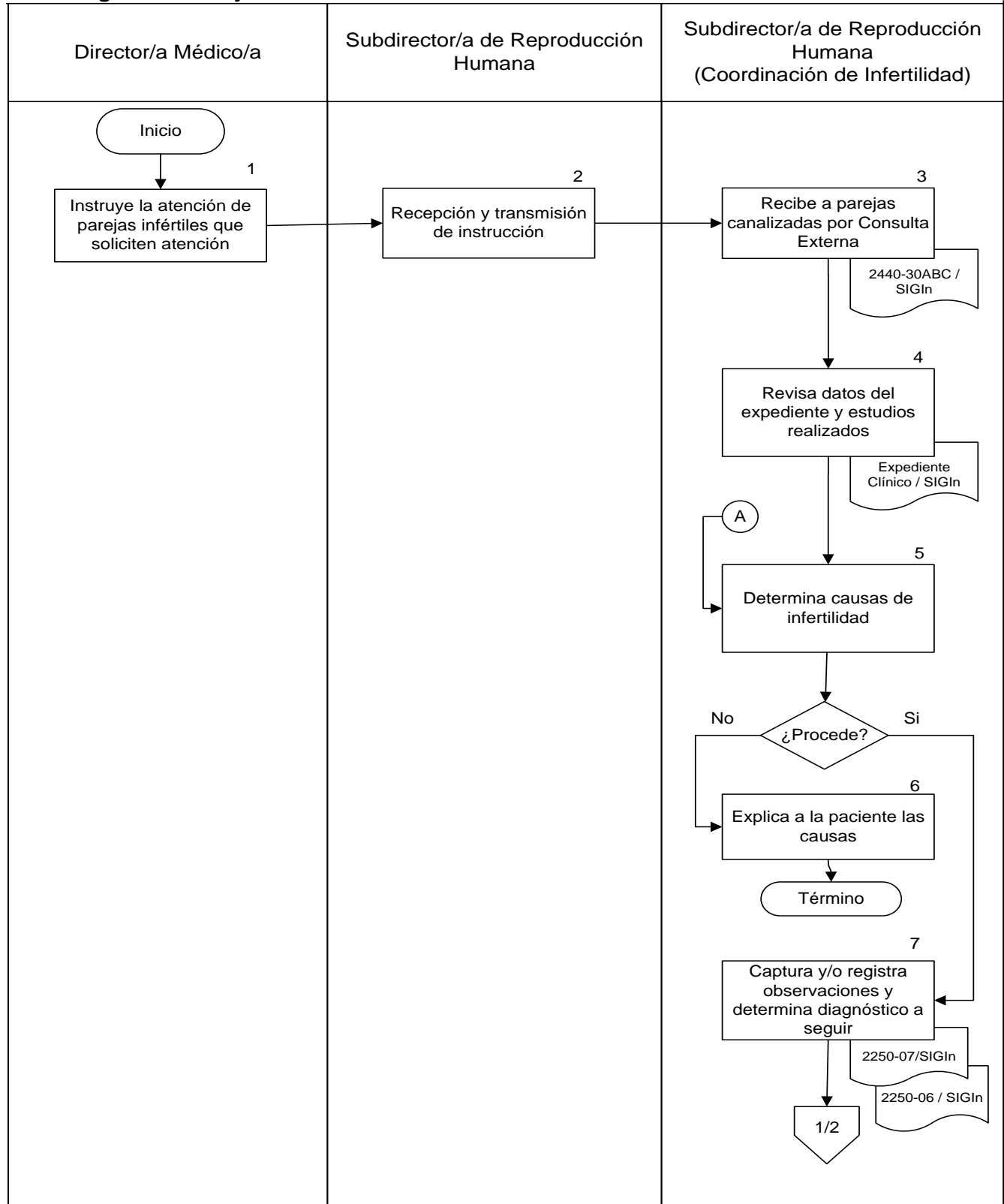
Hoja: 4 de 18

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Subdirector/a de Reproducción Humana (Coordinación de Infertilidad)	12	Solicita a la paciente regrese al servicio una vez obtenida la interconsulta o al recibir el alta del mismo (de ser el caso).	
	13	Recibe a la paciente y analiza los estudios del servicio interconsultante integrados en el expediente clínico.	
	14	Determina si amerita reajuste en el tratamiento. <b>¿Procede?</b>	
	15	<b>No:</b> continúa procedimiento hasta su conclusión. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	16	<b>Si:</b> Realiza reajuste en el tratamiento indicado previamente. <b>Regresa a la Actividad N° 5.</b>	
	17	Elabora informe mensual para su control.	<ul style="list-style-type: none"><li>Informe mensual</li></ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	



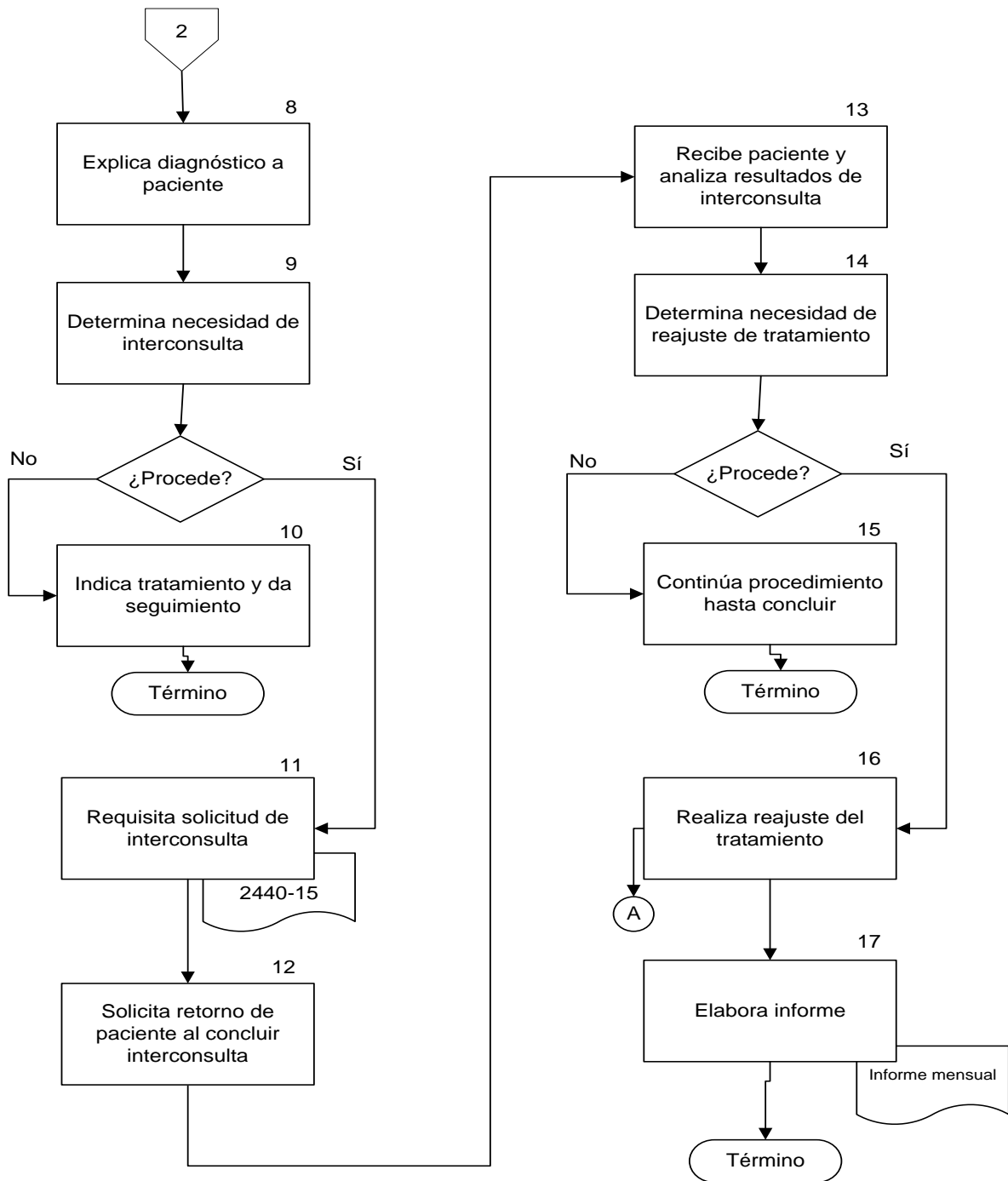



### 5.0 Diagrama de Flujo





**Subdirector/a de Reproducción Humana  
(Coordinación de Infertilidad)**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>13.- Atención de Parejas Infértiles</b>	Hoja: 7 de 18

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Historia clínica"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGiN	4S.5 / 2440-30 <sup>ABC</sup> / SIGIn
7.2 "Expediente Clínico"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGiN	4S.5
7.3 "Notas de evolución"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGiN	4S.5 / 2250-07 / SIGIn
7.4 "Órdenes médicas"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGiN	4S.5 / 2250-06 / SIGIn
7.5 "Solicitud de Interconsulta"	N/P	Paciente	2240-15
7.6 "Informe Mensual"	6 años	Coordinación de Infertilidad	11C.16

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Infertilidad:** Incapacidad de una pareja para lograr un embarazo después de un año de relaciones sexuales, sin la utilización de algún método anticonceptivo.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 Historia clínica	(2440-30 <sup>ABC</sup> /SIGIn)
10.2 Notas de evolución	(2250-07/SIGIn)
10.3 Órdenes médicas	(2250-06/SIGIn)
10.4 Solicitud de Interconsulta	(2440-15)

## 10.1 Historia clínica



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
 DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



### HISTORIA CLÍNICA GINECO-OBSTÉTRICA

EXPEDIENTE NÚMERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_

APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

NOMBRE (S): \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

ORIGEN Y RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

OCCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**PAREJA:**

EDAD: \_\_\_\_\_ OCCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ SANO: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_

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

#### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

PADECIMIENTO	MADRE	PADRE	OTROS
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
DIABETES MELLITUS			
NEOPLÁSICOS			
GENÉTICOS			
TUBERCULOSIS			
OTROS.			

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

ALIMENTACIÓN: SUFICIENTE \_\_\_\_\_ ADECUADA \_\_\_\_\_ EXCESIVA \_\_\_\_\_

TABAQUISMO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ EDAD DE INICIO: \_\_\_ AÑOS CIGARRILLOS AL DÍA \_\_\_

ALCOHOLISMO: SI \_\_\_ NO \_\_\_ EDAD DE INICIO: \_\_\_ AÑOS

FARMACODEPENDENCIA O DROGADICCIÓN: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: (ESPECIFICAR FECHA, LUGAR DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO RECIBIDO)

ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS	SI _____
INFECTOCONTAGIOSAS	SI _____
ENDOCRINOPATÍA	SI _____
CARDIOPATÍA	SI _____
CÁNCER	SI _____
AUTOINMUNIDAD	SI _____
TRANSFUSIONES	SI _____
ALERGIAS	SI _____
TRAUMATISMOS	SI _____
QUIRÚRGICOS	SI _____

**2440-30A**

### 10.1 Historia clínica



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



**ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:**

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

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

MENARCA: \_\_\_\_\_ PATRÓN MENSTRUAL: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_ IVSA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: \_\_\_\_\_ PAPANICOLAU NORMAL: \_\_\_\_\_ ANORMAL: \_\_\_\_\_

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

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_

**ESPECIFIQUE**

GESTAS \_\_\_\_\_ PARAS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_ CESÁREAS \_\_\_\_\_ ECTÓPICOS \_\_\_\_\_

AÑO	RESOLUCIÓN	SEXO	PESO	VIVO / SANO
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				

**PADECIMIENTO ACTUAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS: (MENCIONAR ÚNICAMENTE DATOS ANORMALES)**

DIGESTIVO: \_\_\_\_\_

CARDIOCIRCULATORIO: \_\_\_\_\_

URINARIO: \_\_\_\_\_

GINECOLÓGICO: \_\_\_\_\_

PULMONAR: \_\_\_\_\_

NEUROLÓGICO: \_\_\_\_\_

PSICOLÓGICO: \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

TENSIÓN ARTERIAL \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_ FRECUENCIA RESPIRATORIA \_\_\_\_\_

FRECUENCIA CARDIACA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

## 10.1 Historia clínica



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



**(ÚNICAMENTE DATOS ANORMALES)**

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

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

INSPECCIÓN GENERAL: \_\_\_\_\_

CABEZA Y CUELLO: \_\_\_\_\_

MAMAS: \_\_\_\_\_

APARATO RESPIRATORIO: \_\_\_\_\_

ÁREA CARDIACA: \_\_\_\_\_

MÚSCULO ESQUELÉTICO: \_\_\_\_\_

VASCULAR PERIFÉRICO: \_\_\_\_\_

PIEL Y ANEXOS: \_\_\_\_\_

NERVIOSO: \_\_\_\_\_

ALTURA DEL FONDO UTERINO: \_\_\_\_\_ SITUACIÓN FETAL : \_\_\_\_\_ POSICIÓN: \_\_\_\_\_ PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

NO. PRODUCTOS: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA CARDIACA FETAL \_\_\_\_\_ RITMO NORMAL \_\_\_\_\_ ANORMAL \_\_\_\_\_

**ÁREA GENITAL: (ÚNICAMENTE DATOS ANORMALES)**

GENITALES EXTERNOS:

GLÁNDULAS DE BARTHOLIN, SKENE Y URETRA \_\_\_\_\_

VAGINA \_\_\_\_\_

CÉRVIX: POSICIÓN \_\_\_\_\_ BORRAMIENTO \_\_\_\_\_ DILATACIÓN \_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN FETAL \_\_\_\_\_ ALTURA DE LA PRESENTACIÓN \_\_\_\_\_

MEMBRANAS: INTEGRAS \_\_\_\_\_ ROTAS \_\_\_\_\_. FECHA Y HORA DE LA RUPTURA \_\_\_\_\_

ÚTERO: \_\_\_\_\_

ANEXOS: \_\_\_\_\_

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

LABORATORIO: \_\_\_\_\_

GABINETE: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INTEGRAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ELABORADA POR:

SUPERVISADA POR:


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>13.- Atención de Parejas Infértiles</b>	Hoja: 13 de 18

## 10.2 Notas de evolución

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO


#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>13.- Atención de Parejas Infértiles</b>	Hoja: 16 de 18

### 10.3 Órdenes Médicas


#### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “ÓRDENES MÉDICAS”

2250-06

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio en el que se encuentra
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El número consecutivo correspondiente de la hoja
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la orden
6	NOMBRE DEL MEDICAMENTO O INDICACIONES	Especificar el nombre del medicamento o las indicaciones para llevar a cabo el tratamiento
7	VÍA DE MINISTRACIÓN	Confirmar la vía de administración 1) venosa, 2) muscular, 3) oral, 4) rectal y 5) otros
8	DÓSIS	Explicar la dosis
9	FECHA DE INICIO	El día, mes y año en que inicia
10	FECHA DE TERMINACIÓN	El día, mes y año en que termina



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>13.- Atención de Parejas Infértiles</b>	Hoja: 18 de 18



## 10.4 Solicitud de Interconsulta

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

2440-15

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	RECUADRO	Los datos del/la paciente.
2	DEPENDENCIA	El nombre de la institución que canaliza a la/el paciente.
3	SERVICIO	El nombre del área en la que se solicita la atención.
4	FECHA	La fecha en que se elabora la solicitud.
5	SERVICIO QUE SOLICITA	El nombre del servicio que solicita la interconsulta.
6	URGENTE	Si es urgente o no.
7	MÉDICO/A SOLICITANTE	El nombre completo, clave, y firma del/la médico/a solicitante.
8	FECHA Y HORA DE LA SOLICITUD	La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud.
9	MÉDICO/A QUE RECIBIÓ	El nombre completo, clave y firma del/la médico/a que recibe.
10	FECHA Y HORA DE RECIBIDO	La fecha (día, mes y año) y hora en que se recibe la solicitud.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-14</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>14.- Consulta subsecuente de planificación familiar</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

## 14.- Consulta subsecuente de planificación familiar

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-14</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>14.- Consulta subsecuente de planificación familiar</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Llevar a cabo la vigilancia periódica de los usuarios de métodos anticonceptivos para valorar la eficacia, la continuidad, efectos secundarios y complicaciones de los mismos.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva), en donde se lleva a cabo la atención de pacientes.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los/las usuarios/as que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Reproducción Humana, verificar que el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
  - Otorgar atención subsecuente a las personas que presenten las siguientes características:
    - ✓ Mujeres a las que se les haya prescrito un método anticonceptivo en el posparto, postcesárea o postaborto
    - ✓ Mujeres y hombres de población abierta que se les haya realizado anticoncepción quirúrgica
  - Realizar el interrogatorio y la exploración física a los/las pacientes, valorar el cambio o continuidad del método y registrar los datos en el expediente clínico en el caso de las pacientes del INPer, o a través del sistema que en su caso se cuente, programar la cita subsecuente a las/las usuarios/as con algún factor de riesgo reproductivo y determinar el alta de los/las pacientes de este servicio, conforme a su evolución, de acuerdo a lo establecido en la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y la NOM-024-SSA3-2012 Sistema de Información de registro electrónico para la salud, Intercambio de Información en Salud.
  - Supervisar que los médicos adscritos y residentes bajo su cargo capturen en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar con el nombre y número de cédula profesional respectiva.
  - Resguardar, el personal adscrito al Departamento de Salud Sexual y Reproductiva las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así mismo deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.



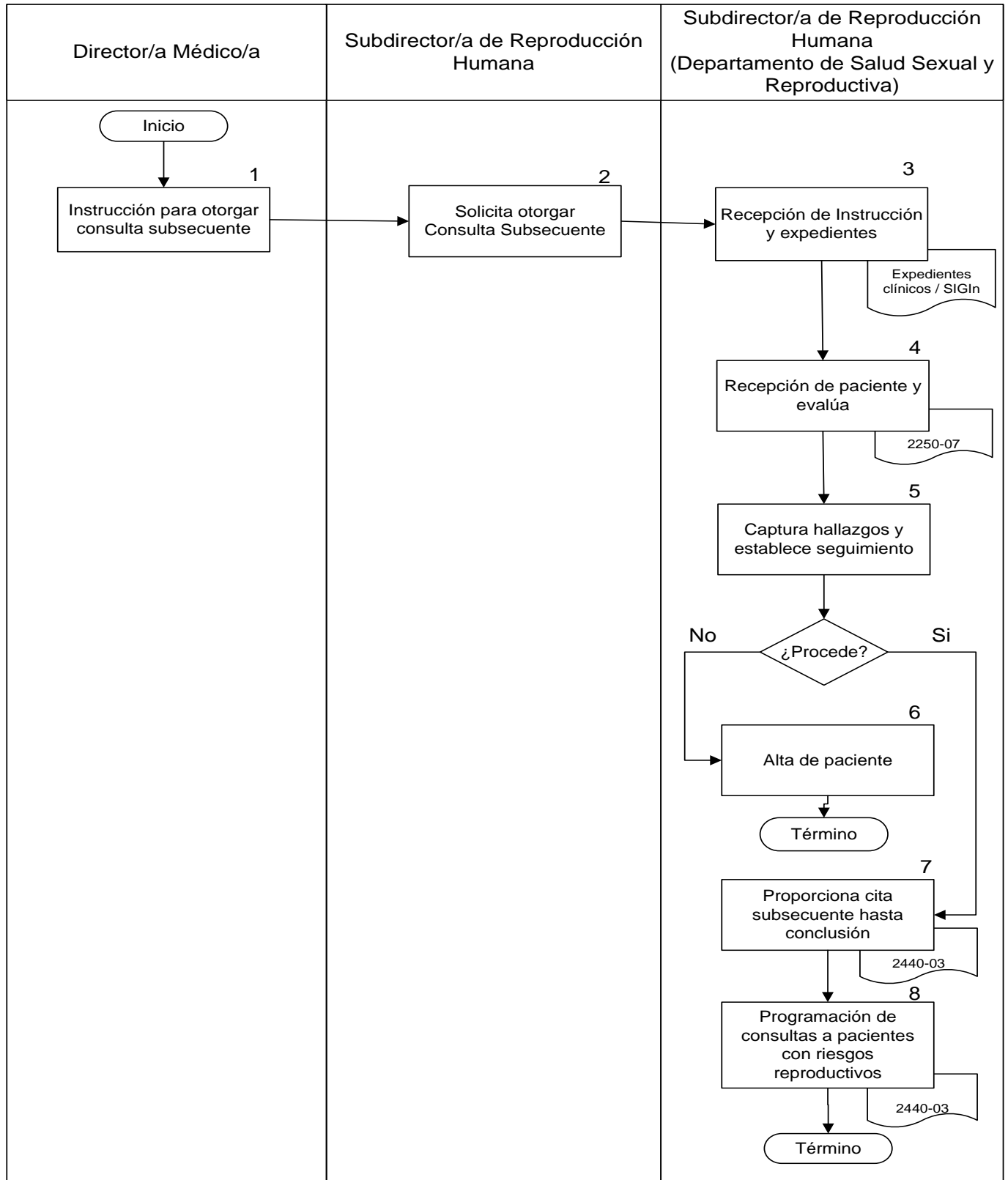
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>14.- Consulta subsecuente de planificación familiar</b>	<b>Hoja: 3 de 10</b>


#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director/a Médico/a	1	Instruye a la Subdirección de Reproducción Humana para otorgar la consulta subsecuente en Planificación Familiar.	
Subdirector/a de Reproducción Humana	2	Recibe instrucciones y solicita al Departamento de Salud sexual y Reproductiva otorgar consulta subsecuente a las pacientes para determinar si se sigue con el método anticonceptivo en uso o proporcione alta.	
Subdirector/a de Reproducción Humana  (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva)	3	Recibe instrucción y del Departamento de Consulta Externa los expedientes clínicos de las/los pacientes al Servicio de Planificación Familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expedientes clínicos/ SIGIn</li> <li>• 2250-07</li> </ul>
	4	Recibe el médico adscrito a la paciente, evalúa efectos secundarios y determina conducta (continuidad, retiro o cambio de método).	
	5	Captura y/o registra en el expediente clínico los hallazgos y elabora nota de evolución, estableciendo si la paciente requiere o no seguimiento. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-07</li> </ul>
	6	<b>No:</b> Da de alta a el/la paciente del servicio. <b>Termina Procedimiento</b>	
	7	<b>Si:</b> Proporciona cita subsecuente y da seguimiento hasta su conclusión. <b>Continúa Procedimiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-03</li> </ul>
	8	Programa consulta de control a mujeres con riesgo reproductivo e indica fecha.  <b>Termina Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-03</li> </ul>



### 5.0 Diagrama de Flujo



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>14.- Consulta subsecuente de planificación familiar</b>	<b>Hoja: 5 de 10</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Nota de Evolución	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5 / 2250-07 / SIGIn
7.2 Cita Subsecuente	NP	Paciente	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

**8.1 Riesgo reproductivo:** Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

## 9.0 Cambios de esta versión


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1	Notas de Evolución	(2250-07)
10.2	Citas Subsecuentes	(2440-03)





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>14.- Consulta subsecuente de planificación familiar</b>	<b>Hoja: 8 de 10</b>


## 10.1 Notas de evolución

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>14.- Consulta subsecuente de planificación familiar</b>	<b>Hoja: 9 de 10</b>

## 10.2 Citas subsecuentes



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES



### CONSULTA EXTERNA, CITAS SUBSECUENTES

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_ **(1)**

EXPEDIENTE NÚMERO: \_\_\_\_\_ **(2)**

EL DÍA: \_\_\_\_\_ **(3)**

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_ **(4)**

**2440-03**

PESO \_\_\_\_\_ **(5)**      ENFERMERA \_\_\_\_\_ **(9)**

TEMP. \_\_\_\_\_ **(6)**      \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_      FECHA \_\_\_\_\_ **(10)**


F.C. \_\_\_\_\_      HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_ **(7)**

TIRA REAC. \_\_\_\_\_ **(8)**

\_\_\_\_\_

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>14.- Consulta subsecuente de planificación familiar</b>	<b>Hoja: 10 de 10</b>

## 10.2 Citas subsecuentes



### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### CITAS SUBSECUENTES



2440-03

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FAVOR DE DAR CITA A	El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s)
2	EXPEDIENTE NÚMERO	El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet.
3	EL DÍA	El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA).
4	MÉDICO/A	El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente.
5	SOMATOMETRÍA	El peso en kilogramos de la paciente
6	SIGNOS VITALES	Temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, tensión arterial
7	EDEMA	Si existe presencia de edema (hinchazón)
8	PROCEDIMIENTO	Determinación de tira reactiva en orina (en su caso)
9	ENFERMERA	Nombre completo de la enfermera
10	FECHA, HORA	Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-15</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>		<b>Hoja: 1 de 26</b>

**15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-15</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>		<b>Hoja: 2 de 26</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1 Señalar las características clínicas específicas de la paciente en consulta externa con el fin de iniciar el tratamiento correspondiente en la Coordinación de Peri y Postmenopausia, para su atención integral

## 2.0 Alcance


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las usuarias de la Coordinación de Peri y Postmenopausia que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Reproducción Humana, verificar que el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, a través de la Coordinación de Peri y Postmenopausia cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Otorgar consulta médica de peri y postmenopausia a las pacientes referidas por el Departamento de Consulta Externa que cumplan con los siguientes requisitos:
    - ✓ edad entre 45 y 64 años que tengan manifestaciones peri y postmenopáusicas
    - ✓ pacientes que se encuentren fuera de la época de la peri y postmenopausia y presenten:
      - a) manifestaciones de hipoestrogenismo resultante de un procedimiento quirúrgico, falla ovárica primaria o por evolución natural
      - b) falla ovárica primaria con riesgo: de densidad mineral ósea baja esperada para la edad, de fractura, alteraciones cardiovasculares y urogenitales por uso de medicamentos, causas secundarias a eventos concomitantes
  - Verificar que se lleve a cabo la capacitación continua del personal adscrito a la Coordinación de Peri y Postmenopausia, con la finalidad de brindar a las usuarias que acudan al servicio una atención de calidad.
  - Sistematizar la atención de las pacientes que acuden a la Coordinación de Peri y Postmenopausia, la cual se llevará a cabo por el/la médico/a adscrito/a, acompañado/a del médico/a residente de ginecología y obstetricia, biología de la reproducción, foráneos rotantes por convenio con otros servicios de salud, alumnos del diplomado en climaterio o posgrado en peri y postmenopausia.
  - Evaluar y analizar con base en la Norma Oficial Mexicana. NOM-035-SSA2-2012 en materia de información en salud, el padecimiento de las pacientes que acuden a la Coordinación de Peri y Postmenopausia con la finalidad de determinar los factores de riesgo en la salud que presenten, a fin de prevenir y controlar enfermedades en la peri y postmenopausia de la mujer.
  - Integrar los diagnósticos de las pacientes tomando en cuenta los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete validados por el/la responsable del área, con base en lo establecido en la Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
  - Determinar objetivos de tratamiento:
    - ✓ Pacientes sanas y asintomáticas, recomendaciones de hábitos, ejercicio, alimentación.
    - ✓ Suplementación calcio, vitamina D y antioxidantes.
    - ✓ Pacientes con síntomas neuropsíquicos y bochornos.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INPer</p>	<b>INPer-DM-MP-15</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>		<b>Hoja: 3 de 26</b>

- ✓ Candidatas a usuarias de Terapia hormonal vía oral, máximo por 10 años después de la menopausia.
  - ✓ Usuarias de terapia estrogénica, pacientes sin útero.
  - ✓ Usuarias de estrógenos y progestinas, continuán, secuencial o cíclica, pacientes con útero.
  - ✓ Usuarias de dosis convencionales por 10 años.
  - ✓ Usuarias de dosis bajas los siguientes 10 años.
  - ✓ Usuarias de terapia no hormonal, prescripción de medicamentos para, bochornos (gaba-pentina, veralipride, antidepresivos)
  - ✓ Pacientes con alteración metabólicas de glucemia y dislipidemias.
  - ✓ Terapia hormonal por vía transdérmica, dos parches por semana, o crema aplicación diaria o parenteral mensual.
  - ✓ Indicaciones de metformina, estatinas o fibratos.
  - ✓ Indicaciones de ácido acetilsalicílico dosis bajas, vía oral.
  - ✓ Pacientes con hipertensión y diabetes mellitus, confirmar su control y solicitar referencia a medicina interna o endocrinología.
  - ✓ Pacientes con síndrome genitourinario.
  - ✓ Usuarias solo de terapia hormonal local.
  - ✓ Aplicación intravaginal dos veces por semana, tiempo limitado a control de síntomas durante 1 año.
- Prescribir y administrar medicamentos para pacientes con diagnóstico de osteoporosis, con base en las alternativas descritas a continuación:
    - ✓ Subcutáneo cada 6 meses (Prolia [denosumab]) se aplica en abdomen en flancos o hipogastrio.
    - ✓ Intravenoso cada 3 meses (Bomviva 3mg [ibandonatro]) se aplica durante 19 a 30 segundos por vía intravenosa con una jeringa de 3 ml.
    - ✓ Intravenoso cada año (aclasta [ácido solendrónico]) se aplica líquido en una solución salina de 10 ml durante una hora.
  - Informar a las pacientes de la Coordinación de Peri y Postmenopausia que los medicamentos indicados, los deberán adquirir en farmacia, lo traerán a una consulta solicitada en la coordinación, donde se verificarán signos vitales y clinimetría, se conformará diagnóstico y la prescripción en el expediente, será aplicado por la enfermera y supervisado por él/la médico/a.
  - Verificar la aplicación de los medicamentos específicos, ya que su ministración requiere de supervisión y atención de por personal calificado para facilitar con ello la adherencia y prevenir riesgos o eventos adversos.
  - Supervisar que los médicos adscritos y residentes bajo su cargo capturen en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar con el nombre y número de cédula profesional respectiva.
  - Resguardar, el personal adscrito a la Coordinación de Peri y Postmenopausia las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así mismo deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, verificar que el Departamento de Diagnóstico por Imagen a través del servicio de radiología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar mastografía y ultrasonido en pacientes con nódulo mamario palpable, referidas por la Coordinación de Peri y Postmenopausia.

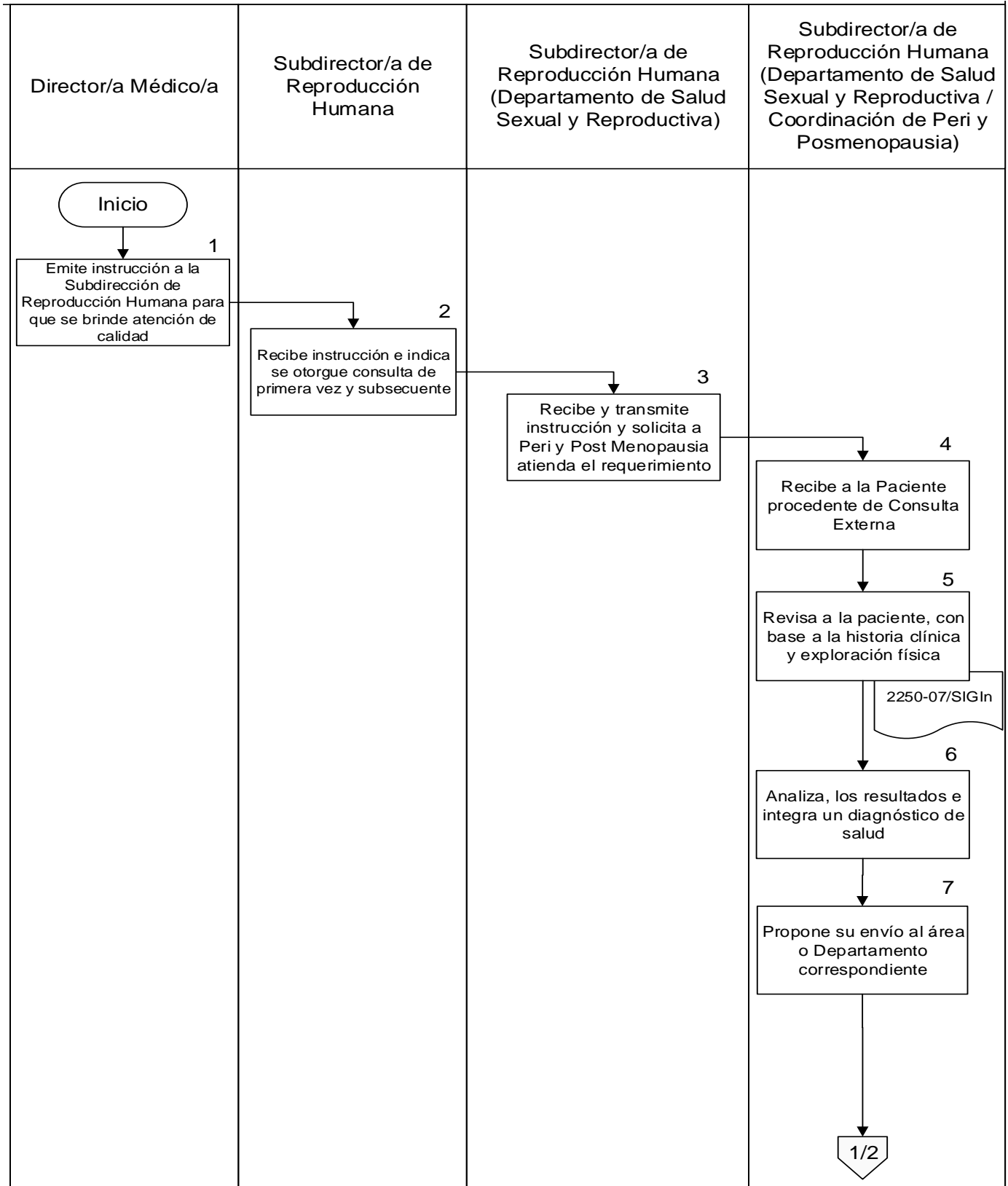
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 4 de 26</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director/a Médico/a	1	Emite instrucción a la Subdirección de Reproducción Humana para que se brinde atención médica de calidad a las pacientes de consulta de primera vez y subsecuente en la Coordinación de Peri y Postmenopausia.	
Subdirector/a de Reproducción Humana	2	Recibe instrucción e indica al Departamento de Salud Sexual y Reproductiva otorgar consulta de primera vez y subsecuente en la Coordinación de Peri y Postmenopausia.	
Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva)	3	Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Peri y Postmenopausia atienda el requerimiento.	
Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)	4	Recibe a las pacientes referidas por el Departamento de Consulta Externa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-07/SIGIn</li> <li>• 2430-54/SIGIn</li> <li>• 2410-13/SIGIn</li> <li>• 2410-04<sup>a</sup>/SIGIn</li> <li>• 2112-04</li> <li>• 2250-26</li> <li>• 2440-03</li> </ul>
	5	Revisa a la paciente, investigando factores de riesgo hacia la salud, con base en la historia clínica y exploración física.	
	6	Analiza los resultados conforme a la historia clínica y exploración física correspondiente, integra un diagnóstico de salud en Peri y Postmenopausia y determina la atención en la coordinación.	
	7	Propone su envío al área o departamento correspondiente según el tipo de padecimiento.	
	8	Propone, tratamiento, según las necesidades particulares de las pacientes, de tipo no hormonal y cambios en estilo de vida.	
	9	Solicita, estudios complementarios para diagnóstico integral de la paciente en Peri y Postmenopausia para descartar la existencia de patologías agregadas. <b>¿Procede?</b>	
	10	<b>No:</b> Refiere a la paciente a alguna Institución del Sector Salud, mediante la hoja de referencia. <b>Termina procedimiento.</b>	
	11	<b>Sí:</b> Establece con base a los resultados el tratamiento acorde a su padecimiento y otorga cita subsecuente.	



<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirección de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)	12	Recibe a la paciente en cita subsecuente y confirma adherencia al tratamiento, da continuidad cada 6 meses en consultas subsecuentes.	
	13	Solicita como método de prevención y seguimiento estudios especiales de control (química sanguínea, perfil hormonal tiroideo semestral, clinimetría semestral, así como estudios de seguridad: mastografía anual). densitometría anual y citología anual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2430-54/SIGIn</li> <li>• 2112-03</li> <li>• 2112-04</li> <li>• 2410-04A/SIGIn</li> </ul>
	14	Valora los resultados de seguimiento y con base a ellos determina acciones a seguir según corresponda.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar biopsia de endometrio en pacientes con sangrado Post Menopausia, relacionado a la terapia hormonal.</li> <li>✓ Realizar histeroscopia e interconsulta en pacientes con ultrasonido endometrial alterado.</li> <li>✓ Realiza colposcopia e interconsulta en pacientes con citología vaginal alterada.</li> <li>✓ Prescribe medicamentos para osteoporosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
	15	Da seguimiento y evalúa condiciones de alta de pacientes: con función ovárica normal en etapa premenopausia que indican el periodo geriátrico, mayores de 65 años y sanas que no requieren intervención durante el periodo de Postmenopausia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2112-06</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	





Director/a Médico/a	Subdirector/a de Reproducción Humana	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva)	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)
			<pre>graph TD; 2[2] --&gt; 8[8: Indica tratamiento, según las necesidades particulares de las pacientes]; 8 --&gt; 9[9: Solicita estudios complementarios para diagnóstico integral]; 9 --&gt; Codes[2430-54/SIGIn, 2410-13/SIGIn, 2410-04A/SIGIn, 2112-04]; Codes --&gt; 10{¿Procede?}; 10 -- No --&gt; 10[10: Refiere a la paciente mediante hoja de referencia]; 10 -- Si --&gt; 11[11: Establece con base a resultados el tratamiento acorde a su padecimiento]; 10[10] --&gt; Termino([Término]); 11 --&gt; 12[12: Confirma adherencia y continuidad al tratamiento]; 12 --&gt; 23[2/3];</pre>



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**


**Dirección Médica**

**15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia**

**Hoja: 8 de 26**

Director/a Médico/a	Subdirector/a de Reproducción Humana	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva)	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)
			<pre>graph TD; 3[3] --&gt; 13[13 Solicita como método de prevención estudios especiales]; 13 --&gt; 14[14 Valora los resultados de seguimiento y con base a ellos determina acciones a seguir]; 14 --&gt; 15[15 Da seguimiento y evalúa condiciones de alta de pacientes]; 15 --&gt; T([Término]);</pre>



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 9 de 26</b>

## 6.0 Documentos de referencia


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Nota de Evolución"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 2250-07 / SIGIn
7.2 "Solicitud de estudios de laboratorio clínico"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2430-54/SIGIn
7.3 "Solicitud de estudios de ultrasonido adultos"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2410-13/SIGIn
7.4 "Solicitud de estudios de radiología adultos"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2410-04A/SIGIn
7.5 "Solicitud de estudios citológicos"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2112-04
7.6 "Hoja de referencia (paciente ginecológica)"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 2250-26
7.7 "Cita subsecuente"	NP	Paciente	2440-03
7.8 "Solicitud de estudios de climaterio"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2112-03
7.9 Resumen clínico	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5 / 2112-06

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Menopausia:** La menopausia es un término médico que designa la fecha de la última menstruación de una mujer y se puede clasificar en inducida, natural, prematura y tardía.
- 8.2 **Osteoporosis:** Enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por la disminución de la masa ósea y el deterioro de la micro arquitectura.
- 8.3 **Premenopausia:** Totalidad del periodo reproductivo hasta la última menstruación.
- 8.4 **Postmenopausia:** Etapa iniciada a partir del último periodo menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural.
- 8.5 **Peri y postmenopausia:** etapa que inicia con retrasos menstruales de más de una semana, hasta los 65 años de edad.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 10 de 26</b>

## 9.0 Cambios de esta versión


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1	Nota de Evolución	(2250-07/SIGIn)
10.2	Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico	(2430-54/SIGIn)
10.3	Solicitud de Estudios de Ultrasonido Adultos	(2410-13/SIGIn)
10.4	Solicitud de Estudios de Radiología Adultos	(2410-04 <sup>A</sup> /SIGIn)
10.5	Solicitud de Estudios Citológicos	(2112-04)
10.6	Hoja de referencia (paciente ginecológica)	(2250-26)
10.7	Cita subsecuente	(2440-03)
10.8	Solicitud de Estudio de Climaterio	(2112-03)
10.9	Resumen Clínico	(2112-06)





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 13 de 26</b>

## 10.1 Nota de Evolución

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes

## 10.2 Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
 DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL  
**SOLICITUD DE LABORATORIO CLÍNICO**



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

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Médico/a solicitante: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Servicio solicitante: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

<b>B I O Q U Í M I C A</b>		
<input type="checkbox"/> 2401 Glucosa	<input type="checkbox"/> 2416 Lactato Deshidrogenasa	<input type="checkbox"/> 2446 Cistatina C **
<input type="checkbox"/> 2402 Urea	<input type="checkbox"/> 2417 Fosfatasa Alcalina	<input type="checkbox"/> 2447 Albúmina en Orina
<input type="checkbox"/> 2403 Creatinina	<input type="checkbox"/> 2419 Bilirrubinas	<input type="checkbox"/> 2426 Urea Urinaria
<input type="checkbox"/> 2404 Ácido Úrico	<input type="checkbox"/> 2420 Glucosa Postprandial 60 min.	<input type="checkbox"/> 2427 Creatinina Urinaria
<input type="checkbox"/> 2405 Colesterol	<input type="checkbox"/> 2422 Glucosa Postprandial 120 min.	<input type="checkbox"/> 2429 Depuración de Creatinina
<input type="checkbox"/> 2428 Triglicéridos	<input type="checkbox"/> 2423 C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs.	<input type="checkbox"/> ( Orina de 24 hrs. y Suero )
<input type="checkbox"/> 2433 Lipoproteínas de Alta Dens.	( NO embarazo, 2 tomas de sangre )	<input type="checkbox"/> 2430 Electrol. Urinarios ( Na, K, Cl )
<input type="checkbox"/> 2434 Lipoproteínas de Baja Dens.	<input type="checkbox"/> 2448 C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs.	<input type="checkbox"/> 2436 Calcio Urinario
<input type="checkbox"/> 2406 Proteínas	( Embarazo, 3 tomas de sangre )	<input type="checkbox"/> 2437 Proteínas Urinarias
<input type="checkbox"/> 2407 Albúmina	<input type="checkbox"/> 2431 Fósforo	<input type="checkbox"/> 9930 Perfil Hemodiálisis
<input type="checkbox"/> 2408 Electrolitos ( Na, K, Cl )	<input type="checkbox"/> 2432 Calcio Iónico	( Glucosa, Urea, Creatinina,
<input type="checkbox"/> 2412 Calcio	<input type="checkbox"/> 2441 Gamma Glutamil transferasa ( GGT )	Acido Úrico, Albúmina, Na, K, Cl )
<input type="checkbox"/> 2413 Magnesio	<input type="checkbox"/> 2456 Amilasa **	
<input type="checkbox"/> 2414 Transaminasa Glut. Oxalacética	<input type="checkbox"/> 2457 Lipasa **	
<input type="checkbox"/> 2415 Transaminasa Glut. Pirúvica	<input type="checkbox"/> 2445 Ácidos Biliares **	

<b>H E M A T O L O G Í A</b>		
<input type="checkbox"/> 2601 Biometría Hemática Completa	<input type="checkbox"/> 2628 Hemo. Fetal APT ( cualitativa )	<input type="checkbox"/> 2632 Fact. de Coag. VIII
<input type="checkbox"/> 2608 Reticulocitos	<input type="checkbox"/> 2639 Gota Gruesa	<input type="checkbox"/> 2633 Fact. de Coag. IX
<input type="checkbox"/> 2613 Médula ósea	<input type="checkbox"/> 2640 Dimeros D	<input type="checkbox"/> 2634 Fact. de Coag. XI
<input type="checkbox"/> 2614 Vel Sedimentación Globular		<input type="checkbox"/> 2636 Fragilidad Osmótica
<input type="checkbox"/> 2615 Tiempo de Sangrado ( I V Y )		<input type="checkbox"/> 2638 Dilución con Salina
<input type="checkbox"/> 2618 Prueba de Coagulación ( TP Y TTP )		<input type="checkbox"/> 2645 Proteína C
<input type="checkbox"/> 2619 Fibrinógeno		<input type="checkbox"/> 2646 Proteína S
<input type="checkbox"/> 2620 Anticoagulante Lúpico		
<input type="checkbox"/> 2621 Tiempo de Trombina		
<input type="checkbox"/> 2625 Antitrombina III		
<b>ESTUDIO ESPECIALES</b> (Autorización del Hematólogo)		
<input type="checkbox"/> 2624 Corrección con plasma		
<input type="checkbox"/> 2629 Fact. de Coag. V		
<input type="checkbox"/> 2630 Fact. de Coag. VII		
<input type="checkbox"/> 2631 Fact. de Coag. X		

<b>L Í Q U I D O S B I O L Ó G I C O S</b>		
<input type="checkbox"/> 2501 Examen General de Orina	<input type="checkbox"/> 2514 Madurez Pulmonar en Pool Vaginal	<input type="checkbox"/> 2512 Citoq. de Líq. de Ascitis
<input type="checkbox"/> 2505 Cristalografía	<input type="checkbox"/> 2504 Citoq. de Líq. Pericárdico	<input type="checkbox"/> 2513 Citoq. de Líq. Peritoneal
<input type="checkbox"/> 2503 Madurez Pulmonar Fetal (Líquido Amniótico)	<input type="checkbox"/> 2510 Citoq. de Líq. Pleural	<input type="checkbox"/> 2502 Citoq. de Líq. Cefalorraq.

<b>M A R C A D O S T U M O R A L E S</b>		
<input type="checkbox"/> 2450 Antígeno Ca 15-3	<input type="checkbox"/> 2453 CEA Carcinoembrinario	<input type="checkbox"/> 2442 Antígeno Prostático
<input type="checkbox"/> 2451 Antígeno Ca 125	<input type="checkbox"/> 2454 Antígeno Ca 19-9	<input type="checkbox"/> 2443 Fracción libre de Antígeno Prostático
<input type="checkbox"/> 2452 AFP Alfafetoproteínas	<input type="checkbox"/> 1509 HCG	

\*\* NO DISPONIBLES

2430-54



### 10.2 Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico

<b>B A N C O   D E   S A N G R E</b>					
2701	<input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo	2706	<input type="checkbox"/> Título de Anticuerpos	2711	<input type="checkbox"/> Gamma Globulina Anti-D
2702	<input type="checkbox"/> Coombs Directo	2707	<input type="checkbox"/> Fenotipo Rh- Hr	2712	<input type="checkbox"/> Pruebas de Hemocompatibilidad
2703	<input type="checkbox"/> Anticuerpos Irregulares	2708	<input type="checkbox"/> Otros Fenotipos	2713	<input type="checkbox"/> Servicio de Transfusión
2704	<input type="checkbox"/> Anti A Inmune	2709	<input type="checkbox"/> Eluidio		
2705	<input type="checkbox"/> Anti B Inmune	2710	<input type="checkbox"/> Absorción		

<b>I N M U N O L O G Í A</b>					
2102	<input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. ( orina )	2118	<input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H	2140	<input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B
2103	<input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG	2119	<input type="checkbox"/> Antic. Contra V.I.H. ( Confirmat )	2141	<input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B
2104	<input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM	2120	<input type="checkbox"/> Huddlesson	2142	<input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B 19 IgG
2105	<input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA	2122	<input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva	2143	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgG
2106	<input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento	2124	<input type="checkbox"/> Widal O	2145	<input type="checkbox"/> Antic. contra Herpes IgM
2107	<input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento	2125	<input type="checkbox"/> Widal H	2147	<input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B19 IgM
2108	<input type="checkbox"/> Factor Reumatoide	2126	<input type="checkbox"/> Paratífico A	2148	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgM
2109	<input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG	2127	<input type="checkbox"/> Paratífico B	2149	<input type="checkbox"/> Antic. contra HCV ( confirmatoria )
2110	<input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM	2128	<input type="checkbox"/> Weil Felix	2150	<input type="checkbox"/> Subpoblaciones CD4 / CD8
2111	<input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG	2129	<input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas	2151	<input type="checkbox"/> Ac vs HAV IgG
2112	<input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM	2133	<input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cualitativo )	2152	<input type="checkbox"/> Ac vs AgE de HBV
2113	<input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG	2135	<input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM	2153	<input type="checkbox"/> Ac vs Core IgG HBV
2114	<input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cuantitativo )	2136	<input type="checkbox"/> Antic. contra Ags HB		
2116	<input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteinas	2137	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis A IgM		
2117	<input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B	2138	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis C		

<b>E N D O C R I N O L O G Í A</b>					
2001	<input type="checkbox"/> Hormona Luteinizante	2009	<input type="checkbox"/> Tirotopina ( TSH)	2007	<input type="checkbox"/> 17 Alfa Hidroxiprogesterona
2002	<input type="checkbox"/> Hormona Foliculoestimulante	2015	<input type="checkbox"/> Tiroxina libre	2010	<input type="checkbox"/> Testosterona total
2003	<input type="checkbox"/> Estradiol	2018	<input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroglobulina	2022	<input type="checkbox"/> SHBG
2004	<input type="checkbox"/> Progesterona	2019	<input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroperoxidasa	7005	<input type="checkbox"/> Hormona Antimülleriana**
2005	<input type="checkbox"/> Prolactina	2011	<input type="checkbox"/> Insulina	2017	<input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipina
2006	<input type="checkbox"/> Sub. U. Beta de Gonad. Coriónica	2020	<input type="checkbox"/> Hemoglobina Glucosilada	2023	<input type="checkbox"/> Parathormona
2016	<input type="checkbox"/> Cortisol	2012	<input type="checkbox"/> DHEA-S		
2008	<input type="checkbox"/> Triyodotironina total	2013	<input type="checkbox"/> Androstenediona		

**\*\* NO DISPONIBLES**

**ANTES DE PASAR A LABORATORIO CENTRAL, FAVOR DE AGENDAR SU SIGUIENTE CITA CON SU MÉDICO/A TRATANTE**



### 10.3 Solicitud de Estudios de Ultrasonido Adultos



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN



#### ULTRASONIDO ADULTOS

5001 <input type="checkbox"/> U. S. OBSTÉTRICO	5016 <input type="checkbox"/> U. S. UNA REGIÓN	5020 <input type="checkbox"/> U. S. ESFÍNTER ANAL
5002 <input type="checkbox"/> U. S. GINECOLÓGICO	5006 <input type="checkbox"/> U. S. SEGUIMIENTO FOLICULAR	5021 <input type="checkbox"/> U. S. DOPPLER
5007 <input type="checkbox"/> U. S. MAMA	5009 <input type="checkbox"/> BIOPSIA DIRIGIDA POR U. S.	5022 <input type="checkbox"/> U. S. DOPPLER EXTREMIDADES INFERIORES
5008 <input type="checkbox"/> U. S. ABDOMEN	5010 <input type="checkbox"/> DRENAJE PERCUTANEO POR U. S.	
5012 <input type="checkbox"/> U. S. VASCULAR	5011 <input type="checkbox"/> SONOHISTEROGRAFÍA	
5013 <input type="checkbox"/> U. S. TESTICULAR	5017 <input type="checkbox"/> U. S. RENAL	
5014 <input type="checkbox"/> U. S. PRÓSTATA T. R.	5018 <input type="checkbox"/> U. S. HÍGADO Y VESÍCULA BILIAR	
5015 <input type="checkbox"/> U. S. TIROIDES	5019 <input type="checkbox"/> U. S. PISO PÉLVICO	

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA A C E \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_

FECHA PROG. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FAVOR DE ANOTAR AL REVERSO, LOS DATOS CLÍNICOS

CÓDIGO	FECHA

**2410-13**

Montes Urales N° 800      Lomas Virreyes      Ciudad de México      C.P.11000      Licencia Sanitaria N° 1011011039

EDAD \_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

EDAD GEST. \_\_\_\_ SEMANAS

GESTAS \_\_\_\_ PARAS \_\_\_\_

CESÁREAS \_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES \_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS ASOCIADOS \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES PERTINENTES \_\_\_\_\_

N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

TIPO DE ESTUDIO: URGENTE       1ª VEZ       SUBSEC.

FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL/LA MÉDICO/A QUE SOLICITA \_\_\_\_\_

**SI EL/LA PACIENTE TIENE ESTUDIOS PREVIOS, IGUALES A LOS SOLICITADOS, FAVOR DE PRESENTARLOS PARA SU COMPARACIÓN**





SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dirección Médica

15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia

Hoja: 17 de 26

10.4 Solicitud de Estudios de Radiología Adultos



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO



RADIOLOGÍA ADULTOS

<b>ESTUDIOS SIMPLES</b>	3238 <input type="checkbox"/> Columna Cervical Ap y Lat.(2)	3226 <input type="checkbox"/> Urografía Excretora
3201 <input type="checkbox"/> Cráneo en A. P.	3239 <input type="checkbox"/> Columna Cervical Din. (2)	3227 <input type="checkbox"/> Cistografía Retrograda
3202 <input type="checkbox"/> Cráneo en Lat.	3240 <input type="checkbox"/> Columna Dorsal A.P y Lat. (2)	3229 <input type="checkbox"/> Histerosalpingografía
3203 <input type="checkbox"/> Cráneo en townie	3241 <input type="checkbox"/> Columna Lumbar Ap y Lat. (2)	3251 <input type="checkbox"/> Fistulografía
3204 <input type="checkbox"/> Senos paranasales (3)	3242 <input type="checkbox"/> Columna Lumbar Din (2)	3252 <input type="checkbox"/> Vaginograma / Genitograma
3205 <input type="checkbox"/> Pelvis en A. P.	3243 <input type="checkbox"/> Columna Cóccix Ap y Lat. (2)	
3209 <input type="checkbox"/> Columna Cervical en Oblicua (2)	3244 <input type="checkbox"/> Tórax Oseo (Ap y Obl.) (2)	<b>ESTUDIOS ESPECIALES</b>
3216 <input type="checkbox"/> Tórax en A. P.	3245 <input type="checkbox"/> Medición Miembros Inferiores	3232 <input type="checkbox"/> Mastografía
3217 <input type="checkbox"/> Tórax en Lateral	3246 <input type="checkbox"/> Manos Comparativa	3254 <input type="checkbox"/> Biopsia Mama por Estereotaxia
3219 <input type="checkbox"/> Simple de Abdomen (de Pie)	3247 <input type="checkbox"/> Edad Osea (4)	3255 <input type="checkbox"/> Marcaje Mama por Estereotaxia.
3225 <input type="checkbox"/> Serie Cardíaca (3)	3248 <input type="checkbox"/> Extremidad Ap y Lat. (2)	3256 <input type="checkbox"/> Angiografía
3231 <input type="checkbox"/> Silla Turca (TELE)	3249 <input type="checkbox"/> Proyección Adicional	3257 <input type="checkbox"/> Embolización por Angiograf.
3234 <input type="checkbox"/> Cuello Lateral (Adenoides)	<b>ESTUDIOS CONTRASTADOS</b>	3258 <input type="checkbox"/> Perm. Tub. B. Control Fluor.
3235 <input type="checkbox"/> Waters	3221 <input type="checkbox"/> Serie Esofagogastroduodenal	3259 <input type="checkbox"/> Defecografía
3236 <input type="checkbox"/> Tórax Pa (Tele)	3250 <input type="checkbox"/> Tránsito Intestinal	3260 <input type="checkbox"/> Galactografía
3237 <input type="checkbox"/> Simple de Abdomen	3222 <input type="checkbox"/> Colon por Enema	

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA A C E \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_

FECHA PROG. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CÓDIGO	FECHA

2410-04A

EDAD \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

EDAD GEST. \_\_\_\_\_ SEMANAS

GESTAS \_\_\_\_\_ PARAS \_\_\_\_\_

CESÁREAS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES \_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS ASOCIADOS \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES PACIENTES \_\_\_\_\_

N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

TIPO DE ESTUDIO: URGENTE                      1ª VEZ                      SUBSEC.

FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL/A MÉDICO/A QUE SOLICITA \_\_\_\_\_

**SI EL/LA PACIENTE TIENE ESTUDIOS PREVIOS, IGUALES A LOS SOLICITADOS, FAVOR DE PRESENTARLOS PARA SU COMPARACIÓN**

Montes Urales N° 800



Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP.11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

## 10.5 Solicitud de Estudios Citológicos

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN MÉDICA</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE REPRODUCCIÓN HUMANA</b> <b>DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b> <b>COORDINACIÓN DE PERI Y POST MENOPAUSIA</b>	 <small>INPer</small>				
PATOLOGÍA: ESTUDIO CITOLÓGICO N° _____						
<b>1.- DATOS DE LA PACIENTE:</b>						
Nombre: _____		Fecha de Nacimiento: _____				
Expediente: _____		Edad: _____				
Citología		a) Primera Vez      b) Subsecuente				
<b>2.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b>						
a) Gestaciones: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Ciclo Menstrual: _____ Embarazo Actual (SI) (NO)						
b) Puerperio/Post-aborto (SI) (NO) Menopausia/Menarca (SI) (NO) Terapia hormonal: _____						
c) DIU (SI) (NO) Histerectomía (SI) (NO) Motivo: _____						
Especificar: _____						
<b>3.- F.U.M.      Día      Mes      Año      FECHA DE TOMA      Día      Mes      Año</b>						
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
<b>4.- FACTORES DE RIESGO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y SÍNTOMAS:</b>						
a) Inicio de vida sexual antes de los 18 años      e) Infección de transmisión sexual (especifique): _____						
b) Parejas sexuales      f) Inmunodeficiencia.      i) Prueba VPH (DNA) positiva.						
c) Tabaquismo      g) Radioterapia      j) Biopsia previa: _____						
d) Citología previa: _____      h) Quimioterapia      k) Síntomas _____						
<b>5.- EXPLORACIÓN FÍSICA:</b>						
a) Cuello aparentemente sano      d) Cervicitis      g) Tumor en canal cervical      j) Atrofia (      ) / + + + +						
b) Cuello anormal      e) Leucorrea      h) No se observa cuello						
c) Erosión del cuello      f) Sangrado anormal      i) Cúpula vaginal						
<b>6.- UTENSILIO DE TOMA DE LA MUESTRA:</b>						
a) Espátula de Ayre modificada.      b) Citobrush      c) Hisopo      d) Cervex						
<b>7.- DATOS DE COLPOSCOPIA:</b>						
- Motivo de referencia a Colposcopia _____						
- Colposcopia satisfactoria _____						
- Radio en el que se encuentra( n ) la( s ) lesión( es ): _____						
- Diagnóstico colposcópico: _____						
- Biopsia (SI) (NO) Fecha: _____						
Médico/a Responsable del estudio colposcópico: _____						
<b>8.- INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA:</b>						
a) Citología convencional      b) Citología base líquida						
- Calidad de la muestra:      a) Muestra adecuada      b) Muestra Inadecuada						
- Elementos de la zona de Transformación/Endocervix:      a) Presente      b) Ausente						
- Categoría General      a) Negativo para lesión intraepitelial o malignidad      b) Anomalías de células epiteliales: 1) Escamosas      2) Glandulares						
<b>9.- MICROORGANISMOS:</b>						
1) Trichomonas vaginalis      4) Cambios compatibles con Herpes						
2) Elementos micóticos morfológicamente compatibles con candida      5) Bacterias de característica morfológicamente compatibles con Actinomyces.						
3) Cambios de la flora vaginal sugerentes de vaginosis bacteriana						
<b>10.- INTERPRETACIÓN / RESULTADO:</b>						
1) Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado      5) Células escamosas atípicas descartar lesión de alto grado (ASC-H)						
2) Lesión escamosa intraepitelial de alto grado      6) Células glandulares atípicas (AGC)						
3) Carcinoma escamoso      7) Adenocarcinoma						
4) Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)      8) Índice de maduración hormonal _____						
9) Otros _____						
<b>11.- OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS:</b>						
1) Cambios celulares reactivos asociados a inflamación      4) Atrofia						
2) Cambios celulares asociados a radiación      5) Células endometriales en mujeres mayores a 40 años						
3) Cambios celulares asociados a DIU						
<b>12.- NOTAS ACLARATORIAS:</b> _____						
<b>13.- CITOTECNÓLOGO/A RESPONSABLE:</b> _____						
<b>14.- CONTROL DE CALIDAD MÉDICO/A RESPONSABLE:</b> _____						



### 10.5 Solicitud de Estudios Citológicos

#### ÍNDICE DE MADURACIÓN HORMONAL

PARABASALES \_\_\_\_\_% (0)

INTERMEDIAS \_\_\_\_\_% (1/2)

SUPERFICIALES \_\_\_\_\_% (1)


#### CANTIDAD DE LEUCOCITOS

+ / +++

++ / +++

+++ / +++

IMH: \_\_\_\_\_%

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección Médica	
	15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia	Hoja: 20 de 26

### 10.6 Hoja de referencia (paciente ginecológica)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS  
**HOJA DE REFERENCIA (Paciente Ginecológica)**




NOMBRE DE LA PACIENTE: _____	N° EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____ HORA: _____	EDAD: _____ AÑOS
SERVICIO QUE SOLICITA: _____	FECHA DE INGRESO: _____
URGENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA A LA QUE SE ENVÍA: _____	

ENVIADA DE: _____	
MOTIVO DE LA CONSULTA: _____	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: _____	
ALERGIAS: _____ TRANSFUSIONALES: _____	
GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____ CESÁREA: _____ FUR: _____ FPP: _____	
PESO: _____ TALLA: _____ T.A.: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ TEMP: _____	
PADECIMIENTO ACTUAL: _____	
EXPLORACIÓN FÍSICA: _____	
DIAGNÓSTICO: _____	
RECOMENDACIONES: _____	
AUTORIZA	
MÉDICO/A QUE SOLICITA EL TRASLADO	FIRMA DE LA PACIENTE
QUIÉN ACEPTA EL TRASLADO	
NOMBRE COMPLETO	

ORIGINAL

COPIA AL EXPEDIENTE

2250-26

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia	Hoja: 21 de 26

## 10.6 Hoja de referencia (paciente ginecológica)

### HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Nombre de la paciente: _____ N° de Registro Hospitalario: _____
--

#### INFORME DE EL/LA MÉDICO/A O DEL SERVICIO CONSULTADO


<b>DIAGNÓSTICOS PROBABLES O COMPROBADOS</b>

<b>RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA O DATOS PRINCIPALES</b>

<b>TRATAMIENTO INSTITUIDO</b>

<b>RECOMENDACIONES</b>

<b>PERSONAL MÉDICO CONSULTADO</b>	<b>Vo. Bo.</b>
<b>NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA</b>	<b>NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 22 de 26</b>

## 10.7 Cita subsecuente



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES



### CONSULTA EXTERNA, CITAS SUBSECUENTES

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_ **(1)**

EXPEDIENTE NÚMERO: \_\_\_\_\_ **(2)**

EL DÍA: \_\_\_\_\_ **(3)**

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_ **(4)**

**2440-03**

PESO \_\_\_\_\_ **(5)**      ENFERMERA \_\_\_\_\_ **(9)**

TEMP. \_\_\_\_\_ **(6)**      \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_      FECHA \_\_\_\_\_ **(10)**


F.C. \_\_\_\_\_      HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_ **(7)**

TIRA REAC. \_\_\_\_\_ **(8)**

\_\_\_\_\_

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 23 de 26</b>

## 10.7 Cita subsecuente


### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### CITAS SUBSECUENTES

2440-03

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FAVOR DE DAR CITA A	El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s)
2	EXPEDIENTE NÚMERO	El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet.
3	EL DÍA	El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA).
4	MÉDICO/A	El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente.
5	SOMATOMETRÍA	El peso en kilogramos de la paciente
6	SIGNOS VITALES	Temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, tensión arterial
7	EDEMA	Si existe presencia de edema (hinchazón)
8	PROCEDIMIENTO	Determinación de tira reactiva en orina (en su caso)
9	ENFERMERA	Nombre completo de la enfermera
10	FECHA, HORA	Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 24 de 26</b>

## 10.8 Solicitud de Estudio de Climaterio



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE REPRODUCCIÓN HUMANA  
COORDINACIÓN DE PERI Y POST MENOPAUSIA



### SOLICITUD DE ESTUDIOS CLIMATERIO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ (1) EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ (2)


CLAVE	ESTUDIO
3004	Fotodensitometría

FECHA PROPUESTA: \_\_\_\_\_ (3) TIPO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_ (4)  
 DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ (5) SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ (6)  
 N° PROTOCOLO: \_\_\_\_\_ (7) NOMBRE: \_\_\_\_\_ (8)  
 MÉDICO/A SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ (9) CLAVE: \_\_\_\_\_

**2112-03**

Montes Urales N° 800    Lomas Virreyes    Ciudad de México    CP.11000    Licencia Sanitaria N° 1011011039



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 25 de 26</b>

## 10.8 Solicitud de Estudio de Climaterio

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “SOLICITUD DE ESTUDIOS DE CLIMATERIO”

2112-03

Nº	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, EXPEDIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD	Nombre completo de la paciente, número de expediente, fecha de nacimiento y edad
2	FECHA DE SOLICITUD	La fecha de la requisición del formato.
3	FECHA DE PROPUESTA	Fecha propuesta para el estudio
4	TIPO DE ESTUDIO	Especificar el tipo de estudio a realizar
5	DIAGNÓSTICO	Confirmar el diagnóstico de la paciente
6	SERVICIO SOLICITANTE	Nombre del área o servicio que solicita el estudio
7	Nº PROTOCOLO	Especificar el número de protocolo
8	NOMBRE	Nombre del protocolo
9	MÉDICO/A, SOLICITANTE, CLAVE	Nombre completo del médico/a solicitante y número de clave

## 10.9 Resumen Clínico



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE REPRODUCCIÓN HUMANA  
 DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
 COORDINACIÓN DE PERI Y POSTMENOPAUSIA



### RESUMEN CLÍNICO

CIUDAD DE MÉXICO, A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

A QUIEN CORRESPONDA:

LA PACIENTE \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE N° \_\_\_\_\_

HA SIDO ATENDIDA EN ESTA INSTITUCIÓN DESDE EL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ LA VISITA MÁS RECIENTE OCURRIÓ EL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

COMO RESULTADO DE SU ESTUDIO SE HAN ESTABLECIDO LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: AÑO


DURANTE ESTE LAPSO SE LE HAN PRACTICADO LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA INSTITUCIÓN: AÑO


REPORTE DE PRIMERA DENSITOMETRÍA:

	L1-L4	Cuello	Cadera total	Antebrazo 1/3	Lateral N° de Fracturas	Fecha
T- score						
g/cm <sup>2</sup>						

REPORTE DE ÚLTIMA DENSITOMETRÍA:

	L1-L4	Cuello	Cadera total	Antebrazo 1/3	Lateral N° de Fracturas	Fecha
T- score						
g/cm <sup>2</sup>						

LOS PROBLEMAS PENDIENTES DE RESOLUCIÓN (O CONTROL) PRESENTES EN SU ÚLTIMA CONSULTA FUERON LOS SIGUIENTES:


LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ULTERIOR SON LAS SIGUIENTES:


ELABORÓ RESUMEN DOCTOR/A: \_\_\_\_\_ CÉDULA DE ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

**2112-06**



**Montes Urales N° 800**

**Lomas Virreyes**



**Ciudad de México**

**CP.11000**

**Licencia Sanitaria N° 1011011039**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-15</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>		<b>Hoja: 1 de 26</b>

**15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DM-MP-15</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>		<b>Hoja: 2 de 26</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1 Señalar las características clínicas específicas de la paciente en consulta externa con el fin de iniciar el tratamiento correspondiente en la Coordinación de Peri y Postmenopausia, para su atención integral

## 2.0 Alcance


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las usuarias de la Coordinación de Peri y Postmenopausia que acuden para su atención al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Reproducción Humana, verificar que el Departamento de Salud Sexual y Reproductiva, a través de la Coordinación de Peri y Postmenopausia cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Otorgar consulta médica de peri y postmenopausia a las pacientes referidas por el Departamento de Consulta Externa que cumplan con los siguientes requisitos:
    - ✓ edad entre 45 y 64 años que tengan manifestaciones peri y postmenopáusicas
    - ✓ pacientes que se encuentren fuera de la época de la peri y postmenopausia y presenten:
      - a) manifestaciones de hipoestrogenismo resultante de un procedimiento quirúrgico, falla ovárica primaria o por evolución natural
      - b) falla ovárica primaria con riesgo: de densidad mineral ósea baja esperada para la edad, de fractura, alteraciones cardiovasculares y urogenitales por uso de medicamentos, causas secundarias a eventos concomitantes
  - Verificar que se lleve a cabo la capacitación continua del personal adscrito a la Coordinación de Peri y Postmenopausia, con la finalidad de brindar a las usuarias que acuden al servicio una atención de calidad.
  - Sistematizar la atención de las pacientes que acuden a la Coordinación de Peri y Postmenopausia, la cual se llevará a cabo por el/la médico/a adscrito/a, acompañado/a del médico/a residente de ginecología y obstetricia, biología de la reproducción, foráneos rotantes por convenio con otros servicios de salud, alumnos del diplomado en climaterio o posgrado en peri y postmenopausia.
  - Evaluar y analizar con base en la Norma Oficial Mexicana. NOM-035-SSA2-2012 en materia de información en salud, el padecimiento de las pacientes que acuden a la Coordinación de Peri y Postmenopausia con la finalidad de determinar los factores de riesgo en la salud que presenten, a fin de prevenir y controlar enfermedades en la peri y postmenopausia de la mujer.
  - Integrar los diagnósticos de las pacientes tomando en cuenta los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete validados por el/la responsable del área, con base en lo establecido en la Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
  - Determinar objetivos de tratamiento:
    - ✓ Pacientes sanas y asintomáticas, recomendaciones de hábitos, ejercicio, alimentación.
    - ✓ Suplementación calcio, vitamina D y antioxidantes.
    - ✓ Pacientes con síntomas neuropsíquicos y bochornos.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INPer</p>	<b>INPer-DM-MP-15</b>
	<b>Dirección Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>		<b>Hoja: 3 de 26</b>

- ✓ Candidatas a usuarias de Terapia hormonal vía oral, máximo por 10 años después de la menopausia.
  - ✓ Usuarias de terapia estrogénica, pacientes sin útero.
  - ✓ Usuarias de estrógenos y progestinas, continuán, secuencial o cíclica, pacientes con útero.
  - ✓ Usuarias de dosis convencionales por 10 años.
  - ✓ Usuarias de dosis bajas los siguientes 10 años.
  - ✓ Usuarias de terapia no hormonal, prescripción de medicamentos para, bochornos (gaba-pentina, veralipride, antidepresivos)
  - ✓ Pacientes con alteración metabólicas de glucemia y dislipidemias.
  - ✓ Terapia hormonal por vía transdermica, dos parches por semana, o crema aplicación diaria o parenteral mensual.
  - ✓ Indicaciones de metformina, estatinas o fibratos.
  - ✓ Indicaciones de ácido acetilsalicílico dosis bajas, vía oral.
  - ✓ Pacientes con hipertensión y diabetes mellitus, confirmar su control y solicitar referencia a medicina interna o endocrinología.
  - ✓ Pacientes con síndrome genitourinario.
  - ✓ Usuarias solo de terapia hormonal local.
  - ✓ Aplicación intravaginal dos veces por semana, tiempo limitado a control de síntomas durante 1 año.
- Prescribir y administrar medicamentos para pacientes con diagnóstico de osteoporosis, con base en las alternativas descritas a continuación:
    - ✓ Subcutáneo cada 6 meses (Prolia [denosumab]) se aplica en abdomen en flancos o hipogastrio.
    - ✓ Intravenoso cada 3 meses (Bomviva 3mg [ibandonatro]) se aplica durante 19 a 30 segundos por vía intravenosa con una jeringa de 3 ml.
    - ✓ Intravenoso cada año (aclasta [ácido solendrónico]) se aplica líquido en una solución salina de 10 ml durante una hora.
  - Informar a las pacientes de la Coordinación de Peri y Postmenopausia que los medicamentos indicados, los deberán adquirir en farmacia, lo traerán a una consulta solicitada en la coordinación, donde se verificarán signos vitales y clinimetría, se conformará diagnóstico y la prescripción en el expediente, será aplicado por la enfermera y supervisado por él/la médico/a.
  - Verificar la aplicación de los medicamentos específicos, ya que su ministración requiere de supervisión y atención de por personal calificado para facilitar con ello la adherencia y prevenir riesgos o eventos adversos.
  - Supervisar que los médicos adscritos y residentes bajo su cargo capturen en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a las pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar con el nombre y número de cédula profesional respectiva.
  - Resguardar, el personal adscrito a la Coordinación de Peri y Postmenopausia las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así mismo deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015.En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, verificar que el Departamento de Diagnóstico por Imagen a través del servicio de radiología, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar mastografía y ultrasonido en pacientes con nódulo mamario palpable, referidas por la Coordinación de Peri y Postmenopausia.

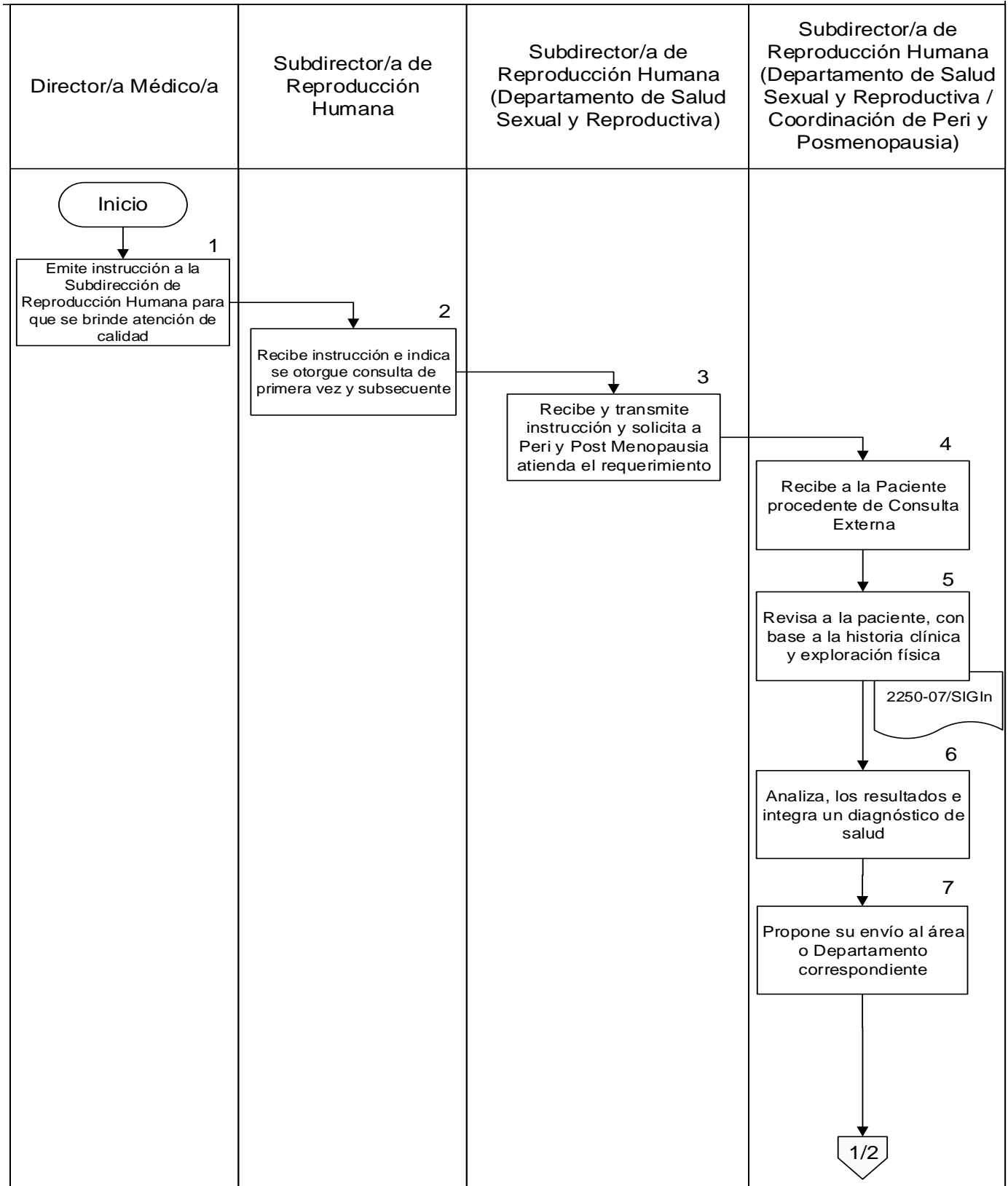
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 4 de 26</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director/a Médico/a	1	Emite instrucción a la Subdirección de Reproducción Humana para que se brinde atención médica de calidad a las pacientes de consulta de primera vez y subsecuente en la Coordinación de Peri y Postmenopausia.	
Subdirector/a de Reproducción Humana	2	Recibe instrucción e indica al Departamento de Salud Sexual y Reproductiva otorgar consulta de primera vez y subsecuente en la Coordinación de Peri y Postmenopausia.	
Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva)	3	Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Peri y Postmenopausia atienda el requerimiento.	
Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)	4	Recibe a las pacientes referidas por el Departamento de Consulta Externa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-07/SIGIn</li> <li>• 2430-54/SIGIn</li> <li>• 2410-13/SIGIn</li> <li>• 2410-04<sup>a</sup>/SIGIn</li> <li>• 2112-04</li> <li>• 2250-26</li> <li>• 2440-03</li> </ul>
	5	Revisa a la paciente, investigando factores de riesgo hacia la salud, con base en la historia clínica y exploración física.	
	6	Analiza los resultados conforme a la historia clínica y exploración física correspondiente, integra un diagnóstico de salud en Peri y Postmenopausia y determina la atención en la coordinación.	
	7	Propone su envío al área o departamento correspondiente según el tipo de padecimiento.	
	8	Propone, tratamiento, según las necesidades particulares de las pacientes, de tipo no hormonal y cambios en estilo de vida.	
	9	Solicita, estudios complementarios para diagnóstico integral de la paciente en Peri y Postmenopausia para descartar la existencia de patologías agregadas. <b>¿Procede?</b>	
	10	<b>No:</b> Refiere a la paciente a alguna Institución del Sector Salud, mediante la hoja de referencia. <b>Termina procedimiento.</b>	
	11	<b>Sí:</b> Establece con base a los resultados el tratamiento acorde a su padecimiento y otorga cita subsecuente.	



<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirección de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)	12	Recibe a la paciente en cita subsecuente y confirma adherencia al tratamiento, da continuidad cada 6 meses en consultas subsecuentes.	
	13	Solicita como método de prevención y seguimiento estudios especiales de control (química sanguínea, perfil hormonal tiroideo semestral, clinimetría semestral, así como estudios de seguridad: mastografía anual). densitometría anual y citología anual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2430-54/SIGIn</li> <li>• 2112-03</li> <li>• 2112-04</li> <li>• 2410-04A/SIGIn</li> </ul>
	14	Valora los resultados de seguimiento y con base a ellos determina acciones a seguir según corresponda.	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar biopsia de endometrio en pacientes con sangrado Post Menopausia, relacionado a la terapia hormonal.</li> <li>✓ Realizar histeroscopia e interconsulta en pacientes con ultrasonido endometrial alterado.</li> <li>✓ Realiza colposcopia e interconsulta en pacientes con citología vaginal alterada.</li> <li>✓ Prescribe medicamentos para osteoporosis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>
	15	Da seguimiento y evalúa condiciones de alta de pacientes: con función ovárica normal en etapa premenopausia que indican el periodo geriátrico, mayores de 65 años y sanas que no requieren intervención durante el periodo de Postmenopausia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2112-06</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	







Director/a Médico/a	Subdirector/a de Reproducción Humana	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva)	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)
			<pre>graph TD; 2[2] --&gt; 8[8: Indica tratamiento, según las necesidades particulares de las pacientes]; 8 --&gt; 9[9: Solicita estudios complementarios para diagnóstico integral]; 9 --&gt; D{¿Procede?}; D -- No --&gt; 10[10: Refiere a la paciente mediante hoja de referencia]; D -- Si --&gt; 11[11: Establece con base a resultados el tratamiento acorde a su padecimiento]; 10 --&gt; T((Término)); 11 --&gt; 12[12: Confirma adherencia y continuidad al tratamiento]; 12 --&gt; 23[2/3];</pre>



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección Médica**

**15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia**

**Hoja: 8 de 26**

Director/a Médico/a	Subdirector/a de Reproducción Humana	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva)	Subdirector/a de Reproducción Humana (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva / Coordinación de Peri y Postmenopausia)
			<pre>graph TD; Start([3]) --&gt; Step13[13 Solicita como método de prevención estudios especiales]; Step13 --&gt; Documents[2430-54/SIGIn, 2112-03, 2112-04, 2410-04A/SIGIn]; Documents --&gt; Step14[14 Valora los resultados de seguimiento y con base a ellos determina acciones a seguir]; Step14 --&gt; Step15[15 Da seguimiento y evalúa condiciones de alta de pacientes]; Step15 --&gt; Document211206[2112-06]; Document211206 --&gt; End([Término]);</pre>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 9 de 26</b>

## 6.0 Documentos de referencia


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Nota de Evolución"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 2250-07 / SIGIn
7.2 "Solicitud de estudios de laboratorio clínico"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2430-54/SIGIn
7.3 "Solicitud de estudios de ultrasonido adultos"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2410-13/SIGIn
7.4 "Solicitud de estudios de radiología adultos"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2410-04A/SIGIn
7.5 "Solicitud de estudios citológicos"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2112-04
7.6 "Hoja de referencia (paciente ginecológica)"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 2250-26
7.7 "Cita subsecuente"	NP	Paciente	2440-03
7.8 "Solicitud de estudios de climaterio"	NP	Servicios Auxiliares de Diagnóstico	2112-03
7.9 Resumen clínico	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5 / 2112-06

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Menopausia:** La menopausia es un término médico que designa la fecha de la última menstruación de una mujer y se puede clasificar en inducida, natural, prematura y tardía.
- 8.2 **Osteoporosis:** Enfermedad esquelética sistémica, caracterizada por la disminución de la masa ósea y el deterioro de la micro arquitectura.
- 8.3 **Premenopausia:** Totalidad del periodo reproductivo hasta la última menstruación.
- 8.4 **Postmenopausia:** Etapa iniciada a partir del último periodo menstrual, ya sea por menopausia inducida o natural.
- 8.5 **Peri y postmenopausia:** etapa que inicia con retrasos menstruales de más de una semana, hasta los 65 años de edad.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 10 de 26</b>

## 9.0 Cambios de esta versión


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1	Nota de Evolución	(2250-07/SIGIn)
10.2	Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico	(2430-54/SIGIn)
10.3	Solicitud de Estudios de Ultrasonido Adultos	(2410-13/SIGIn)
10.4	Solicitud de Estudios de Radiología Adultos	(2410-04 <sup>A</sup> /SIGIn)
10.5	Solicitud de Estudios Citológicos	(2112-04)
10.6	Hoja de referencia (paciente ginecológica)	(2250-26)
10.7	Cita subsecuente	(2440-03)
10.8	Solicitud de Estudio de Climaterio	(2112-03)
10.9	Resumen Clínico	(2112-06)





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 13 de 26</b>

## 10.1 Nota de Evolución

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes

## 10.2 Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS  
 AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
 DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL  
**SOLICITUD DE LABORATORIO CLÍNICO**



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

Expediente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ semanas

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Médico/a solicitante: \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Servicio solicitante: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

<b>B I O Q U Í M I C A</b>		
2401 <input type="checkbox"/> Glucosa	2416 <input type="checkbox"/> Lactato Deshidrogenasa	2446 <input type="checkbox"/> Cistatina C **
2402 <input type="checkbox"/> Urea	2417 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina	2447 <input type="checkbox"/> Albúmina en Orina
2403 <input type="checkbox"/> Creatinina	2419 <input type="checkbox"/> Bilirrubinas	2426 <input type="checkbox"/> Urea Urinaria
2404 <input type="checkbox"/> Ácido Úrico	2420 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 60 min.	2427 <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria
2405 <input type="checkbox"/> Colesterol	2422 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 120 min.	2429 <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina
2428 <input type="checkbox"/> Triglicéridos	2423 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs.	<input type="checkbox"/> ( Orina de 24 hrs. y Suero )
2433 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Alta Dens.	( NO embarazo, 2 tomas de sangre )	2430 <input type="checkbox"/> Electrol. Urinarios ( Na, K, Cl )
2434 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Baja Dens.	2448 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min. c / 75 grs.	2436 <input type="checkbox"/> Calcio Urinario
2406 <input type="checkbox"/> Proteínas	( Embarazo, 3 tomas de sangre )	2437 <input type="checkbox"/> Proteínas Urinarias
2407 <input type="checkbox"/> Albúmina	2431 <input type="checkbox"/> Fósforo	9930 <input type="checkbox"/> Perfil Hemodiálisis
2408 <input type="checkbox"/> Electrolitos ( Na, K, Cl )	2432 <input type="checkbox"/> Calcio Iónico	( Glucosa, Urea, Creatinina,
2412 <input type="checkbox"/> Calcio	2441 <input type="checkbox"/> Gamma Glutamil transferasa ( GGT )	Acido Úrico, Albúmina, Na, K, Cl )
2413 <input type="checkbox"/> Magnesio	2456 <input type="checkbox"/> Amilasa **	
2414 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Oxalacética	2457 <input type="checkbox"/> Lipasa **	
2415 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Pirúvica	2445 <input type="checkbox"/> Ácidos Biliares **	

<b>H E M A T O L O G Í A</b>		
2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa	2628 <input type="checkbox"/> Hemo. Fetal APT ( cualitativa )	2632 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VIII
2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos	2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa	2633 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. IX
2613 <input type="checkbox"/> Médula ósea	2640 <input type="checkbox"/> Dimeros D	2634 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. XI
2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular		2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica
2615 <input type="checkbox"/> Tiempo de Sangrado ( I V Y )		2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina
2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación ( TP Y TTP )		2645 <input type="checkbox"/> Proteína C
2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno		2646 <input type="checkbox"/> Proteína S
2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúpico		
2621 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina		
2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III		
	<b>ESTUDIO ESPECIALES</b> (Autorización del Hematólogo)	
	2624 <input type="checkbox"/> Corrección con plasma	
	2629 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. V	
	2630 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. VII	
	2631 <input type="checkbox"/> Fact. de Coag. X	

<b>L Í Q U I D O S B I O L Ó G I C O S</b>		
2501 <input type="checkbox"/> Examen General de Orina	2514 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Pool Vaginal	2512 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. de Ascitis
2505 <input type="checkbox"/> Cristalografía	2504 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pericárdico	2513 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Peritoneal
2503 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar Fetal (Líquido Amniótico)	2510 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pleural	2502 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Cefalorraq.

<b>M A R C A D O S T U M O R A L E S</b>		
2450 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 15-3	2453 <input type="checkbox"/> CEA Carcinoembrinario	2442 <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático
2451 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 125	2454 <input type="checkbox"/> Antígeno Ca 19-9	2443 <input type="checkbox"/> Fracción libre de Antígeno Prostático
2452 <input type="checkbox"/> AFP Alfafetoproteínas	1509 <input type="checkbox"/> HCG	

\*\* NO DISPONIBLES

2430-54





### 10.2 Solicitud de Estudios de Laboratorio Clínico

<b>B A N C O D E S A N G R E</b>					
2701	<input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo	2706	<input type="checkbox"/> Título de Anticuerpos	2711	<input type="checkbox"/> Gamma Globulina Anti-D
2702	<input type="checkbox"/> Coombs Directo	2707	<input type="checkbox"/> Fenotipo Rh- Hr	2712	<input type="checkbox"/> Pruebas de Hemocompatibilidad
2703	<input type="checkbox"/> Anticuerpos Irregulares	2708	<input type="checkbox"/> Otros Fenotipos	2713	<input type="checkbox"/> Servicio de Transfusión
2704	<input type="checkbox"/> Anti A Inmune	2709	<input type="checkbox"/> Eluidio		
2705	<input type="checkbox"/> Anti B Inmune	2710	<input type="checkbox"/> Absorción		

<b>I N M U N O L O G Í A</b>					
2102	<input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Hum. ( orina )	2118	<input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H	2140	<input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B
2103	<input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG	2119	<input type="checkbox"/> Antic. Contra V.I.H. ( Confirmat )	2141	<input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B
2104	<input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM	2120	<input type="checkbox"/> Huddlesson	2142	<input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B 19 IgG
2105	<input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA	2122	<input type="checkbox"/> Proteína C Reactiva	2143	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgG
2106	<input type="checkbox"/> Fracción 4 del Complemento	2124	<input type="checkbox"/> Widal O	2145	<input type="checkbox"/> Antic. contra Herpes IgM
2107	<input type="checkbox"/> Fracción 3 del Complemento	2125	<input type="checkbox"/> Widal H	2147	<input type="checkbox"/> Antic. contra Parvovirus B19 IgM
2108	<input type="checkbox"/> Factor Reumatoide	2126	<input type="checkbox"/> Paratífico A	2148	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Epstein Barr IgM
2109	<input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG	2127	<input type="checkbox"/> Paratífico B	2149	<input type="checkbox"/> Antic. contra HCV ( confirmatoria )
2110	<input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM	2128	<input type="checkbox"/> Weil Felix	2150	<input type="checkbox"/> Subpoblaciones CD4 / CD8
2111	<input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG	2129	<input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas	2151	<input type="checkbox"/> Ac vs HAV IgG
2112	<input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM	2133	<input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cualitativo )	2152	<input type="checkbox"/> Ac vs AgE de HBV
2113	<input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG	2135	<input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM	2153	<input type="checkbox"/> Ac vs Core IgG HBV
2114	<input type="checkbox"/> V.D.R.L ( Cuantitativo )	2136	<input type="checkbox"/> Antic. contra Ags HB		
2116	<input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteinas	2137	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis A IgM		
2117	<input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis B	2138	<input type="checkbox"/> Antic. contra Virus Hepatitis C		

<b>E N D O C R I N O L O G Í A</b>					
2001	<input type="checkbox"/> Hormona Luteinizante	2009	<input type="checkbox"/> Tirotopina ( TSH)	2007	<input type="checkbox"/> 17 Alfa Hidroxiprogesterona
2002	<input type="checkbox"/> Hormona Foliculoestimulante	2015	<input type="checkbox"/> Tiroxina libre	2010	<input type="checkbox"/> Testosterona total
2003	<input type="checkbox"/> Estradiol	2018	<input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroglobulina	2022	<input type="checkbox"/> SHBG
2004	<input type="checkbox"/> Progesterona	2019	<input type="checkbox"/> Anticuerpos antitiroperoxidasa	7005	<input type="checkbox"/> Hormona Antimülleriana**
2005	<input type="checkbox"/> Prolactina	2011	<input type="checkbox"/> Insulina	2017	<input type="checkbox"/> Anticuerpos anticardiolipina
2006	<input type="checkbox"/> Sub. U. Beta de Gonad. Coriónica	2020	<input type="checkbox"/> Hemoglobina Glucosilada	2023	<input type="checkbox"/> Parathormona
2016	<input type="checkbox"/> Cortisol	2012	<input type="checkbox"/> DHEA-S		
2008	<input type="checkbox"/> Triyodotironina total	2013	<input type="checkbox"/> Androstenediona		

**\*\* NO DISPONIBLES**

**ANTES DE PASAR A LABORATORIO CENTRAL, FAVOR DE AGENDAR SU SIGUIENTE CITA CON SU MÉDICO/A TRATANTE**

### 10.3 Solicitud de Estudios de Ultrasonido Adultos



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
 DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN



#### ULTRASONIDO ADULTOS

5001 <input type="checkbox"/> U. S. OBSTÉTRICO	5016 <input type="checkbox"/> U. S. UNA REGIÓN	5020 <input type="checkbox"/> U. S. ESFÍNTER ANAL
5002 <input type="checkbox"/> U. S. GINECOLÓGICO	5006 <input type="checkbox"/> U. S. SEGUIMIENTO FOLICULAR	5021 <input type="checkbox"/> U. S. DOPPLER
5007 <input type="checkbox"/> U. S. MAMA	5009 <input type="checkbox"/> BIOPSIA DIRIGIDA POR U. S.	5022 <input type="checkbox"/> U. S. DOPPLER EXTREMIDADES INFERIORES
5008 <input type="checkbox"/> U. S. ABDOMEN	5010 <input type="checkbox"/> DRENAJE PERCUTANEO POR U. S.	
5012 <input type="checkbox"/> U. S. VASCULAR	5011 <input type="checkbox"/> SONOHISTEROGRAFÍA	
5013 <input type="checkbox"/> U. S. TESTICULAR	5017 <input type="checkbox"/> U. S. RENAL	
5014 <input type="checkbox"/> U. S. PRÓSTATA T. R.	5018 <input type="checkbox"/> U. S. HÍGADO Y VESÍCULA BILIAR	
5015 <input type="checkbox"/> U. S. TIROIDES	5019 <input type="checkbox"/> U. S. PISO PÉLVICO	

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA A C E \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_

FECHA PROG. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FAVOR DE ANOTAR AL REVERSO, LOS DATOS CLÍNICOS

CÓDIGO	FECHA

**2410-13**

Montes Urales N° 800      Lomas Virreyes      Ciudad de México      C.P.11000      Licencia Sanitaria N° 1011011039

EDAD \_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

EDAD GEST. \_\_\_\_ SEMANAS

GESTAS \_\_\_\_ PARAS \_\_\_\_

CESÁREAS \_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES \_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS ASOCIADOS \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES PERTINENTES \_\_\_\_\_

N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

TIPO DE ESTUDIO: URGENTE       1ª VEZ       SUBSEC.

FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL/LA MÉDICO/A QUE SOLICITA \_\_\_\_\_

**SI EL/LA PACIENTE TIENE ESTUDIOS PREVIOS, IGUALES A LOS SOLICITADOS, FAVOR DE PRESENTARLOS PARA SU COMPARACIÓN**



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección Médica**

**15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia**

**Hoja: 17 de 26**

**10.4 Solicitud de Estudios de Radiología Adultos**



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO



**RADIOLOGÍA ADULTOS**

<b>ESTUDIOS SIMPLES</b>	3238 <input type="checkbox"/> Columna Cervical Ap y Lat.(2)	3226 <input type="checkbox"/> Urografía Excretora
3201 <input type="checkbox"/> Cráneo en A. P.	3239 <input type="checkbox"/> Columna Cervical Din. (2)	3227 <input type="checkbox"/> Cistografía Retrograda
3202 <input type="checkbox"/> Cráneo en Lat.	3240 <input type="checkbox"/> Columna Dorsal A.P y Lat. (2)	3229 <input type="checkbox"/> Histerosalpingografía
3203 <input type="checkbox"/> Cráneo en townie	3241 <input type="checkbox"/> Columna Lumbar Ap y Lat. (2)	3251 <input type="checkbox"/> Fistulografía
3204 <input type="checkbox"/> Senos paranasales (3)	3242 <input type="checkbox"/> Columna Lumbar Din (2)	3252 <input type="checkbox"/> Vaginograma / Genitograma
3205 <input type="checkbox"/> Pelvis en A. P.	3243 <input type="checkbox"/> Columna Coccix Ap y Lat. (2)	
3209 <input type="checkbox"/> Columna Cervical en Oblicua (2)	3244 <input type="checkbox"/> Tórax Oseo (Ap y Obl.) (2)	<b>ESTUDIOS ESPECIALES</b>
3216 <input type="checkbox"/> Tórax en A. P.	3245 <input type="checkbox"/> Medición Miembros Inferiores	3232 <input type="checkbox"/> Mastografía
3217 <input type="checkbox"/> Tórax en Lateral	3246 <input type="checkbox"/> Manos Comparativa	3254 <input type="checkbox"/> Biopsia Mama por Estereotaxia
3219 <input type="checkbox"/> Simple de Abdomen (de Pie)	3247 <input type="checkbox"/> Edad Osea (4)	3255 <input type="checkbox"/> Marcaje Mama por Estereotaxia.
3225 <input type="checkbox"/> Serie Cardíaca (3)	3248 <input type="checkbox"/> Extremidad Ap y Lat. (2)	3256 <input type="checkbox"/> Angiografía
3231 <input type="checkbox"/> Silla Turca (TELE)	3249 <input type="checkbox"/> Proyección Adicional	3257 <input type="checkbox"/> Embolización por Angiograf.
3234 <input type="checkbox"/> Cuello Lateral (Adenoides)	<b>ESTUDIOS CONTRASTADOS</b>	3258 <input type="checkbox"/> Perm. Tub. B. Control Fluor.
3235 <input type="checkbox"/> Waters	3221 <input type="checkbox"/> Serie Esofagogastroduodenal	3259 <input type="checkbox"/> Defecografía
3236 <input type="checkbox"/> Tórax Pa (Tele)	3250 <input type="checkbox"/> Tránsito Intestinal	3260 <input type="checkbox"/> Galactografía
3237 <input type="checkbox"/> Simple de Abdomen	3222 <input type="checkbox"/> Colon por Enema	

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_

PRÓXIMA CITA A C E \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_

FECHA PROG. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CÓDIGO	FECHA

**2410-04A**

EDAD \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_

EDAD GEST. \_\_\_\_\_ SEMANAS

GESTAS \_\_\_\_\_ PARAS \_\_\_\_\_

CESÁREAS \_\_\_\_\_ ABORTOS \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES \_\_\_\_\_

PADECIMIENTOS ASOCIADOS \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES PACIENTES \_\_\_\_\_

N° DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

TIPO DE ESTUDIO: URGENTE                      1ª VEZ                      SUBSEC.

FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RESULTADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL/A MÉDICO/A QUE SOLICITA \_\_\_\_\_

**SI EL/LA PACIENTE TIENE ESTUDIOS PREVIOS, IGUALES A LOS SOLICITADOS, FAVOR DE PRESENTARLOS PARA SU COMPARACIÓN**

Montes Urales N° 800



Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP.11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

## 10.5 Solicitud de Estudios Citológicos


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN MÉDICA</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE REPRODUCCIÓN HUMANA</b> <b>DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b> <b>COORDINACIÓN DE PERI Y POST MENOPAUSIA</b>	 <small>INPer</small>								
PATOLOGÍA: ESTUDIO CITOLÓGICO N° _____										
<b>1.- DATOS DE LA PACIENTE:</b>										
Nombre: _____		Fecha de Nacimiento: _____								
Expediente: _____		Edad: _____								
Citología		a) Primera Vez      b) Subsecuente								
<b>2.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:</b>										
a) Gestaciones: _____ Partos: _____ Cesáreas: _____ Abortos: _____ Ciclo Menstrual: _____ Embarazo Actual (SI) (NO)										
b) Puerperio/Post-aborto (SI) (NO) Menopausia/Menarca (SI) (NO) Terapia hormonal: _____										
c) DIU (SI) (NO) Histerectomía (SI) (NO) Motivo: _____										
Especificar: _____										
<b>3.- F.U.M.      Día      Mes      Año      FECHA DE TOMA      Día      Mes      Año</b>										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<b>4.- FACTORES DE RIESGO, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y SÍNTOMAS:</b>										
a) Inicio de vida sexual antes de los 18 años      e) Infección de transmisión sexual (especifique): _____										
b) Parejas sexuales      f) Inmunodeficiencia.      i) Prueba VPH (DNA) positiva.										
c) Tabaquismo      g) Radioterapia      j) Biopsia previa: _____										
d) Citología previa: _____      h) Quimioterapia      k) Síntomas _____										
<b>5.- EXPLORACIÓN FÍSICA:</b>										
a) Cuello aparentemente sano      d) Cervicitis      g) Tumor en canal cervical      j) Atrofia ( ) / + + + +										
b) Cuello anormal      e) Leucorrea      h) No se observa cuello										
c) Erosión del cuello      f) Sangrado anormal      i) Cúpula vaginal										
<b>6.- UTENSILIO DE TOMA DE LA MUESTRA:</b>										
a) Espátula de Ayre modificada.      b) Citobrush      c) Hisopo      d) Cervex										
Responsable de la toma: _____										
<b>7.- DATOS DE COLPOSCOPIA:</b>										
- Motivo de referencia a Colposcopia: _____										
- Colposcopia satisfactoria: _____										
- Radio en el que se encuentra( n ) la( s ) lesión( es ): _____										
- Diagnóstico colposcópico: _____										
- Biopsia (SI) (NO) Fecha: _____										
Médico/a Responsable del estudio colposcópico: _____										
<b>8.- INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA:</b>										
a) Citología convencional      b) Citología base líquida										
- Calidad de la muestra: a) Muestra adecuada      b) Muestra Inadecuada										
- Elementos de la zona de Transformación/Endocervix: a) Presente      b) Ausente										
- Categoría General a) Negativo para lesión intraepitelial o malignidad      b) Anomalías de células epiteliales: 1) Escamosas      2) Glandulares										
<b>9.- MICROORGANISMOS:</b>										
1) Trichomonas vaginalis      4) Cambios compatibles con Herpes										
2) Elementos micóticos morfológicamente compatibles con candida      5) Bacterias de característica morfológicamente compatibles con Actinomyces.										
3) Cambios de la flora vaginal sugerentes de vaginosis bacteriana										
<b>10.- INTERPRETACIÓN / RESULTADO:</b>										
1) Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado      5) Células escamosas atípicas descartar lesión de alto grado (ASC-H)										
2) Lesión escamosa intraepitelial de alto grado      6) Células glandulares atípicas (AGC)										
3) Carcinoma escamoso      7) Adenocarcinoma										
4) Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)      8) Índice de maduración hormonal _____										
9) Otros _____										
<b>11.- OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS:</b>										
1) Cambios celulares reactivos asociados a inflamación      4) Atrofia										
2) Cambios celulares asociados a radiación      5) Células endometriales en mujeres mayores a 40 años										
3) Cambios celulares asociados a DIU										
<b>12.- NOTAS ACLARATORIAS:</b> _____										
<b>13.- CITOTECNÓLOGO/A RESPONSABLE:</b> _____										
<b>14.- CONTROL DE CALIDAD MÉDICO/A RESPONSABLE:</b> _____										



### 10.5 Solicitud de Estudios Citológicos

<b>ÍNDICE DE MADURACIÓN HORMONAL</b>		
<b>PARABASALES</b>	_____ %	<b>(0)</b>
<b>INTERMEDIAS</b>	_____ %	<b>(1/2)</b>
<b>SUPERFICIALES</b>	_____ %	<b>(1)</b>
<b>CANTIDAD DE LEUCOCITOS</b>		
<b>+ / +++</b>	<b>++ / +++</b>	<b>+++ / +++</b>
<b>IMH: _____ %</b>		

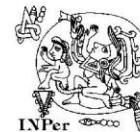


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 20 de 26</b>

### 10.6 Hoja de referencia (paciente ginecológica)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
 DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS  
**HOJA DE REFERENCIA (Paciente Ginecológica)**




NOMBRE DE LA PACIENTE: _____	N° EXPEDIENTE: _____
FECHA: _____ HORA: _____	EDAD: _____ AÑOS
SERVICIO QUE SOLICITA: _____	FECHA DE INGRESO: _____
URGENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA A LA QUE SE ENVÍA: _____	

ENVIADA DE: _____
MOTIVO DE LA CONSULTA: _____
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: _____
ALERGIAS: _____ TRANSFUSIONALES: _____
GESTA: _____ PARA: _____ ABORTO: _____ CESÁREA: _____ FUR: _____ FPP: _____
PESO: _____ TALLA: _____ T.A.: _____ F.C.: _____ F.R.: _____ TEMP: _____
PADECIMIENTO ACTUAL: _____
EXPLORACIÓN FÍSICA: _____
DIAGNÓSTICO: _____
RECOMENDACIONES: _____
AUTORIZA
MÉDICO/A QUE SOLICITA EL TRASLADO <span style="float: right;">FIRMA DE LA PACIENTE</span>
QUIÉN ACEPTA EL TRASLADO
NOMBRE COMPLETO

ORIGINAL

COPIA AL EXPEDIENTE

2250-26

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección Médica	
	15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia	Hoja: 21 de 26

## 10.6 Hoja de referencia (paciente ginecológica)

### HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Nombre de la paciente: _____ N° de Registro Hospitalario: _____
--

#### INFORME DE EL/LA MÉDICO/A O DEL SERVICIO CONSULTADO


<b>DIAGNÓSTICOS PROBABLES O COMPROBADOS</b>

<b>RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA O DATOS PRINCIPALES</b>

<b>TRATAMIENTO INSTITUIDO</b>

<b>RECOMENDACIONES</b>

<b>PERSONAL MÉDICO CONSULTADO</b>	<b>Vo. Bo.</b>
<b>NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA</b>	<b>NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección Médica	
	15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia	Hoja: 22 de 26

## 10.7 Cita subsecuente



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES



### CONSULTA EXTERNA, CITAS SUBSECUENTES

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_ (1)

EXPEDIENTE NÚMERO: \_\_\_\_\_ (2)

EL DÍA: \_\_\_\_\_ (3)

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_ (4)

**2440-03**

PESO \_\_\_\_\_ (5)      ENFERMERA \_\_\_\_\_ (9)

TEMP. \_\_\_\_\_ (6)      \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_      FECHA \_\_\_\_\_ (10)

F.C. \_\_\_\_\_      HORA \_\_\_\_\_


T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_ (7)

TIRA REAC. \_\_\_\_\_ (8)

\_\_\_\_\_



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 23 de 26</b>


## 10.7 Cita subsecuente

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### CITAS SUBSECUENTES

2440-03

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FAVOR DE DAR CITA A	El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s)
2	EXPEDIENTE NÚMERO	El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet.
3	EL DÍA	El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA).
4	MÉDICO/A	El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente.
5	SOMATOMETRÍA	El peso en kilogramos de la paciente
6	SIGNOS VITALES	Temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, tensión arterial
7	EDEMA	Si existe presencia de edema (hinchazón)
8	PROCEDIMIENTO	Determinación de tira reactiva en orina (en su caso)
9	ENFERMERA	Nombre completo de la enfermera
10	FECHA, HORA	Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 24 de 26</b>

## 10.8 Solicitud de Estudio de Climaterio



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE REPRODUCCIÓN HUMANA  
COORDINACIÓN DE PERI Y POST MENOPAUSIA



### SOLICITUD DE ESTUDIOS CLIMATERIO


NOMBRE: \_\_\_\_\_ (1) EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_ (2)

CLAVE	ESTUDIO
3004	Fotodensitometría

FECHA PROPUESTA: \_\_\_\_\_ (3) TIPO DE ESTUDIO: \_\_\_\_\_ (4)  
 DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_ (5) SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ (6)  
 N° PROTOCOLO: \_\_\_\_\_ (7) NOMBRE: \_\_\_\_\_ (8)  
 MÉDICO/A SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ (9) CLAVE: \_\_\_\_\_

**2112-03**

Montes Urales N° 800    Lomas Virreyes    Ciudad de México    CP.11000    Licencia Sanitaria N° 1011011039

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección Médica</b>	
	<b>15.- Atención de consulta de primera vez y subsecuente en la coordinación de peri y postmenopausia</b>	<b>Hoja: 25 de 26</b>

## 10.8 Solicitud de Estudio de Climaterio

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “SOLICITUD DE ESTUDIOS DE CLIMATERIO”

2112-03

Nº	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, EXPEDIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD	Nombre completo de la paciente, número de expediente, fecha de nacimiento y edad
2	FECHA DE SOLICITUD	La fecha de la requisición del formato.
3	FECHA DE PROPUESTA	Fecha propuesta para el estudio
4	TIPO DE ESTUDIO	Especificar el tipo de estudio a realizar
5	DIAGNÓSTICO	Confirmar el diagnóstico de la paciente
6	SERVICIO SOLICITANTE	Nombre del área o servicio que solicita el estudio
7	Nº PROTOCOLO	Especificar el número de protocolo
8	NOMBRE	Nombre del protocolo
9	MÉDICO/A, SOLICITANTE, CLAVE	Nombre completo del médico/a solicitante y número de clave

## 10.9 Resumen Clínico



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN MÉDICA  
 SUBDIRECCIÓN DE REPRODUCCIÓN HUMANA  
 DEPARTAMENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA  
 COORDINACIÓN DE PERI Y POSTMENOPAUSIA



### RESUMEN CLÍNICO

CIUDAD DE MÉXICO, A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20\_\_\_\_

A QUIEN CORRESPONDA:

LA PACIENTE \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE N° \_\_\_\_\_

HA SIDO ATENDIDA EN ESTA INSTITUCIÓN DESDE EL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ LA VISITA MÁS RECIENTE OCURRIÓ EL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

COMO RESULTADO DE SU ESTUDIO SE HAN ESTABLECIDO LOS SIGUIENTES DIAGNÓSTICOS: AÑO


DURANTE ESTE LAPSO SE LE HAN PRACTICADO LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA INSTITUCIÓN: AÑO


REPORTE DE PRIMERA DENSITOMETRÍA:

	L1-L4	Cuello	Cadera total	Antebrazo 1/3	Lateral N° de Fracturas	Fecha
T- score						
g/cm <sup>2</sup>						

REPORTE DE ÚLTIMA DENSITOMETRÍA:

	L1-L4	Cuello	Cadera total	Antebrazo 1/3	Lateral N° de Fracturas	Fecha
T- score						
g/cm <sup>2</sup>						

LOS PROBLEMAS PENDIENTES DE RESOLUCIÓN (O CONTROL) PRESENTES EN SU ÚLTIMA CONSULTA FUERON LOS SIGUIENTES:


LAS RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO ULTERIOR SON LAS SIGUIENTES:


ELABORÓ RESUMEN DOCTOR/A: \_\_\_\_\_ CÉDULA DE ESPECIALISTA: \_\_\_\_\_

**2112-06**



**Montes Urales N° 800**

**Lomas Virreyes**



**Ciudad de México**

**CP.11000**

**Licencia Sanitaria N° 1011011039**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-16</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

## 16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DI-MP-16</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1.0 Propósito


- 1.1 Establecer la normatividad a seguir para el desarrollo de Protocolos de Investigación en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, dentro del campo de las enfermedades infecciosas e inmunológicas, así como su asociación con la medicina perinatal y reproductiva.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación y a la Subdirección de Investigación Clínica, ya que llevan a cabo el desarrollo de los protocolos de investigación.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades responsables de la Secretaría de Salud y otras instituciones que deseen participar en eventos médicos en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.


## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, verificar que la Subdirección de Investigación Clínica, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Desarrollar proyectos de investigación que cumplan con la normatividad nacional e internacional establecida en cuanto a la elaboración y desarrollo de los mismos, los cuales deberán ser autorizados previamente por la Dirección de Investigación.
  - Observar cumplimiento de las actividades de registro de el/los protocolo/s de investigación ante la Dirección de Investigación, así como a las observaciones de las Comisiones de Investigación y Ética en Investigación.
  - Verificar que se entregue en tiempo y forma los informes técnicos, periódicos y reporte técnico final del proyecto de investigación, de acuerdo a las disposiciones y normativas con apego irrestricto a las normas bioéticas nacionales, referentes internacionales y de buenas prácticas en investigación clínica, así como a la Norma Técnica 313, para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de atención a la salud.
  - Proporcionar los elementos presupuestales para el desarrollo de los protocolos, difusión y publicación de resultados así como apoyar los trámites para la obtención de recursos financieros externos al instituto.
  - Vigilar el buen uso de los recursos institucionales en apoyo a la investigación clínica para asegurar el máximo aprovechamiento en beneficio de la salud.
  - Cumplir con los indicadores de productividad institucional que permitan tener un marco de referencia para las actividades de investigación clínica desarrolladas.
  - Determinar que los responsables de las investigaciones generadas, sean los investigadores principales designados en los protocolos de investigación.
  - Supervisar la inclusión de la totalidad del personal participante en los protocolos de investigación (instituciones, investigadores, colaboradores, etc.).
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, verificar que la Subdirección de Investigación Clínica (Investigadores), cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Difundir sus investigaciones en forma de artículo científico, representación en eventos académicos o cualquier otro medio que cumpla con su objetivo.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación</b>	<b>Hoja: 3 de 10</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director/a de Investigación	1	Emite líneas prioritarias de investigación, estableciendo la normatividad institucional para su desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Líneas prioritarias de investigación</li> </ul>
	2	Solicita a la Subdirección de Investigación Clínica la presentación de proyectos de investigación	
Subdirector/a de Investigación Clínica	3	Recibe instrucción e información y solicita a los/las investigadores/as elaborar proyecto de investigación, con base en la normatividad establecida.	
Subdirector/a de Investigación Clínica (Investigadores)	4	Recibe líneas prioritarias de investigación, así como la normatividad institucional para el desarrollo de el/los tema/s de interés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de investigación</li> </ul>
	5	Elige tema para proyecto de investigación, con base en las líneas prioritarias establecidas por la Dirección de Investigación.	
	6	Elabora proyecto de investigación y prepara el documento para su revisión.	
	7	Revisa el proyecto de investigación en conjunto: con el investigador titular y colaboradores para establecer acuerdos, de ser necesario se modifica el documento. <b>¿Procede?</b>	
	8	<b>No:</b> realiza correcciones para volver a someterlo a revisión. <b>Regresa a la Actividad No. 7</b>	
	9	<b>Sí:</b> Firma el investigador titular y sus colaboradores el proyecto de investigación. <b>Continúa Procedimiento</b>	
	10	Envía el proyecto de investigación a la Subdirección de Investigación Clínica para su validación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de investigación</li> </ul>
Subdirector/a de Investigación Clínica	11	Recibe proyecto de investigación y analiza para su validación. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyecto de investigación</li> </ul>
	12	<b>No:</b> Solicita modificaciones y remite al investigador para su corrección. <b>Regresa a la Actividad No. 7</b>	

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación	Hoja: 4 de 10

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Subdirector/a de Investigación Clínica	13	<p><b>Sí:</b> Envía proyecto de investigación a la Dirección de Investigación para su autorización.</p> <p><b>Continúa Procedimiento</b></p>	
Director/a de Investigación	14	<p>Recibe proyecto de investigación y lo envía al Comité de Investigación para su aprobación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proyecto de investigación</li> </ul>
Comité de Investigación	15	<p>Recibe proyecto y lo somete a evaluación el documento.</p> <p><b>¿Procede?</b></p>	
	16	<p><b>No:</b> Emite observaciones para su modificación.</p> <p><b>Regresa a la Actividad No. 7</b></p>	
	17	<p><b>Sí:</b> Envía proyecto de investigación al Comité de Ética en Investigación para obtener dictamen.</p> <p><b>Continúa Procedimiento</b></p>	
Comité de Ética en Investigación	18	<p>Recibe proyecto de investigación y somete ante el cuerpo colegiado el documento.</p> <p><b>¿Procede?</b></p>	
	19	<p><b>No:</b> emite observaciones para realizar correcciones o emite dictamen de rechazo definitivo (según corresponda).</p> <p><b>Regresa a la Actividad No. 7 / Termina Procedimiento</b></p>	
	20	<p><b>Sí:</b> emite dictamen aprobatorio.</p> <p><b>Continúa Procedimiento</b></p>	
	21	<p>Notifica la decisión a la Dirección de Investigación para continuar con las gestiones correspondientes.</p>	
Director/a de Investigación	22	<p>Recibe notificación y tramita ante la Dirección General la emisión del oficio mediante el cual aprueban el protocolo de investigación.</p>	
	23	<p>Envía aprobación a la Subdirección de Investigación Clínica para iniciar gestiones para la liberación de los recursos presupuestales del protocolo de investigación.</p>	





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

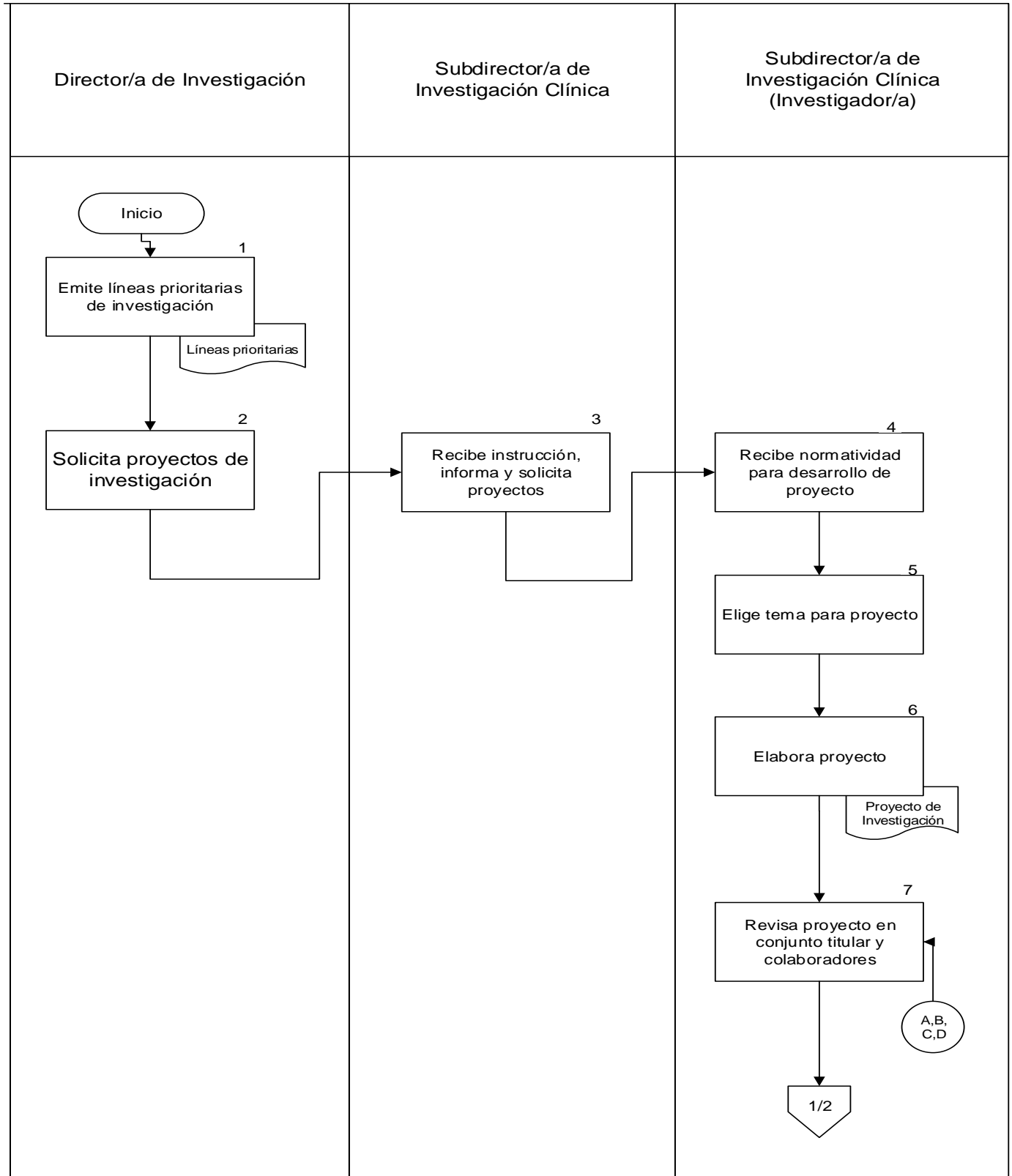
**Dirección de Investigación**

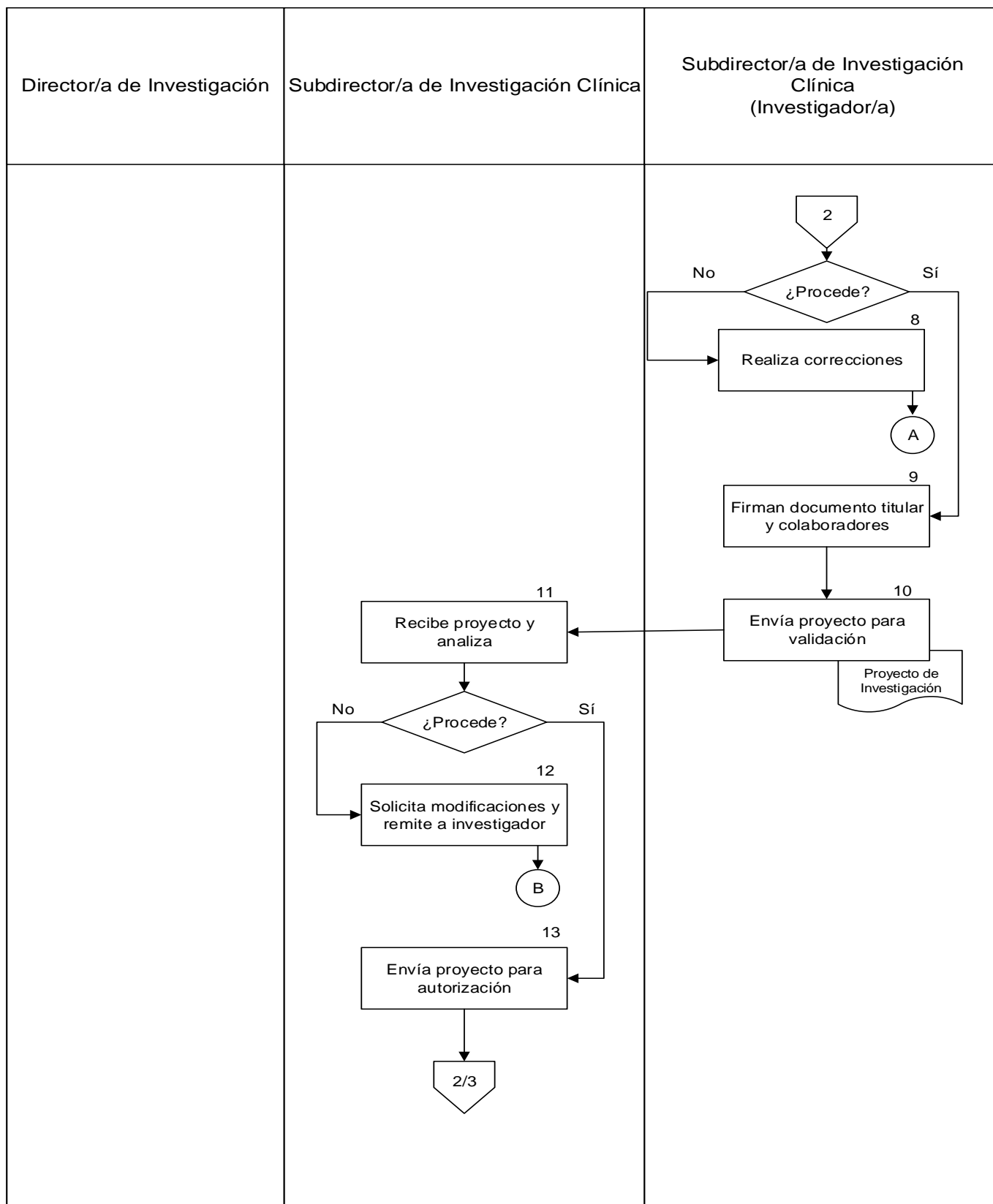
**16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación**

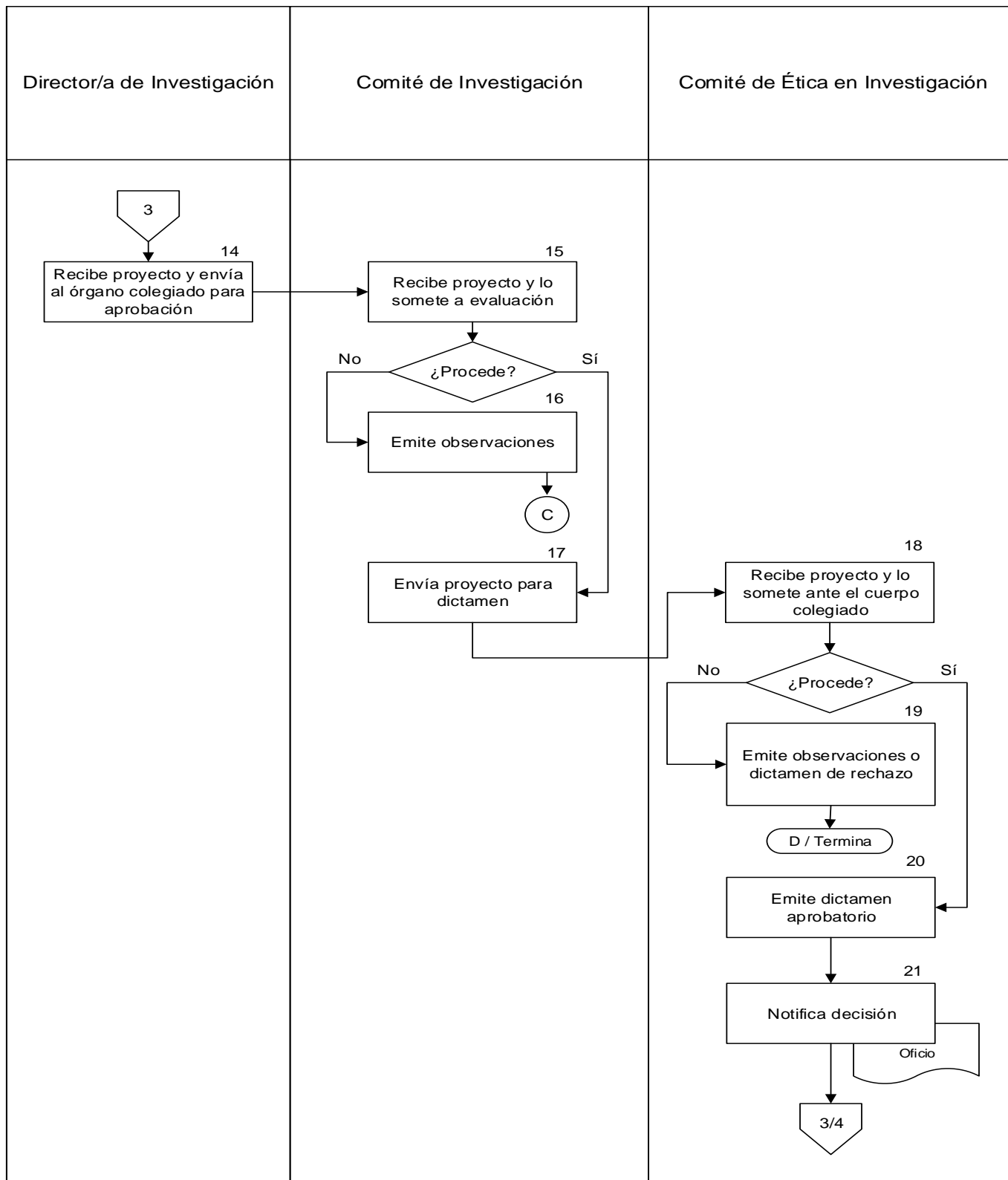
**Hoja: 5 de 10**

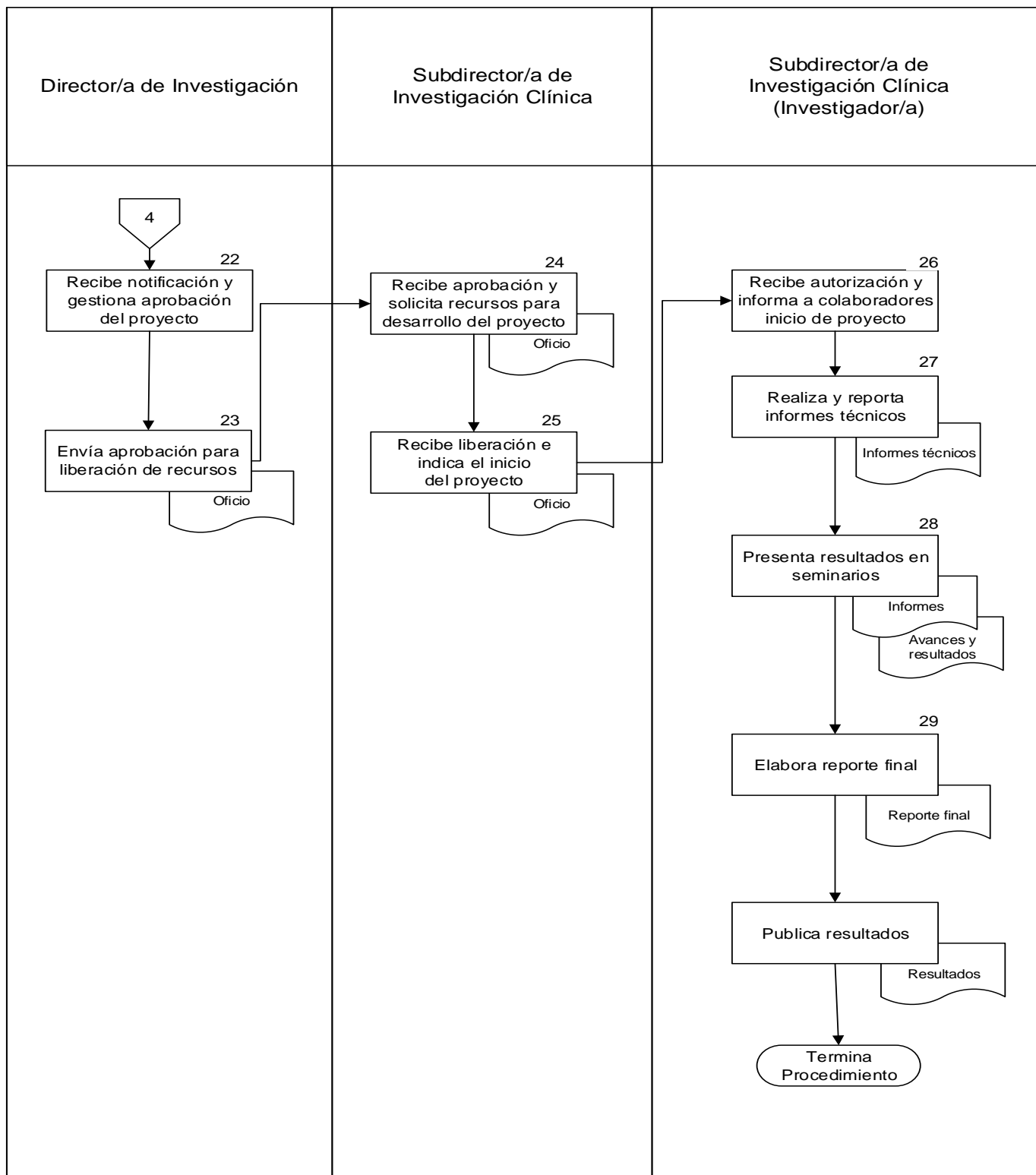
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector/a de Investigación Clínica	24	Recibe oficio aprobatorio y solicita a la Dirección de Investigación apoyo para la obtención de los recursos presupuestales para el desarrollo del protocolo de investigación.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oficio de solicitud</li></ul>
	25	Recibe liberación de recursos e indica al investigador titular inicie con sus colaboradores el protocolo de investigación.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oficio de liberación de recursos</li></ul>
Subdirector/a de Investigación Clínica (Investigador)	26	Recibe autorización e informa a sus colaboradores el inicio del protocolo de investigación.	
	27	Realiza informes técnicos periódicos con documentación soporte y los reporta a la Subdirección de Investigación Clínica.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informe técnico</li></ul>
	28	Presenta proyecto, avances y resultados en el Seminario de Investigación del Instituto y en eventos científicos externos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informes técnicos</li><li>• Avances y resultados</li></ul>
	29	Elabora el investigador con sus colaboradores reporte final de la investigación.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reporte final</li></ul>
	30	Publican resultados de la investigación.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados publicados</li></ul>
		<p style="text-align: center;"><b>Termina Procedimiento</b></p>	


### 5.0 Diagrama de Flujo









	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	16.- Control y seguimiento de protocolos de investigación	Hoja: 10 de 10

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Líneas prioritarias de investigación	2 años	Dirección de Investigación	2S.1
7.2 Proyecto de Investigación	6 años	Subdirección de Investigación Clínica	2S.2
7.3 Oficios diversos	6 años	Subdirección de Investigación Clínica	2S.7
7.4 Informes Técnicos	6 años	Subdirección de Investigación Clínica	2S.7
7.5 Avances y resultados	6 años	Subdirección de Investigación Clínica	2S.7
7.6 Reporte Final	6 años	Subdirección de Investigación Clínica	2S.7
7.7 Resultados publicados	6 años	Subdirección de Investigación Clínica	2S.7

## 8.0 Glosario

8.1 **Diseño del Protocolo de Investigación:** El protocolo de investigación constituye la etapa de planificación de una investigación. También es el documento base del investigador, cuyas especificaciones le permiten orientar el proceso de ejecución del trabajo. Es el documento que contiene el plan de un proyecto de investigación científica, con el máximo posible de detalle, precisión y claridad.



8.2 **Protocolo de Investigación:** Es un procedimiento formado por una secuencia lógica de actividades que procura descubrir las características de los fenómenos, las relaciones internas entre sus elementos y sus conexiones con otros fenómenos, mediante el raciocinio y la comprobación a través de la demostración y la verificación.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 No Aplica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-17</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>		<b>Hoja: 1 de 14</b>

## 17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-17</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>		<b>Hoja: 2 de 14</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Otorgar atención integral y multidisciplinaria a las pacientes que son referidas a la Coordinación de Psicología, para establecer lineamientos para manejo y/o tratamiento psicológico en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 2.0 Alcance

2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica quien refiere a las pacientes para su atención, Dirección de Investigación y a la Subdirección de Investigación Clínica (Coordinación de Psicología y Calidad).



2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las usuarias de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que la Coordinación de Psicología y Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Brindar atención psicológica a las pacientes que así lo requieran y que son atendidas en el Instituto Nacional de Perinatología.
- Elaborar la programación anual de los Psicólogos adscritos a la Coordinación de Psicología y Calidad, para establecer los días que otorgarán consultas de primera vez e instruir para la realización de la historia clínica psicológica, refiriendo a las pacientes a alguno de los siguientes programas de atención que ofrece el Departamento:
  - a) Embarazo de alto riesgo.
  - b) Embarazo y trastorno mental.
  - c) Embarazo y defecto congénito.
  - d) Pérdidas perinatales recurrentes.
  - e) Infertilidad.
  - f) Climaterio.
  - g) Oncología ginecológica.
  - h) Sexualidad humana y problemas de pareja.
  - i) Padecimientos ginecológicos.
  - j) Atención Psicológica a padres con recién nacidos de riesgo, hospitalizados en las unidades de cuidados neonatales.
  - k) Desarrollo temprano de habilidades maternas (TeHaMa).
- Proporcionar atención psicológica a las pacientes que así lo ameriten, considerando los siguientes criterios:
  - a) Su evento reproductivo altere su estado emocional.
  - b) El estado emocional de la paciente, afecte su evento reproductivo.
  - c) Que la paciente reúna factores de riesgo psicosocial.




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-17</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>		<b>Hoja: 3 de 14</b>

- Proporcionar el alta o la derivación de la paciente a otra Institución, observando los criterios técnicos que para tal efecto existen y que se aplicarán una vez realizada la evaluación por parte del psicólogo adscrito.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, verificar que el Departamento de Consulta Externa a través del Servicio de Archivo Clínico, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Programar cita de primera vez a la Coordinación de Psicología y Calidad, a las pacientes que sean referidas por interconsulta de cualquier servicio.

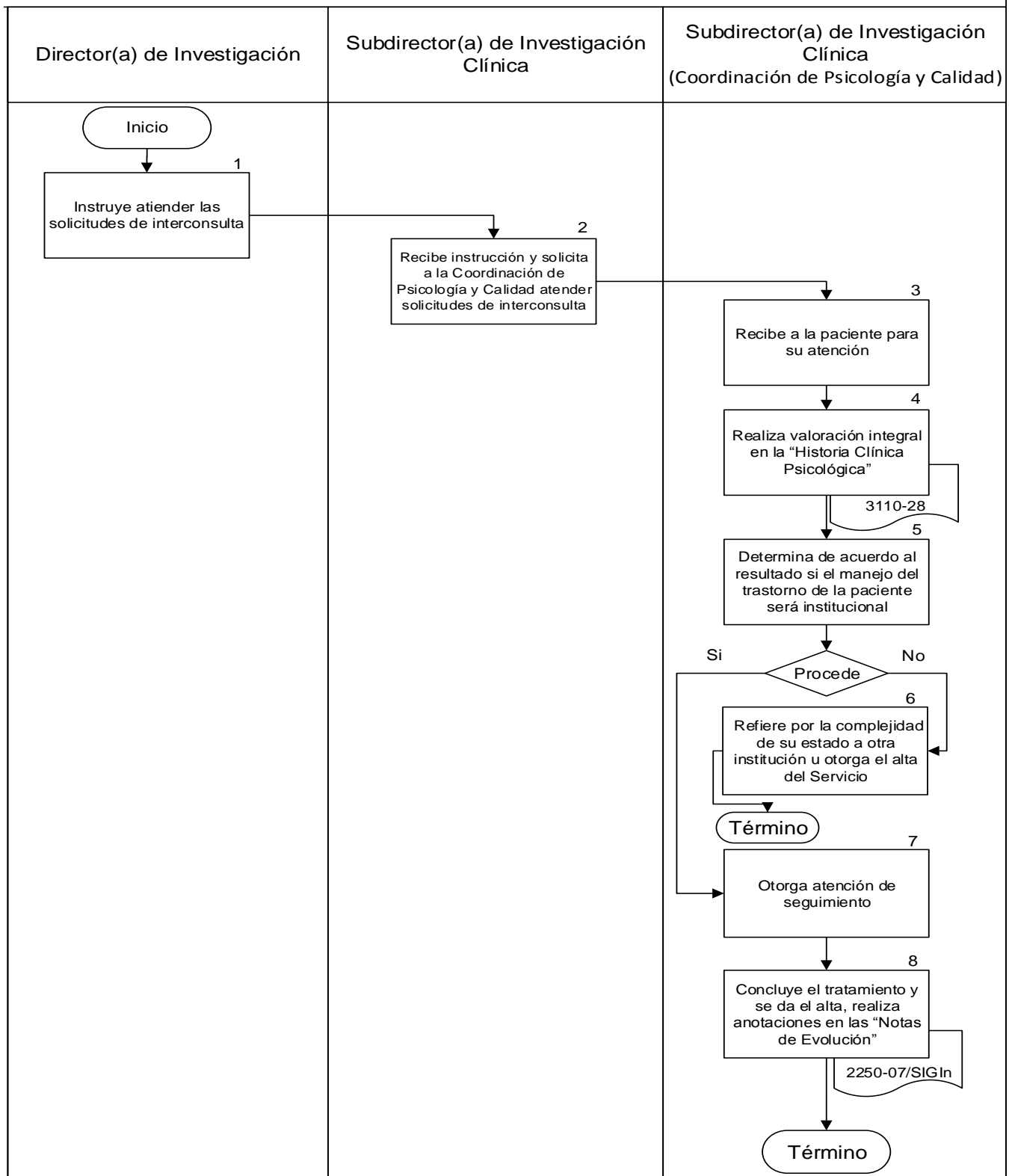
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>	Hoja: 4 de 14


#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento Anexo
Dirección de Investigación	1	Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica, atienda las solicitudes de interconsulta en el área de Consulta Externa.	
Subdirección de Investigación Clínica	2	Recibe instrucción y solicita a la Coordinación de Psicología y Calidad atienda las solicitudes de interconsulta en la Consulta Externa.	
Subdirección de Investigación Clínica (Coordinación de Psicología y Calidad)	3	Recibe a la paciente previamente referida y agendada para su atención de consulta externa en la Coordinación de Psicología y Calidad.	
	4	Realiza una valoración integral de la paciente en la "Historia Clínica Psicológica" con diagnóstico, pronóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3102-28</li> </ul>
	5	Determina de acuerdo al resultado realizado si el manejo del trastorno de la paciente será institucional. <b>¿Procede?</b>	
	6	<b>No:</b> Refiere por la complejidad de su estado a la paciente a otra institución u otorga el alta del Servicio Psicológico. <b>Termina procedimiento.</b>	
	7	<b>Si:</b> Otorga atención de seguimiento de acuerdo a la necesidad del padecimiento (Psicoterapia grupal o psicoterapia de pareja o terapia sexual). Continúa procedimiento.	
	8	Concluye el tratamiento y se da el alta (ver Manual Técnico), realiza anotaciones en las "Notas de Evolución", del expediente clínico.  <b>Termina Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2250-07/SIGIn</li> </ul>



### 5.0 Diagrama de Flujo



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>	Hoja: 6 de 14

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Historia clínica Psicológica"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5/3102-28
7.2 "Nota de Evolución"	6 Años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2250-07

## 8.0 Glosario


- 8.1 **Psicoterapia:** Es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude a consultarlo (paciente) que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.
- 8.2 **Terapia Sexual:** Es una modalidad terapéutica desarrollada en los últimos treinta años principalmente para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Actualmente los profesionales especializados en sexualidad clínica atienden a personas que pueden tener disfunciones sexuales, problemas de identidad de género, parafilias, personas con conflictos respecto a su orientación sexual y aquellas que han sido víctimas de abuso sexual.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 Historia Clínica Psicológica (3102-28)
- 10.2 Nota de Evolución (2250-07)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>	<b>Hoja: 7 de 14</b>

## 10.1 Historia Clínica Psicológica



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOZA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA  
COORDINACIÓN DE PSICOLOGÍA Y CALIDAD



### HISTORIA CLÍNICA (Psicología)

Nombre \_\_\_\_\_ **(1)** Expediente \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ años Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_  
dd mm aa  
 Escolaridad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Nombre del/la Psicólogo/a que elaboró \_\_\_\_\_ **(2)** Fecha aplicación \_\_\_\_\_  
 Canalización: Interconsulta \_\_\_\_\_ **(3)** Iniciativa propia \_\_\_\_\_  
 Protocolo \_\_\_\_\_  
 Tipo de paciente: Obst. \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_ Ginec. \_\_\_\_\_ Puer. \_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa  
 Cesáreas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Gestas \_\_\_\_\_ Óbitos \_\_\_\_\_

**Descripción física y de conducta durante la entrevista** \_\_\_\_\_

**(4)**

**Motivo de consulta** \_\_\_\_\_

**Origen y evolución del problema** \_\_\_\_\_

**Intentos de solución** \_\_\_\_\_

**Busco atención psicológica:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Percepción que el/la paciente tiene de su problema** \_\_\_\_\_



### 10.1 Historia Clínica Psicológica

#### HISTORIA PERSONAL

**Historia familiar primaria** \_\_\_\_\_ **(5)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vida sexual** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Historia familiar actual** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Descripción breve de la relación de pareja** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---


**Explorar si ha habido uso de drogas ¿Cuáles?** \_\_\_\_\_

---

---

Sintomatología básica

Sintomatología complementaria

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>	Hoja: 9 de 14

### 10.1 Historia Clínica Psicológica

¿Requiere tratamiento?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_  
 \*Aceptado/a:                Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_  
 Modalidad \_\_\_\_\_                      Terapia individual \_\_\_\_\_                      Terapia de pareja \_\_\_\_\_  
 Terapia de grupo \_\_\_\_\_                      Terapia familiar \_\_\_\_\_                      Terapia sexual \_\_\_\_\_

**Observaciones especiales** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Impresión diagnóstica** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Pronóstico** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


**Plan del tratamiento** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Referida/o a** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Psicólogo/a que elaboró**

(6)


\_\_\_\_\_  
**Nombre completo y firma**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>	<b>Hoja: 10 de 14</b>

## 10.1 Historia Clínica Psicológica

**OBSERVACIONES: (7)**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>	Hoja: 11 de 14

## 10.1 Historia Clínica Psicológica

### INSTRUCTIVO DE LLENADO


#### “HISTORIA CLÍNICA”

3102-28

<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
NOMBRE, EXPEDIENTE, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, TEL., CEL., ESCOLARIDAD, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN	Nombre completo, número de expediente asignado por el Instituto, edad, fecha de nacimiento (día, mes y año), número telefónico fijo, celular del/la paciente, último grado de estudios, estado civil y ocupación del/la paciente
NOMBRE DEL/LA PSICÓLOGO/A QUE ELABORÓ, FECHA DE APLICACIÓN	Nombre del/la Psicólogo/a que elaboró, día, mes y año de aplicación
CANALIZACIÓN, PROTOCOLO, TIPO DE PACIENTE	Referir si es interconsulta o iniciativa propia, número y nombre del protocolo
DATOS CLÍNICOS DE LA PACIENTE	Descripción física y de conducta durante la entrevista, motivo de la consulta, origen y evolución del problema, intentos de solución, atención psicológica, percepción que el/la paciente tiene de su problema
HISTORIA PERSONAL	Historia familiar primaria, vida sexual, historia familiar actual, descripción breve de la relación de pareja, explorar si ha habido uso de drogas, observaciones especiales, impresión diagnóstica, pronóstico plan de tratamiento, referido/a
PSICÓLOGO/A QUE ELABORÓ	Nombre completo y firma del/la psicólogo/a que elaboró
OBSERVACIONES	Describir las observaciones (en su caso)





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>17.- Atención psicológica en la Coordinación de Psicología y Calidad</b>	<b>Hoja: 14 de 14</b>



## 10.2 Nota de Evolución

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-18</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales</b>		<b>Hoja: 1 de 11</b>

**18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización,  
Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos  
y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios en Neonatales**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-18</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales</b>		<b>Hoja: 2 de 11</b>

## 1.0 Propósito

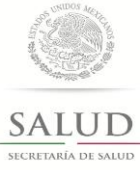
- 1.1 Realizar el/la Neurólogo(a), Neuropediatra o Psiquiatra, visita a pacientes hospitalizadas, atención en urgencias y en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, así como en las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios del Recién Nacido(a), a fin de otorgar consulta de primera vez o de seguimiento, según sea el caso para establecer el tratamiento médico o terapéutico a seguir.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, Subdirección de Investigación Clínica (Departamento de Neurociencias) y a la Dirección Médica del INPer quien refiere a los/las pacientes para su atención.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las/los usuarias(os) de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

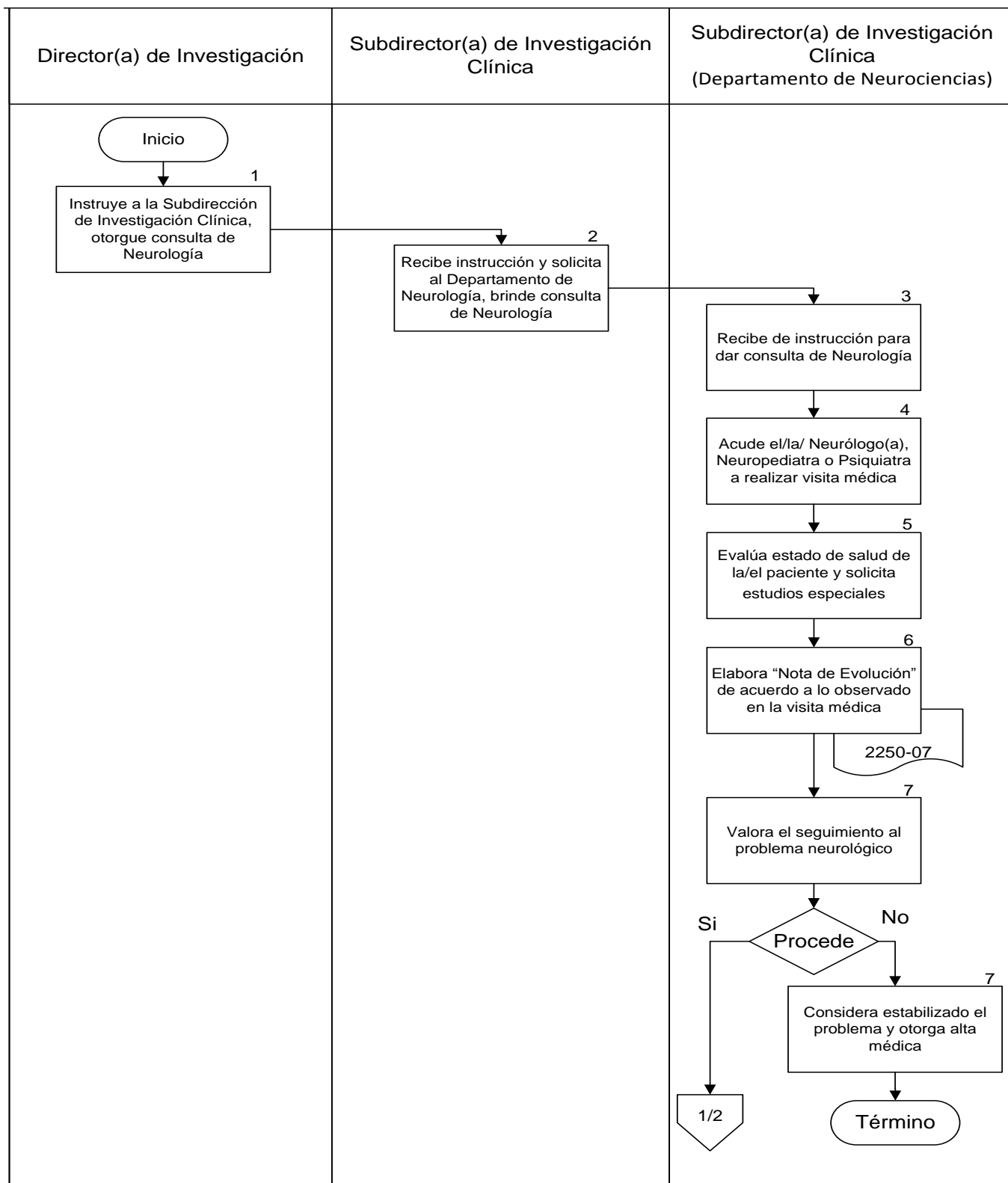
- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que el Departamento de Neurociencias, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Acudir el/la médico(a) Neurólogo(a), Neuropediatra o Psiquiatra, según sea el caso, a pisos de hospitalización donde sea requerido(a), a fin de realizar consulta subsecuente o de seguimiento a pacientes adultas y/o Recién Nacidos(as) hospitalizados(as).
  - Realizar en la consulta de primera vez la “Historia Clínica” (2440-30) del (la) paciente, para establecer un diagnóstico probable y establecer un plan de acción inicial.
  - Proporcionar indicaciones médicas al equipo de salud para la atención de la/el paciente y en caso de que así se requiera, elaborar solicitud de los estudios necesarios para emitir un diagnóstico certero.
  - Elaborar una vez realizada la consulta médica, “Nota de Evolución” (2250-07) e incorporarla al Expediente Clínico de la/el paciente.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales</b>	<b>Hoja: 3 de 11</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) de Investigación	1	Instruye a la Subdirección de Investigación Clínica, otorgue la consulta de Neurología o Psiquiatría en pisos de hospitalización, urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales.	
Subdirector(a) de Investigación Clínica	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Neurología, brinde consulta de Neurología o Psiquiatría en pisos de hospitalización, urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales.	
Subdirector(a) de Investigación Clínica (Departamento de Neurociencias)	3	Recibe de la Subdirección de Investigación Clínica, instrucción de dar consulta de Neurología o Psiquiatría en pisos de hospitalización, urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales.	
	4	Acude el/la Neurólogo(a), Neuropediatra o Psiquiatra a pisos de hospitalización, urgencias o unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, a realizar visita médica.	
	5	Evalúa estado de salud de la/el paciente y solicita estudios especiales según sea caso.	
	6	Elabora el/la Neurólogo(a), Neuropediatra o Psiquiatra, según corresponda, "Nota de Evolución", de acuerdo a lo observado en la visita médica y la integra al Expediente Clínico.	• 2250-07/SIGIn
	7	Valora de acuerdo a la visita médica y el resultado de los estudios realizados, el seguimiento al problema neurológico o Psiquiátrico. <b>¿Procede?</b>	
	8	<b>No:</b> Considera que el problema neurológico o psiquiátrico se ha estabilizado o resuelto y otorga alta médica por parte de Neurociencias. <b>Termina procedimiento.</b>	
	9	<b>Si:</b> Proporciona al equipo de salud indicaciones médicas para la atención de la/el paciente a fin de continuar con el tratamiento.	
	10	Evalúa estado de salud de la/el paciente y solicita, de acuerdo a cada caso, los estudios Neurológicos, Neuropediátricos o Psiquiátricos requeridos para el correcto seguimiento al padecimiento del paciente.	
	11	Programa cita de seguimiento, mediante "Cita Subsecuente", hasta determinar el alta del servicio.	• 2440-03
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			

### 5.0 Diagrama de Flujo







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Investigación**

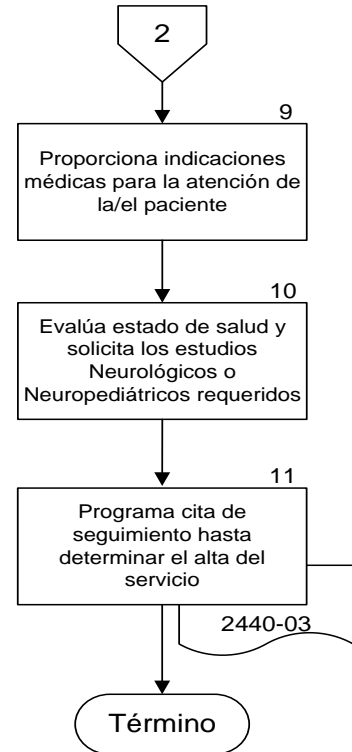
**18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales**


**Hoja: 5 de 11**

Director(a) de Investigación

Subdirector(a) de Investigación  
Clínica

Subdirector(a) de Investigación  
Clínica  
(Departamento de Neurociencias)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales</b>	<b>Hoja: 6 de 11</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Notas de Evolución"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2250-07
7.2 "Cita Subsecuente"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2440-03

## 8.0 Glosario

- 8.1 Neurología:** Estudio del Sistema Nervioso y de sus enfermedades. Exploración neurológica, Síndromes neurológicos; Trastornos del nivel de conciencia.
- 8.2 Neurofisiología:** Estudio del funcionamiento del Sistema Nervioso y sus funciones.

## 9.0 Cambios de esta versión


Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 Notas de Evolución (2250-07)
- 10.2 Cita Subsecuente (2440-03)





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales</b>	<b>Hoja: 9 de 11</b>


## 10.1 Notas de Evolución

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “NOTAS DE EVOLUCIÓN”

2250-07

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	El nombre, apellidos y número de expediente de la paciente
2	SERVICIO	El nombre del servicio
3	CAMA	Número de cama, asignada a la paciente
4	N° DE HOJA	El consecutivo correspondiente
5	FECHA Y HORA	El día, mes, año y hora de elaboración de la nota
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN B.S.O.A.P.	La Nota de Evolución B: Básico S: Subjetivo O: Objetivo A: Análisis P: Planes

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales</b>	<b>Hoja: 10 de 11</b>

## 10.2 Cita Subsecuente



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGÍA  
ISIDRO ESPINOSA  
DE LOS REYES



### CONSULTA EXTERNA, CITAS SUBSECUENTES

FAVOR DE DAR CITA A: \_\_\_\_\_ **(1)**

EXPEDIENTE NÚMERO: \_\_\_\_\_ **(2)**

EL DÍA: \_\_\_\_\_ **(3)**

MÉDICO/A: \_\_\_\_\_ **(4)**

**2440-03**

PESO \_\_\_\_\_ **(5)**                      ENFERMERA \_\_\_\_\_ **(9)**

TEMP. \_\_\_\_\_ **(6)**                      \_\_\_\_\_

F.R. \_\_\_\_\_                      FECHA \_\_\_\_\_ **(10)**


F.C. \_\_\_\_\_                      HORA \_\_\_\_\_

T/A \_\_\_\_\_

EDEMA \_\_\_\_\_ **(7)**

TIRA REAC. \_\_\_\_\_ **(8)**

\_\_\_\_\_

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>18.- Consulta de Neurología y Psiquiatría en pisos de Hospitalización, Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y en Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales</b>	<b>Hoja: 11 de 11</b>



## 10.2 Cita Subsecuente

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### CITAS SUBSECUENTES



2440-03

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FAVOR DE DAR CITA A	El nombre completo de la paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s)
2	EXPEDIENTE NÚMERO	El número de expediente asignado por el Instituto y que aparece en el carnet.
3	EL DÍA	El día de su próxima cita de la paciente (DD/MM/AAAA).
4	MÉDICO/A	El nombre completo y firma del/la médico/a que cita a la paciente.
5	SOMATOMETRÍA	El peso en kilogramos de la paciente
6	SIGNOS VITALES	Temperatura, frecuencia respiratoria y cardiaca, tensión arterial
7	EDEMA	Si existe presencia de edema (hinchazón)
8	PROCEDIMIENTO	Determinación de tira reactiva en orina (en su caso)
9	ENFERMERA	Nombre completo de la enfermera
10	FECHA, HORA	Especificar la fecha y hora en que se llena el presente formato

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-19</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos que requieren de un diagnóstico ultraestructural</b>		<b>Hoja: 1 de 7</b>

**19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos  
que requieren de un diagnóstico ultraestructural**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-19</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos que requieren de un diagnóstico ultraestructural</b>		<b>Hoja: 2 de 7</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Observar en el microscopio electrónico las diversas muestras; así como analizar e identificar las posibles alteraciones morfológicas ultraestructurales y la posible identificación de partículas semejantes a bacterias o virus para realizar un diagnóstico ultraestructural.


## 2.0 Alcance

- 2.1 El procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación y a la Subdirección de Investigación Biomédica (Departamento de Fisiología y Desarrollo Celular) responsables del procesamiento de muestras.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento no es aplicable.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, a través de la Subdirección de Investigación Biomédica, verificar que el Departamento de Fisiología y Desarrollo Celular cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

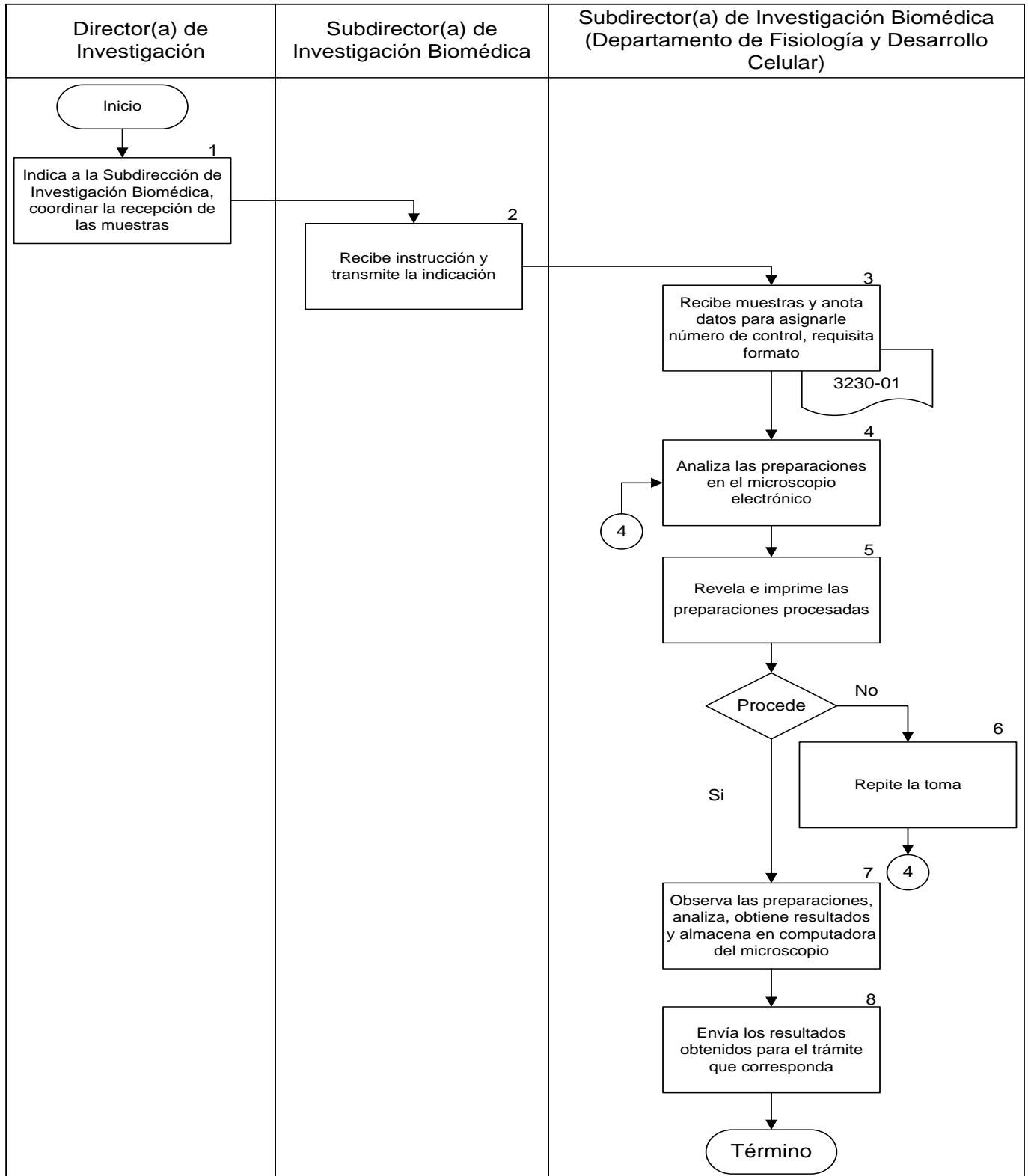
- Verificar que el Investigador y/o Químico cumpla con las instrucciones de manejo establecido para el buen uso del equipo en el Laboratorio de Fisiología y Desarrollo Celular.
- Corroborar que el Investigador y/o Químico cumpla con las normas de seguridad establecidas en el laboratorio con la finalidad de proteger mucosas y piel, durante el procesamiento de muestras biológicas en la campana de extracción.
- Verificar el adecuado y correcto manejo de las muestras biológicas durante el procesamiento, así como el de su almacenamiento y desecho, con la intención de evitar su desnaturalización o pérdida.
- Supervisar que se realice el manejo adecuado de los residuos biológicos y reactivos tóxicos, con la intención de evitar su pérdida, derramamiento o evaporación.
- Alinear las medidas de seguridad acorde al "Manual de procedimientos para el manejo de los residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI)" para el manejo de muestras infecto-contagiosas y sustancias toxico-cancerígenas.
- Proporcionar apoyo a las áreas que requieran el análisis de muestras biológicas para apoyar la certificación de resultados que permitan establecer un diagnóstico o cuando exista de por medio un protocolo de investigación.
- Solicitar al titular responsable de la de la investigación elabore un informe técnico sobre el desarrollo de su investigación, el cual podrá ser utilizado para generar una publicación.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos que requieren de un diagnóstico ultraestructural</b>	<b>Hoja: 3 de 7</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) de Investigación	1	Indica a la Subdirección de Investigación Biomédica, coordine la recepción de las muestras que envían las diferentes áreas.	
Subdirector(a) de Investigación Biomédica	2	Recibe instrucción y transmite la indicación al Departamento de Fisiología y Desarrollo Celular.	
Subdirector(a) de Investigación Biomédica (Departamento de Fisiología y Desarrollo Celular)	3 4 5 6 7 8	<p>Recibe muestras y anota en la libreta de registro los datos para asignarle número de control y requisita el formato "Control de Muestras Biológicas".</p> <p>Observa la imagen en el microscopio electrónico y realiza toma fotográfica de los hallazgos para el análisis de las impresiones obtenidas a partir de las muestras en la cámara digital.</p> <p>Analiza las preparaciones procesadas en el microscopio electrónico. <b>¿Procede?</b></p> <p><b>No:</b> Repite la toma. Regresa a la actividad No. 4.</p> <p><b>Si:</b> Observa las preparaciones procesadas en el microscopio electrónico, analiza y obtiene resultados, los cuales se almacenan en la computadora del microscopio.</p> <p>Envía los resultados obtenidos a las áreas requerentes para el trámite que corresponda.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina Procedimiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3230-01</li> </ul>

### 5.0 Diagrama de Flujo



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos que requieren de un diagnóstico ultraestructural</b>	<b>Hoja: 5 de 7</b>

## 6.0 Documentos de referencia


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Control de Muestras Biológicas"	6 Años	Subdirección de Investigación Biomédica	2S.7/3230-01

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Microscopía:** La microscopía es la técnica de producir imágenes visibles de estructuras o detalles demasiado pequeños para ser vistos a simple vista.
- 8.2 **Microscopio:** El microscopio es un instrumento que permite observar objetos que son demasiado pequeños para ser vistos a simple vista.
- 8.3 **Muestra biológica:** pequeña porción de tejido tomado biopsia, células obtenidas por cultivo o líquidos Corporales por aspiración para su estudio.
- 8.4 **Muestra Infecto-contagiosa:** Muestra biológica potencialmente infectada por virus o bacterias peligrosas, altamente contagiosos, si no se trata con cuidado y precaución.
- 8.5 **Reactivo Tóxico:** Sustancia química usada en el procesamiento de las muestras biológicas que potencialmente tienen efectos nocivos en la salud (mutagénicos, cancerígenos, fijación de mucosas, problemas dermatológicos, entre otros) en las personas que los manejan a corto, mediano y largo plazo.
- 8.6 **Residuo Biológico:** Sobrante de la biopsia o de la muestra biológica.
- 8.7 **Sustancia toxico-cancerígena:** Sustancia química usada en el proceso de la muestra biológica que puede inducir potencialmente un proceso neoplásico maligno (cáncer) en las personas expuestas que manejan este tipo de sustancias como son: tetraóxido de osmio, resinas epóxicas, diaminobencidina, resina hidrofílica y otras.
- 8.8 **Ultraestructura:** Estructura fina intra y extra celular observada con el microscopio electrónico.
- 8.9 **Ultramicroscopía:** Método basado en el uso del microscopio electrónico de transmisión para observar las estructuras por debajo del límite de resolución del microscopio óptico, es decir observar la ultraestructura celular.
- 8.10 **Ultramicrotomo:** Aparato que permite realizar cortes finos 90um y ultra finos 20nm de espesor de la muestra biológica incluida en resinas o hidrofílicas para su observación en el microscopio electrónico de transmisión.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos que requieren de un diagnóstico ultraestructural</b>	<b>Hoja: 6 de 7</b>


## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 Control de Muestras Biológicas

(3230-01)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>19.- Procesamiento de muestras de diversos tejidos que requieren de un diagnóstico ultraestructural</b>	<b>Hoja: 7 de 7</b>

## 10.1 Control de Muestras Biológicas



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN  
 SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA  
 DEPARTAMENTO DE FISIOLOGÍA Y DESARROLLO CELULAR



### CONTROL DE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Responsable de la muestra: \_\_\_\_\_ N° de Muestra: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Especímenes: \_\_\_\_\_

Nombre Paciente / Identificador de Muestra: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Antecedentes clínicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Procesamiento (fecha, tiempo y reactivo empleado)

Fijación: \_\_\_\_\_ Postfijación: \_\_\_\_\_



Deshidratación: \_\_\_\_\_ Infiltración: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3230-01**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-20</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación</b>		<b>Hoja: 1 de 8</b>

## 20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-20</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación</b>		<b>Hoja: 2 de 8</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Promover el desarrollo de la formación académica de los estudiantes de Escuelas de Educación Superior interesados en participar en proyectos de investigación en aspectos nutricionales, psicosociales y de neurobiología del desarrollo en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para formar recursos humanos de alta calidad destinados a trabajar en el campo de la reproducción humana y salud perinatal.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias (Departamento de Nutrición y Bioprogramación) y a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los estudiantes de Escuelas de Educación Superior interesados en participar en proyectos de investigación en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, verificar que la Subdirección de Intervenciones Comunitarias, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar en conjunto con la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud (Departamento de Vinculación Institucional) convenios de colaboración entre el INPer y las Instituciones Académicas para participar en la formación de recursos humanos en investigación en el área de la Salud Reproductiva y Perinatal.
  - Solicitar mediante oficio a la Institución Académica respectiva, la participación de postulantes, en el cual se especifique: el número de estudiantes que se requieren, el perfil que deben tener, el nombre del protocolo en el que participará, el tiempo que durará el programa o proyecto y el horario que tendrán que cubrir; así como la dirección y el teléfono para establecer contacto en caso de que estén interesados.
  - Programar las actividades de enseñanza continua en acuerdo con la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud del Instituto.
  - Verificar que todas las áreas adscritas a la Dirección de Investigación, promuevan la formación de recursos humanos en su ámbito de acción.
  - Definir la aceptación del postulante interesado(a) en participar en los programas educativos de investigación, tomando en consideración la demanda del programa formativo, el perfil del estudiante, su currículum y su interés por participar.
  - Verificar que el estudiante que se encuentra desarrollando actividades académicas o de investigación, esté bajo la tutoría de un investigador adscrito al INPer, el cual supervisará las actividades comprometidas por el alumno y la Institución educativa de la que proviene.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad del estudiante que se encuentra desarrollando actividades académicas o de investigación en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos.
- Dar cumplimiento a las normas establecidas en el programa educativo que se encuentra cursando.
  - Entregar un ejemplar a la biblioteca del INPer de las tesis o investigaciones realizadas con la finalidad de incrementar el acervo.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación</b>	<b>Hoja: 3 de 8</b>

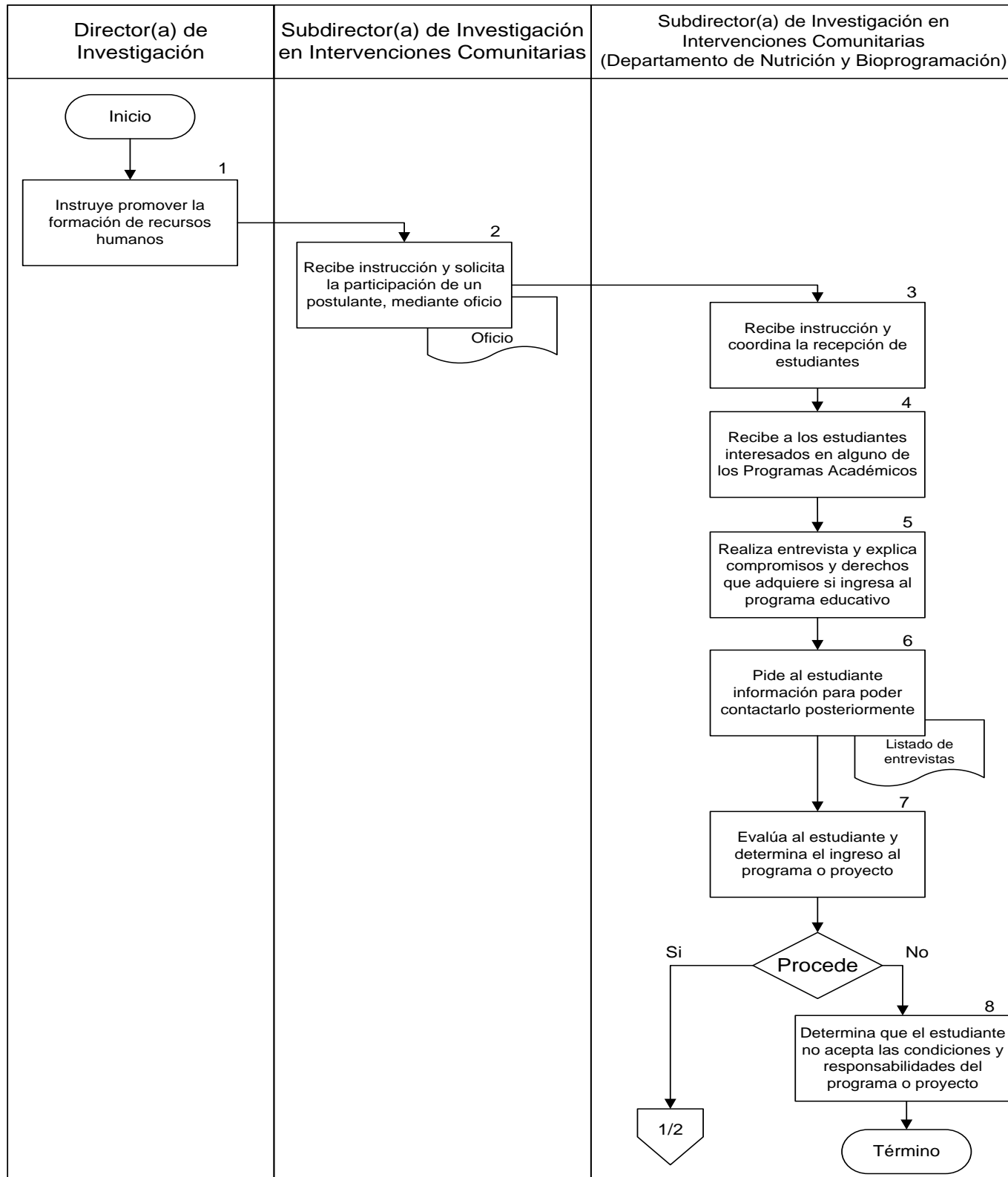
#### 4.0 Descripción del procedimiento

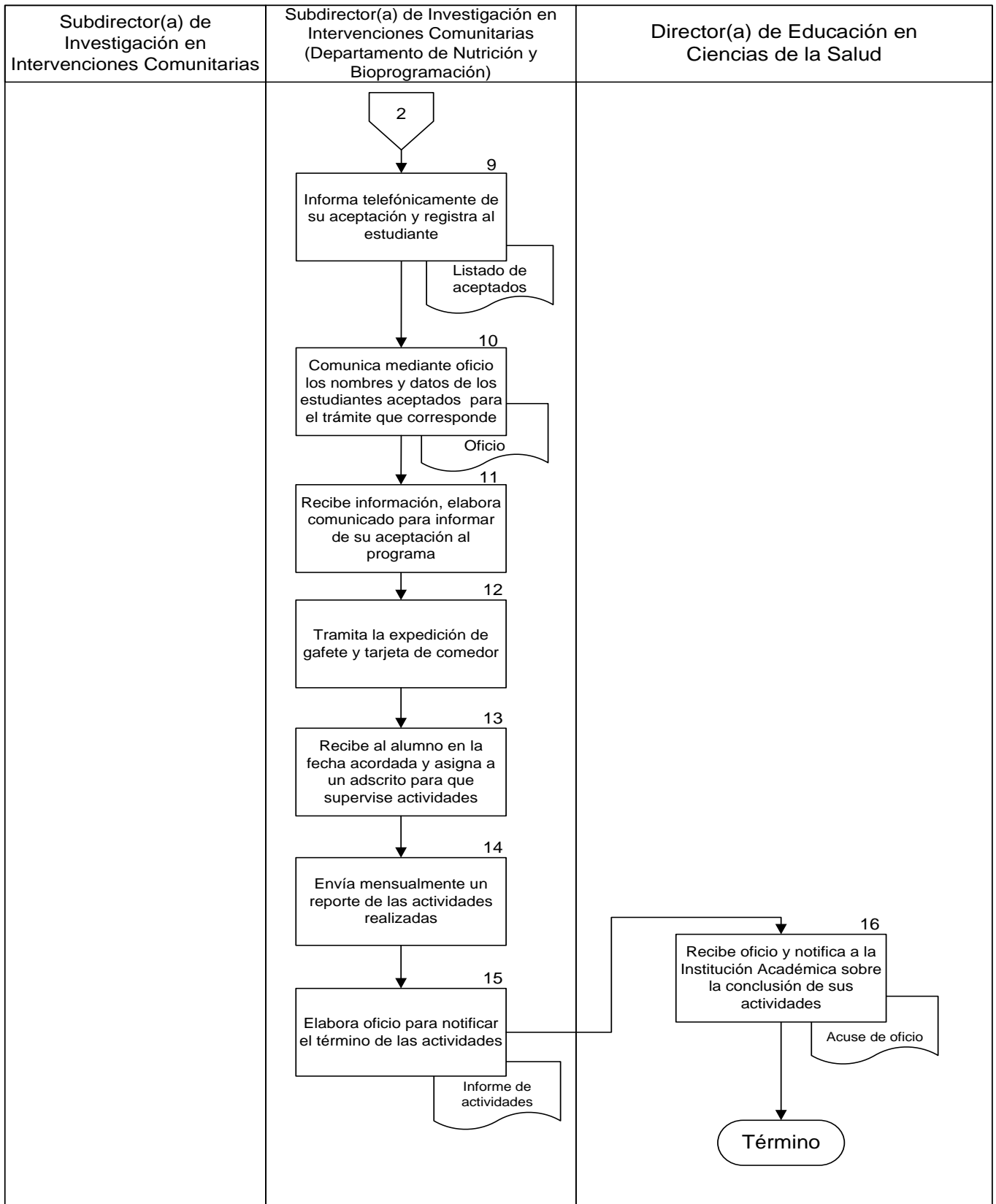
Responsable	N° Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Director(a) de Investigación	1	Instruye a la Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias para que promueva la formación de recursos humanos.	
Subdirector(a) de Investigación en Intervenciones Comunitarias	2	Recibe instrucción y solicita la participación de un postulante, mediante oficio dirigido a las Instituciones Académicas que tengan convenio de colaboración con el INPer, en original y dos copias:, 1ª Copia – Dirección de Investigación, 2ª Copia Dirección de Educación en Ciencias de la Salud y – Original – Institución educativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> </ul>
Subdirector(a) de Investigación en Intervenciones Comunitarias (Departamento de Nutrición y Bioprogramación)	3	Recibe instrucción y coordina para la recepción de estudiantes interesados en los Programas Académicos.	
	4	Recibe a los estudiantes interesados en alguno de los Programas Académicos de la Dirección de Investigación.	
	5	Realiza entrevista, explica objetivo y actividades que contempla el programa o proyecto, las responsabilidades, compromisos y derechos que adquiere si ingresa al programa educativo.	
	6	Pide al estudiante información para poder contactarlo posteriormente y lo registra en el “listado de entrevistas”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de entrevistas</li> </ul>
	7	Evalúa al estudiante y determina el ingreso al programa o proyecto. <b>¿Procede?</b>	
	8	<b>No:</b> Determina que el estudiante no acepta las condiciones y responsabilidades del programa o proyecto. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	9	<b>Si:</b> Informa telefónicamente de su aceptación al programa y registra al estudiante en el “listado de aceptados”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de aceptados</li> </ul>
	10	Comunica mediante oficio a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, los nombres y los datos de los estudiantes aceptados, Institución de procedencia, nombre del programa o proyecto al que se incorporará, fecha de inicio, duración de estancia, horario y actividades, para el trámite que corresponde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> </ul>


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación</b>	<b>Hoja: 4 de 8</b>

Responsable	N° Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Subdirector(a) de Investigación en Intervenciones Comunitarias (Departamento de Nutrición y Bioprogramación)	11	Recibe información y elabora comunicado a la Institución de donde proviene el estudiante, con copia a la Dirección de Investigación y Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias, para informar de su aceptación al programa.	
	12	Tramita la expedición de gafete y tarjeta de comedor (según horario).	
	13	Recibe al alumno en la fecha acordada y de acuerdo a su área de competencia asigna a un adscrito para que supervise las actividades académicas o de investigación.	
	14	Envía mensualmente un reporte a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, de las actividades que el/la alumno (a) ha realizado.	
	15	Elabora oficio dirigido a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud para notificar el término de las actividades del personal en formación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe de actividades</li> </ul>
Dirección de Educación en Ciencias de la Salud	16	Recibe oficio y notifica a la Institución Académica de la que proviene el estudiante sobre la conclusión de sus actividades.  <p style="text-align: center;"><b>Termina Procedimiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuse de Oficio</li> </ul>

### 5.0 Diagrama de Flujo





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación</b>	<b>Hoja: 7 de 8</b>

## 6.0 Documentos de referencia


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de solicitud	6 años	Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias	3S.14
7.2 Listado de entrevistas	3 años	Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias	Documento de comprobación inmediata
7.3 Listado de aceptados	3 años	Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias	Documento de comprobación inmediata
7.4 Oficio de aceptados	6 años	Subdirección de Investigación en Intervenciones Comunitarias	3S.14
7.5 Informe de actividades	6 años	Dirección de Educación en Ciencias de la Salud	3S.6
7.6 Acuse de oficio de conclusión	6 años	Dirección de Educación en Ciencias de la Salud	No. de oficio

## 8.0 Glosario

- 8.1 Alcance:** Delimita dónde es aplicable este procedimiento.
- 8.2 Alumno:** Término genérico para designar a quien recibe educación formal.
- 8.3 Anexo:** Información complementaria que se considera necesaria para cumplir adecuadamente con un procedimiento. Los anexos se deberán adjuntar físicamente al final del procedimiento: formatos o machotes, modelos, solicitudes, listas, pantallas, requisiciones, etc.
- 8.4 Bases:** Requisitos indispensables a cubrir para la participación en algún evento.
- 8.5 Candidatos:** El que pretende algún cargo o título.
- 8.6 Código:** Es la asignación de una identificación alfanumérico específico para un documento en particular.
- 8.7 Documento:** Información y su medio de soporte.
- 8.8 Estudiante:** El o la que estudia.
- 8.9 Formato:** Medio o soporte de información que contiene datos fijos y espacios en blanco para ser llenado con información variable.
- 8.10 Instructor:** Persona que comunica de manera sistemática ideas o conocimientos.
- 8.11 Oficio:** Documento que transmite información.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Investigación</b>	
	<b>20.- Formación de Recursos Humanos en Investigación</b>	<b>Hoja: 8 de 8</b>

**8.12 Personal Académico:** Se refiere al personal médico que labora en el Instituto Nacional de Perinatología y que además, imparte alguna cátedra en la Universidad Nacional Autónoma de México y esta última le envía su pago quincenal correspondiente a dicha cátedra.



**8.13 Postulante:** La persona con interés en recibir la capacitación en un programa educativo.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 No Aplica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-21</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>21.- Creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales</b>		<b>Hoja: 1 de 6</b>

## 21.- Creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DI-MP-21</b>
	<b>Dirección de Investigación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>21.- Creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Fomentar la creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales para llevar a cabo el intercambio de experiencias en proyectos multidisciplinarios que aumenten la calidad y trascendencia de las investigaciones en materia de salud pública en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Investigación, y a la Subdirección de Investigación Biomédica.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las unidades responsables de la Secretaría de Salud y de otras Instituciones que deseen participar en Proyectos de Investigación en el INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación verificar que la Subdirección de Investigación Biomédica, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar los Convenios de Colaboración Interinstitucionales de dos formas:
    - a) A través de cualquier Institución Pública o Privada, cuyo tema de investigación, competa a la Subdirección de Investigación Biomédica.
    - b) Mediante investigadores de la Subdirección de Investigación Biomédica, con Instituciones interesadas en el protocolo de investigación.
  - Especificar los compromisos y beneficios para el INPer y la definición de co-autorías, de acuerdo con el grado de contribución en el estudio.
  - Tomar en consideración la Norma Técnica 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación.
  - Verificar que los Convenios de Colaboración Interinstitucionales que pretendan celebrarse, se sometan a consideración del Departamento de Asuntos Jurídicos para su revisión, antes de ser autorizados por el titular de la Dirección General, remitiendo los originales firmados, a la Dirección de Investigación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, verificar que la Subdirección de Intercambio y Vinculación, a través del Departamento de Vinculación Institucional, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Asesorar en la elaboración de Convenios de Colaboración para el desarrollo de proyectos de investigación.
  - Proporcionar los formatos para la elaboración de los convenios para el desarrollo de proyectos de investigación.
  - Solicitar validación de los convenios al Departamento de Asuntos Jurídicos del INPer para gestionar su formalización.

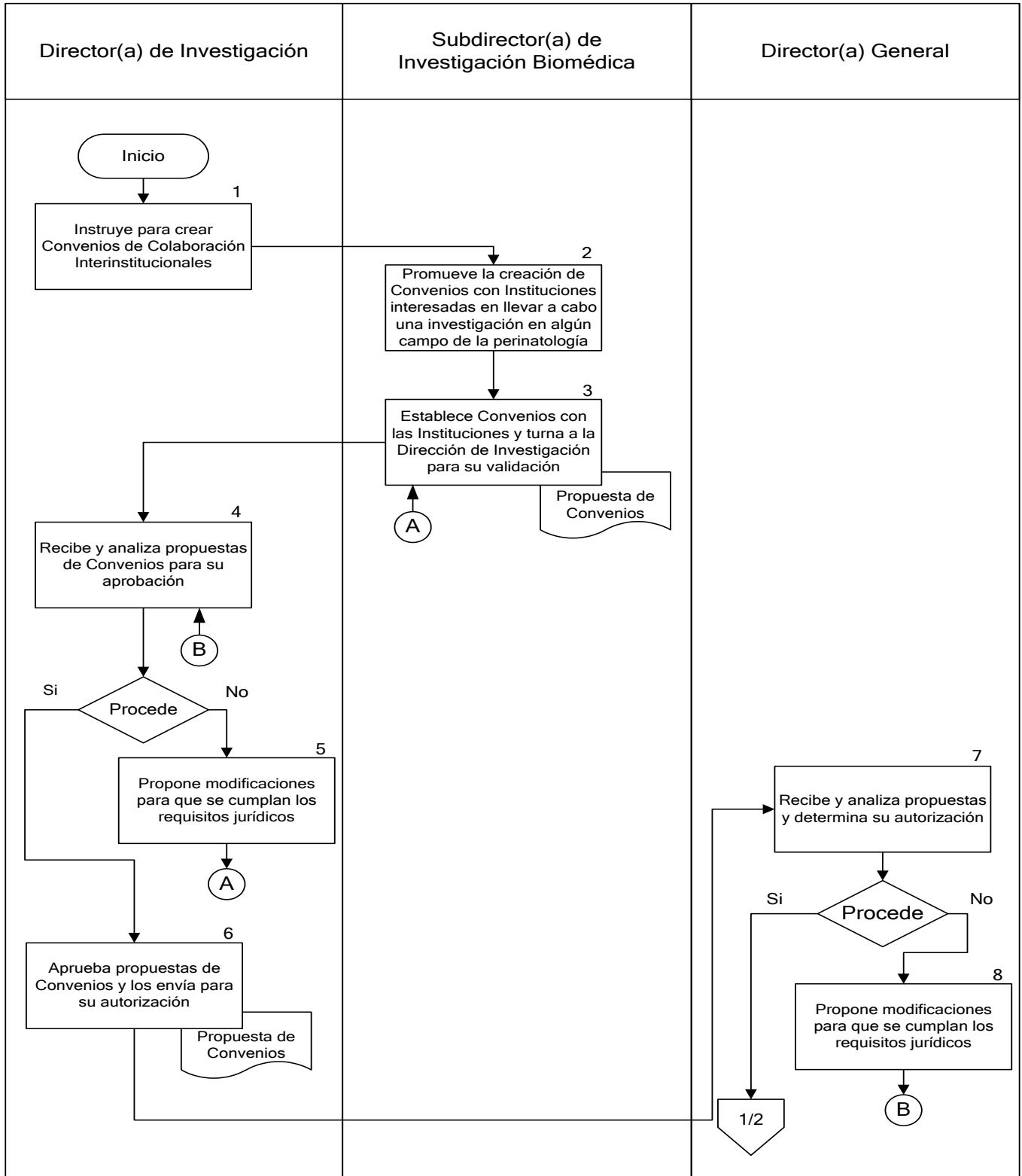


 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	21.- Creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales	Hoja: 3 de 6

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	N° Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Director de Investigación	1	Instruye con base en las "Normas y Procedimientos de Investigación" a la Subdirección de Investigación Biomédica para crear Convenios de Colaboración Interinstitucionales.	
Subdirector(a) de Investigación Biomédica	2 3	<p>2 Promueve la creación de Convenios mediante llamadas telefónicas o visitas directas a Instituciones Públicas o Privadas, interesadas en llevar a cabo una investigación en algún campo de la perinatología, cuyos objetivos de investigación sean afines con los del INPer.</p> <p>3 Establece Convenios con las Instituciones Públicas o Privadas y las turna a la Dirección de Investigación para su validación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta de convenios</li> </ul>
Director(a) de Investigación	4 5 6	<p>4 Recibe y analiza propuestas de Convenios para su aprobación. ¿Procede?</p> <p>5 <b>No:</b> Propone modificaciones para que se cumplan los requisitos jurídicos correspondientes. <b>Regresa a la actividad N° 3.</b></p> <p>6 <b>Si:</b> Aprueba propuestas de Convenios y los envía a la Dirección General para su autorización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta de convenios</li> </ul>
Director(a) General	7 8 9	<p>7 Recibe y analiza propuestas de Convenios en conjunto con el Departamento de Asuntos Jurídicos y Vinculación Institucional determina su autorización. ¿Procede?</p> <p>8 <b>No:</b> Propone modificaciones para que se cumple los requisitos jurídicos correspondientes. <b>Regresa a la actividad N° 4.</b></p> <p>9 <b>Si:</b> Firma Convenios en original y dos copias y turna, mediante oficio, a la Dirección de Investigación para su conocimiento y seguimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convenios</li> </ul>
Director(a) de Investigación	10	<p>10 Recibe Convenios, revisa y rubrica y hace del conocimiento de las áreas para su aplicación.</p> <p style="text-align: center;"><b>Termina Procedimiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de Conocimiento</li> <li>Convenios</li> </ul>

### 5.0 Diagrama de Flujo





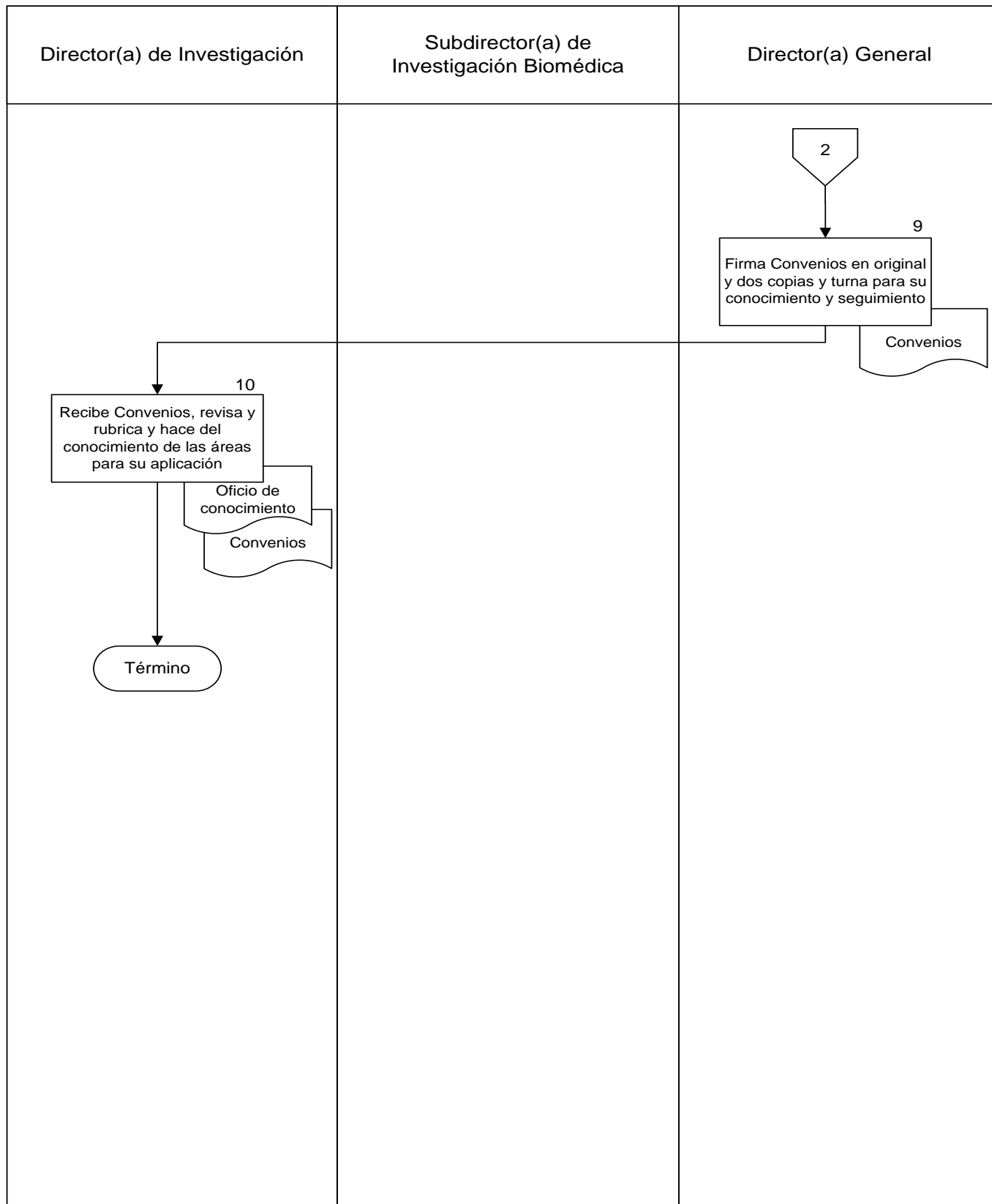
**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Dirección de Investigación

21.- Creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales

Hoja: 5 de 6



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	Dirección de Investigación	
	21.- Creación de Convenios de Colaboración Interinstitucionales	Hoja: 6 de 6

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Propuesta de Convenios	6 Años	Subdirección de Investigación Biomédica	2C.19
7.2 Oficio de Conocimiento	6 Años	Subdirección de Investigación Biomédica	2C.19
7.3 Convenios	6 Años	Subdirección de Investigación Biomédica	2C.19

## 8.0 Glosario



- 8.1 **Convenio:** Es ponerse de acuerdo con alguien al respecto de algo, para lograr objetivos comunes.
- 8.2 **Investigación:** Una investigación es un proceso sistemático, organizado y objetivo, cuyo propósito es responder a una pregunta o hipótesis y así aumentar el conocimiento y la información sobre algo desconocido.
- 8.3 **Protocolo de Investigación:** Procedimiento formado por una secuencia lógica de actividades que procura descubrir las características de los fenómenos, las relaciones internas entre sus elementos y sus conexiones con otros fenómenos, mediante el raciocinio y la comprobación a través de la demostración y la verificación y para llevar a cabo una investigación científica.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 No aplica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DE-MP-22</b>
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>22.- Integración del Programa Académico de Diplomados</b>		<b>Hoja: 1 de 11</b>

## 22.- Integración del Programa Académico de Diplomados

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DE-MP-22</b>
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>22.- Integración del Programa Académico de Diplomados</b>		<b>Hoja: 2 de 11</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Integrar un Programa Académico que responda a las necesidades de capacitación continua en los profesionales en las áreas afines a la salud reproductiva y perinatal, que eleve sus conocimientos declarativos, de procedimiento y de actitud, a través de modalidades educativas que se basen en estrategias de enseñanza aprendizaje.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud y a la Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable al personal médico y paramédico en formación de las áreas de salud reproductiva y perinatal.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, a través de la Subdirección Académica, verificar, que el Departamento de Programas Académicos y Educación Continua, cumpla las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Ofrecer a la comunidad médica y paramédica un programa académico actualizado y de alto nivel, que responda a las exigencias que plantean los avances en conocimientos científicos, tecnológicos de las ciencias médicas en los campos de la salud reproductiva y perinatal en los ámbitos local, nacional e internacional.
- Estructurar el Programa Académico vinculado con las políticas de salud del INPer además de las políticas nacionales e internacionales.
- Garantizar la excelencia del Programa Académico a través del cumplimiento de los lineamientos que establece la Coordinación de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, para obtener el reconocimiento de las actividades académicas.
- Ofrecer con oportunidad la programación de las actividades académicas a la comunidad médica y paramédica interesada a través de su difusión permanente.
- Establecer mecanismos que garanticen la difusión de las actividades académicas que ofrece el INPer a la comunidad médica y paramédica interesada a nivel nacional e internacional.
- Desarrollar actividades sistematizadas que permitan la evaluación de: Programas de enseñanza, alumnos, profesores, Institución y el propio Departamento, con estrategias de retroalimentación en cada nivel.
- Establecer mecanismos eficientes para atender las solicitudes de información, recepción de documentación, evaluación de perfiles de ingreso y aceptación de los aspirantes a cursar un Diplomado en el INPer.
- Dar seguimiento de las actividades de enseñanza aprendizaje y de profesores alumnos en el desarrollo de cada actividad académica durante su estancia en el INPer.
- Cumplir con los tiempos que marca la Coordinación de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para el cierre académico administrativo de las actividades con la solicitud de elaboración de constancias correspondientes para alumnos y profesores.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>	
	<b>22.- Integración del Programa Académico de Diplomados</b>	<b>Hoja: 3 de 11</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	N° Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Director(a) de Educación en Ciencias de la Salud	1	Instruye a la Subdirección Académica para actualizar el Programa Académico del INPer.	
Subdirector(a) Académica	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Programas Académicos y Educación Continua inicie los preparativos para actualizar el Programa Académico del INPer.	
Subdirector(a) Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3	Convoca a todos los Departamentos de la Dirección Médica e Investigación para el envío de sus propuestas de actividades Académicas en la modalidad de Diplomado presencial o a distancia para actualización anual del Programa Académico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria</li> </ul>
	4	Recibe propuestas y en conjunto con el Comité Evaluador conformado por el/la Director(a) General, Director(a) de Educación en Ciencias de la Salud, Subdirector(a) Académica, determinan si es aprobada o no basados en la congruencia de la misión y visión del INPer y el impacto que pueda tener en el Sector Salud local, nacional e internacional. <b>¿Procede?</b>	
	5	<b>No:</b> Emite recomendaciones y envía por escrito al profesor titular. <b>Regresa actividad N°4.</b>	
	6	<b>Si:</b> Turna al Profesor Titular los formatos para su llenado y envío a la Coordinación de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para la obtención del aval correspondiente en los tiempos y forma que marcan sus lineamientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formatos para el aval universitario</li> </ul>
	7	Recibe respuesta de la Coordinación de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. <b>¿Procede?</b>	
	8	<b>No:</b> Indica al profesor titular las recomendaciones y solicita se atiendan a la brevedad para el reenvío de la solicitud y su eventual aprobación para su realización. <b>Regresa actividad N° 6.</b>	
	9	<b>Si:</b> Turna al Profesor Titular del Diplomado la confirmación del aval de la Coordinación de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dictamen</li> </ul>
	10	Difunde la actividad académica en los diversos mecanismos vigentes.	



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**


**Dirección de Educación en Ciencias de la Salud**

**22.- Integración del Programa Académico de Diplomados**

**Hoja: 4 de 11**

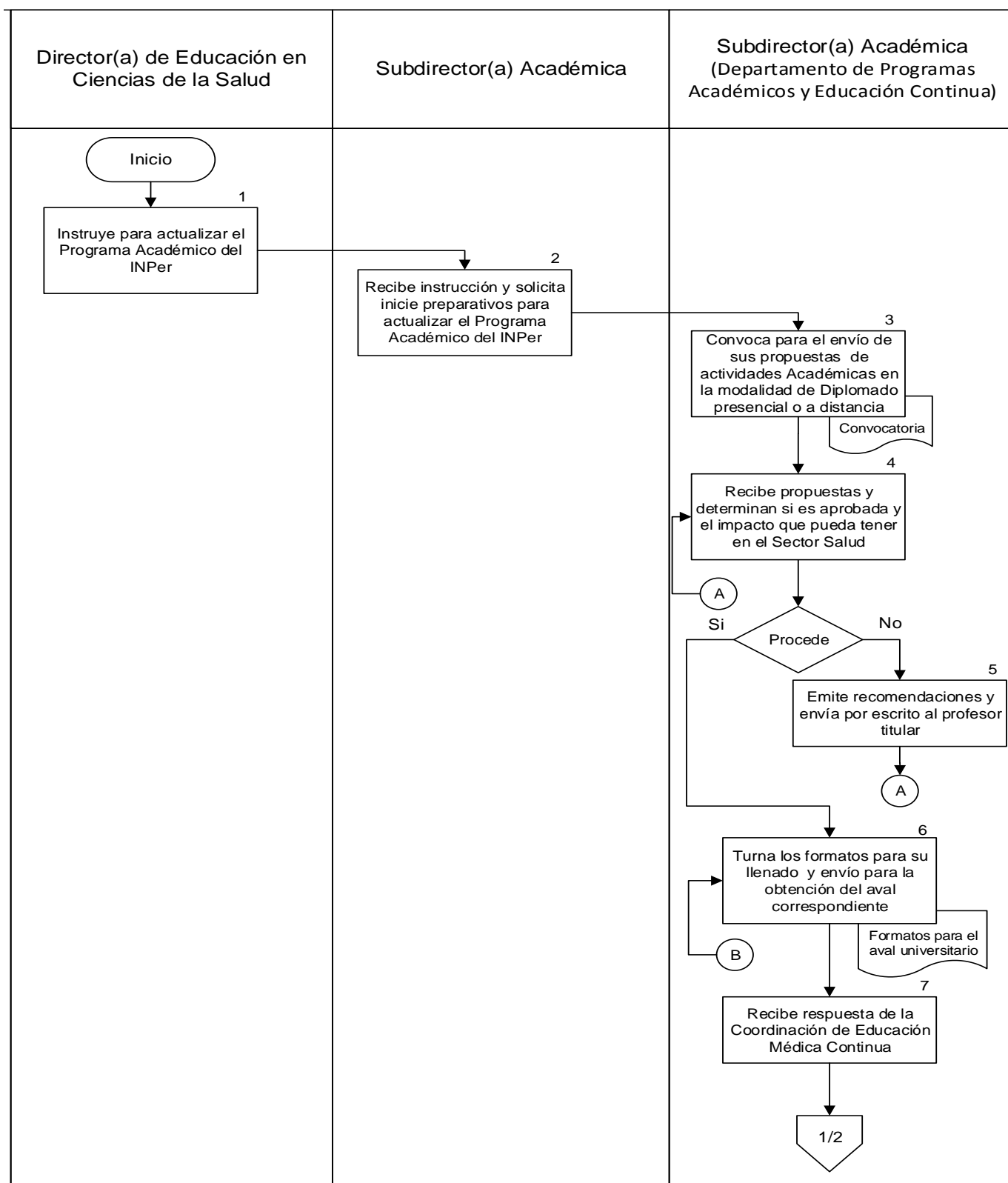
<b>Responsable</b>	<b>N° Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento Anexo</b>
Subdirector(a) Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	11	Calendariza los tiempos para el desarrollo de la actividad académica en la modalidad de Diplomados en función de la demanda y los campos clínicos disponibles durante el año académico.	
	12	Elabora los Programas operativos de cada actividad académica para los alumnos aceptados.	
	13	Establece los tiempos en que los profesores deben entregar los formatos a la Coordinación de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México debidamente registrados para iniciar las solicitudes del aval correspondiente para cada periodo.	
	14	Marca tiempos de recepción de documentos, de pago de cuotas, de inscripción, de evaluación de Diplomados y de gestión de constancias.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Programa Operativo para Alumnos</li><li>• Programa Operativo Administrativo</li></ul>
	15	Elabora Programa Académico y lo distribuye en formato impreso y a través de la página de Internet del INPer.	
	16	Difunde a través de la actualización de directorio de Instituciones a nivel local, Nacional e Internacional.	
	17	Establece contacto en dichas Instituciones para realizar convenios de difusión de actividades con oportunidad y de manera sistematizada.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Programa Académico</li></ul>
	18	Recibe las solicitudes y documentos de los interesados a cursar alguna actividad académica.	
	19	Realiza selección de aspirantes y genera documento que acredita su aceptación como alumno, el periodo y el Diplomado en el que fue aceptado.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carta de Aceptación</li></ul>
	20	Indica los trámites a seguir e informa sobre aspectos académicos y administrativos obligatorios para el buen desempeño en su estancia por el Instituto.	
	21	Realiza reuniones mensuales para identificar problemáticas internas y dar solución.	
	22	Informa sobre Talleres y Seminarios que están dirigidos especialmente para los alumnos de Diplomados con el objetivo de hacer más eficiente su desempeño durante el desarrollo de su actividad académica.	



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>	
	<b>22.- Integración del Programa Académico de Diplomados</b>	<b>Hoja: 5 de 11</b>

<b>Responsable</b>	<b>N° Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento Anexo</b>
Subdirector(a) Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	23	Aplica instrumentos de medición de forma periódica a los alumnos para conocer su percepción sobre el desarrollo de la actividad en general, con la finalidad de identificar áreas de oportunidad e implementar mecanismos de mejora.	
	24	Aplica instrumentos de evaluación de la Coordinación de Educación Médica Continua de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México a los alumnos al concluir su actividad académica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluaciones</li> </ul>
	25	Recibe los resultados de las evaluaciones y analiza para establecer acciones concretas de mejora.	
	26	Elabora Diploma Institucional y gestiona el Diploma universitario, una vez cubiertos los requisitos de acreditación correspondientes y registra en libreta de control.	
	27	Elabora Constancias de agradecimiento a planta docente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de control</li> </ul>
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>			

### 5.0 Diagrama de flujo

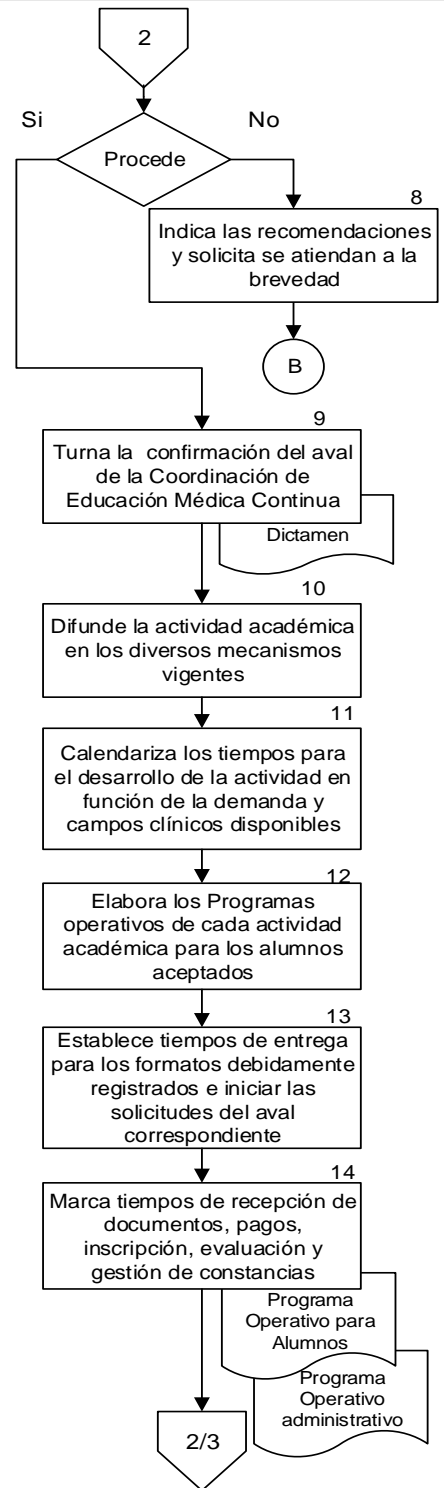




Director(a) de Educación en Ciencias de la Salud

Subdirector(a) Académica

Subdirector(a) Académica  
(Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Educación en Ciencias de la Salud**

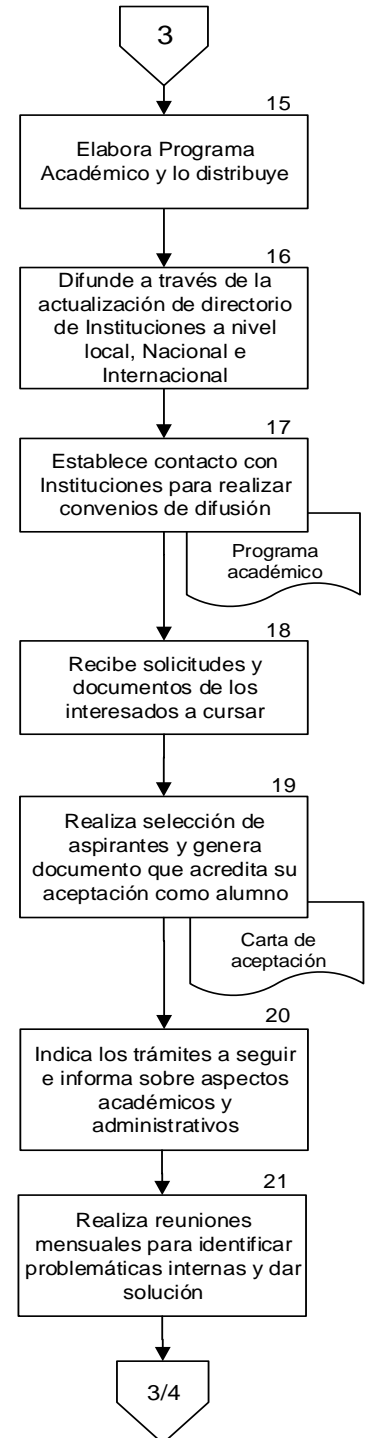
**22.- Integración del Programa Académico de Diplomados**

**Hoja: 8 de 11**

Director(a) de Educación en Ciencias de la Salud

Subdirector(a) Académica

Subdirector(a) Académica  
(Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)

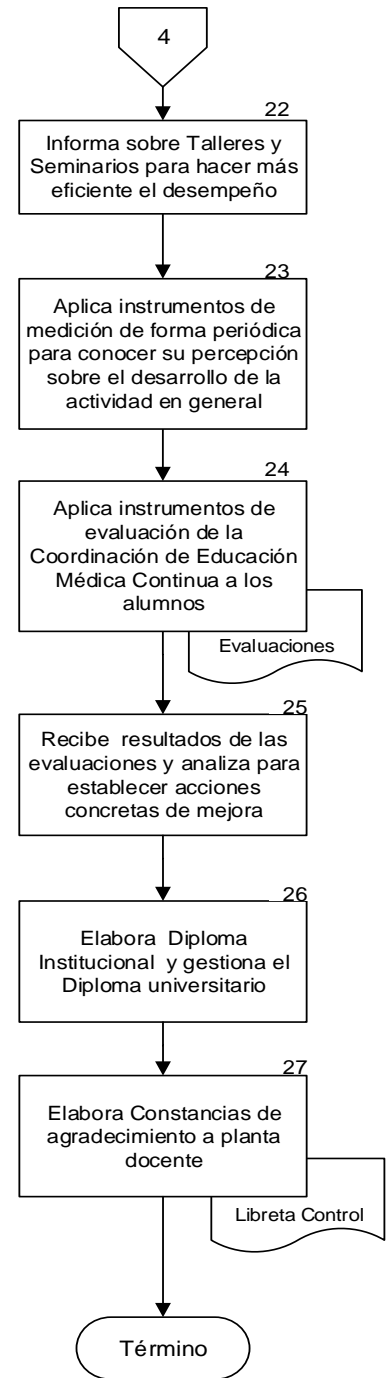





Director(a) de Educación en Ciencias de la Salud

Subdirector(a) Académica

Subdirector(a) Académica  
(Departamento de Programas Académicos y Educación Médica Continua)




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>	
	<b>22.- Integración del Programa Académico de Diplomados</b>	<b>Hoja: 10 de 11</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Convocatoria	6 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.2
7.2 Formatos para el Aval Universitario	6 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.2
7.3 Dictamen	6 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.2
7.4 Programa Operativo para Alumnos	6 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.3
7.5 Programa Operativo Administrativo	6 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.3
7.6 Programa Académico	6 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.3
7.7 Cartas de Aceptación	2 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.4
7.8 Evaluaciones	6 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3S.6
7.9 Libreta de Control	3 años	Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	Documento de comprobación inmediata

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>	
	<b>22.- Integración del Programa Académico de Diplomados</b>	<b>Hoja: 11 de 11</b>

## 8.0 Glosario



- 8.1 **Diplomado:** Actividad teórica o teórica-práctica que promueve la actualización o adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas en un área específica de la medicina. El tiempo mínimo establecido para su impartición corresponde a veinte créditos. El número máximo de horas que acreditarán es de 2000 y su duración no podrá exceder de un año. Deberá incluir evaluación integral del alumno. El documento legal que se otorga es un Diploma.
- 8.2 **Educación Continua:** Es el conjunto de actividades sistematizadas que se llevan a cabo después de la licenciatura o los estudios de posgrado. Esta dirigida a mejorar el desempeño profesional, docente e incluso cultural y no sustituye a los estudios curriculares de posgrado no otorga título o grado académico.
- 8.3 **Programa Académico:** Es el conjunto de cursos y otras actividades armónicamente integradas encaminadas a dar formación a nivel superior en un determinado campo del conocimiento, en una modalidad académica y bajo una metodología y una jornada específica.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia



## 10.0 Anexos

- 10.1 No aplica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DECS-MP-23</b>
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>23.- Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia</b>		<b>Hoja: 1 de 8</b>

**23.- Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia**



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DECS-MP-23</b>
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>23.- Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia</b>		<b>Hoja: 2 de 8</b>

## 1.0 Propósito


- 1.1 Aplicar el proceso de selección a médicos residentes para su contratación en la especialidad de ginecología y obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, a la Subdirección Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua) y a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la Secretaría de Salud y a las(os) médicos residentes que ingresan a la especialidad de Ginecología y Obstetricia del INPer.


## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, a través de la Subdirección Académica, verificar que el Departamento de Programas Académicos y Educación Continua, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Elaborar una convocatoria anual para el ingreso a la especialidad de ginecología y obstetricia, que deberá incluir: fecha de inicio y termino de la misma, profesor titular y en caso de ser extranjero el costo de la misma.
  - Llevar control y registro de todos los aspirantes a ingresar a la especialidad de ginecología y obstetricia.
  - Elaborar la evaluación del aspirante, a través de los siguientes parámetros:
    - Calificación en el examen nacional de médicos residentes.
    - Universidad de procedencia.
    - Examen psicométrico.
    - Examen de conocimientos
    - Entrevista.
    - Calificación del examen de ingles.
  - Elaborar en conjunto con Dirección Médica la lista de aceptados.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>	
	<b>23.- Procedimiento para la Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia</b>	<b>Hoja: 3 de 8</b>

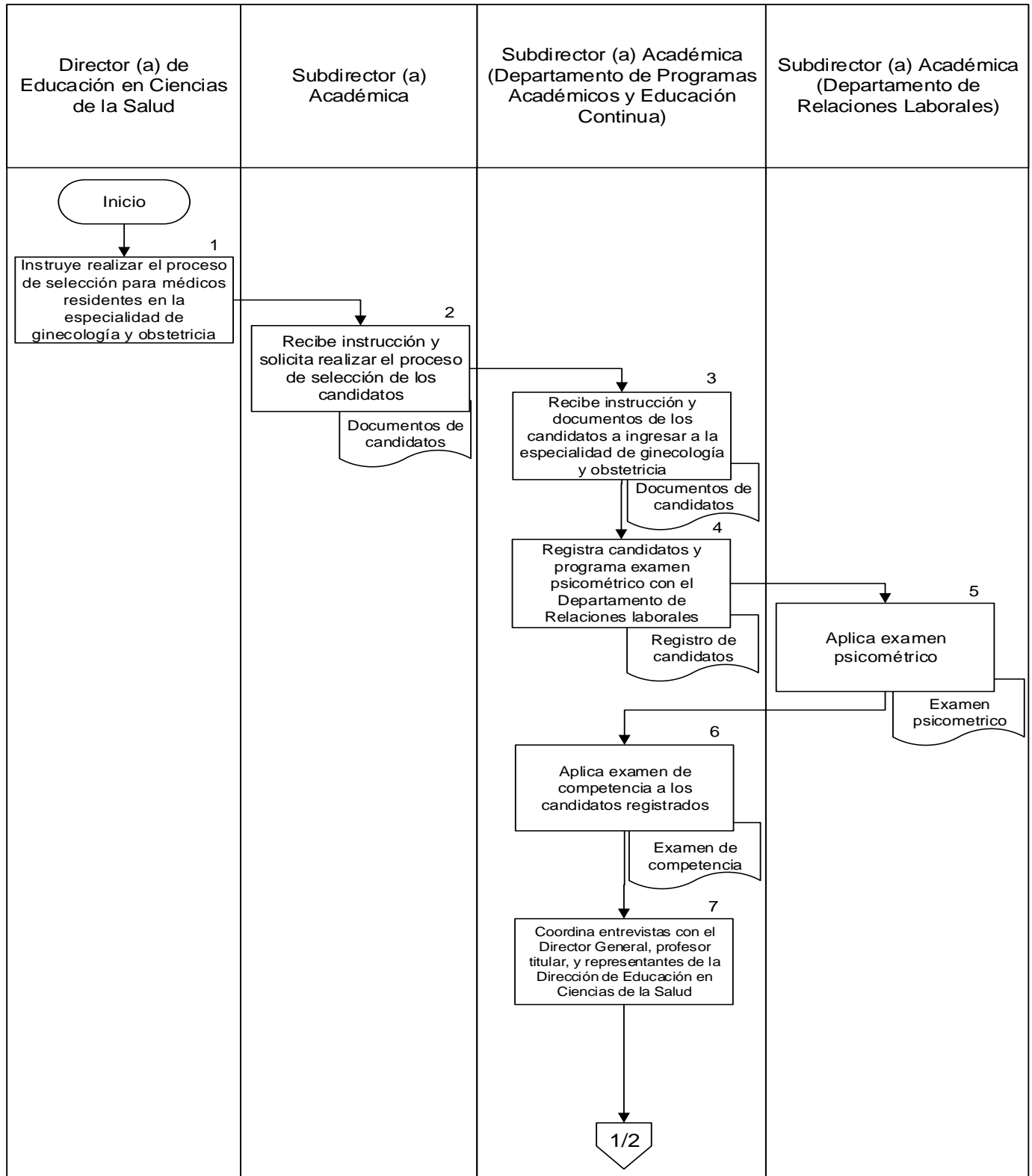
#### 4.0 Descripción del procedimiento

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Director(a) de Educación en Ciencias de la Salud	1	Instruye a la Subdirección Académica realizar el proceso de selección para contratar médicos residentes en la especialidad de ginecología y obstetricia.	
Subdirector(a) Académica	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Programas Académicos y Educación Continua realizar el proceso de selección de los candidatos y turna los documentos de los interesados a ingresar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de candidatos</li> </ul>
Subdirector(a) Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	3	Recibe instrucción y documentos de los candidatos a ingresar a la especialidad de ginecología y obstetricia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos de candidatos</li> </ul>
	4	Registra a los candidatos y de acuerdo al calendario coordina la aplicación del examen psicométrico con el Departamento de Relaciones Laborales e informa fechas de aplicación a los candidatos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de candidatos</li> </ul>
Subdirector(a) Académica (Departamento de Relaciones Laborales)	5	Aplica examen psicométrico y envía los resultados al Departamento de Programas Académicos y Educación Continua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen psicométrico</li> </ul>
Subdirector(a) Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	6	Aplica examen de competencia a los candidatos registrados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de competencia</li> </ul>
	7	Coordina las entrevistas de los candidatos con el Director General, Profesor Titular, Profesores Adjuntos y Representantes de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, en el mes de Diciembre.	
	8	Selecciona tomando en cuenta los resultados de los exámenes y de la entrevista, en consenso con el Profesor Titular, Profesores Adjuntos del curso de Especialización de Ginecología y Obstetricia y representantes de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud. <b>¿Procede?</b>	
	9	<b>No:</b> Determina que no es apto para el puesto.	
		<b>Termina Procedimiento.</b>	
	10	<b>Si:</b> Realiza relación de médicos residentes para elaborar Cartas de Aceptación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación de médicos residentes</li> </ul>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>	
	<b>23.- Procedimiento para la Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia</b>	<b>Hoja: 4 de 8</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector(a) Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	11	Elabora las Cartas de Aceptación en base a la Relación de médicos residentes y solicita firma del Profesor Titular del curso de Ginecología y Obstetricia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta de Aceptación</li> </ul>
	12	Turna Cartas de Aceptación a la Subdirección Académica para su autorización de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud.	
Subdirector(a) Académica	13	Obtiene firma del Director de Educación en Ciencias de la Salud y turna al Departamento de Programas Académicos y Evaluación Continua para su entrega a los seleccionados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartas de Aceptación</li> </ul>
Subdirector(a) Académica (Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)	14	Recibe las Cartas de Aceptación y entrega a los médicos residentes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartas de Aceptación</li> </ul>
	15	Elabora el Programa del Curso Propedéutico, designa profesores, realiza logística y supervisa que se lleve a cabo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa del Curso Propedéutico</li> </ul>
	16	Integra en las guardias a los médicos residentes del curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia de los diferentes servicios.	
	17	Elabora Cartas de Agradecimiento para los profesores por su intervención en el curso.	
	18	Realiza Informe Anual y lo envía a la Subdirección Académica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartas de Agradecimiento</li> <li>• Informe Anual</li> </ul>
<b>Termina Procedimiento</b>			

### 5.0 Diagrama de flujo





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Educación en Ciencias de la Salud**

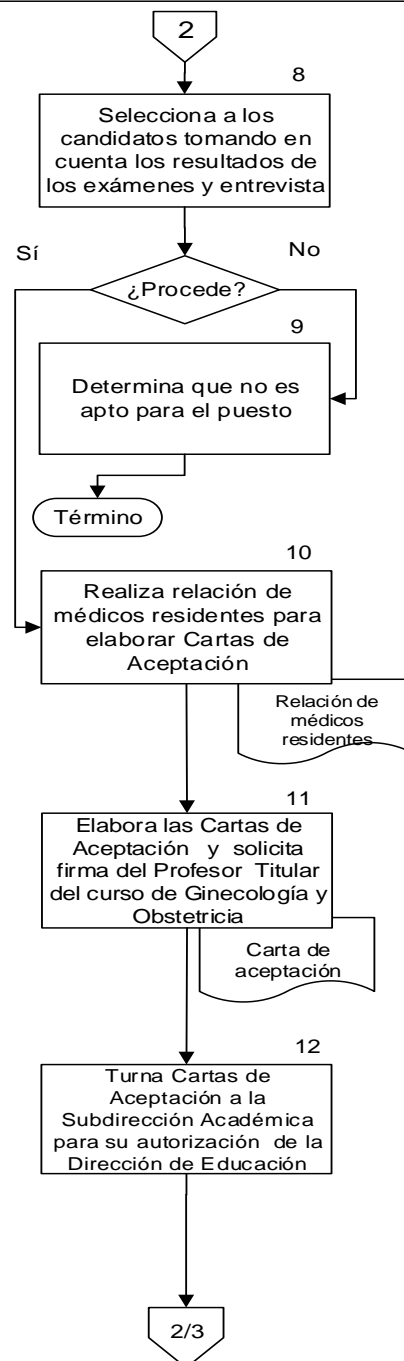
**23.- Procedimiento para la Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia**

Hoja: 6 de 8

Director (a) de Educación en Ciencias de la Salud

Subdirector (a) Académica

Subdirector (a) Académica  
(Departamento de Programas Académicos y Educación Continua)





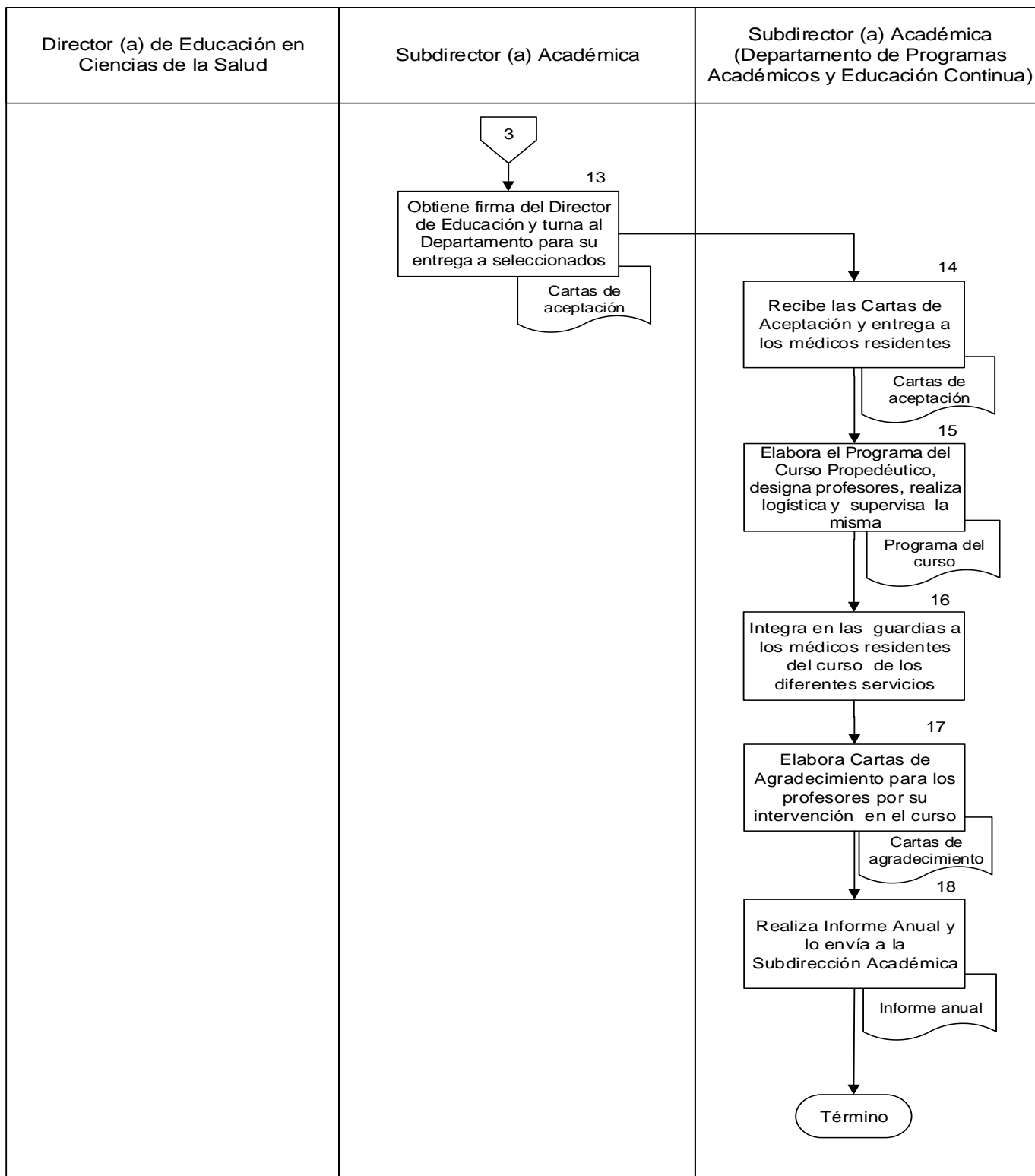
**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Educación en Ciencias de la Salud**

**23.- Procedimiento para la Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia**

Hoja: 7 de 8



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Educación en Ciencias de la Salud</b>	
	<b>23.- Procedimiento para la Selección y Contratación a los Médicos Residentes que Ingresan a la Especialidad de Ginecología y Obstetricia</b>	<b>Hoja: 8 de 8</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 2013 09/2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Documentos de candidatos	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.1
7.2 Listado del registro de candidatos	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.4
7.3 Examen Psicométrico	2 años	Departamento de Relaciones Laborales	3S.4
7.4 Examen de Competencia	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.4
7.5 Relación de Médicos Residentes	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.4
7.6 Copias de Cartas de Aceptación	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.4
7.7 Programa de curso Propedéutico	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.1
7.8 Copias de Carta de Agradecimiento	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.1
7.9 Informe Anual	2 años	Departamento de Programas Académicos y Educación Continua	3S.1

## 8.0 Glosario

8.1 **Médico residente:** Es aquel profesional medico que para obtener su titulo de médico especialista permanece en los centros y en las Unidades Docentes acreditadas un periodo limitado en el tiempo, de práctica profesional programada y supervisada, afín de alcanzar de forma progresiva, los conocimientos y la responsabilidad profesional para ejercer la especialidad de modo eficiente.



8.2 **Selección:** Serie de pasos específicos para decidir qué solicitantes deben ser contratados.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia



## 10.0 Anexos

10.1 No aplica

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-24</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>24.- Elaboración de Modificación y Registro de la Estructura Orgánica</b>		<b>Hoja: 1 de 9</b>

## 24.- Elaboración de Modificación y Registro de la Estructura Orgánica



 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INPer	<b>INPer-DP-MP-24</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>24.- Elaboración de Modificación y Registro de la Estructura Orgánica</b>		<b>Hoja: 2 de 9</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1 Elaborar, tramitar y registrar de manera oficial, la Estructura Orgánica del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, ante las autoridades correspondientes, para cumplir con la normatividad establecida por la Secretaría de Salud.

## 2.0 Alcance


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional (Departamento de Estrategias Organizacionales).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable ante la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud (DGPOP).

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Estrategias Organizacionales, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Atender las solicitudes de modificación a la Estructura Orgánica, presentadas por la Dirección General, previo Acuerdo en la Sesión Ordinaria de Órgano de Gobierno.
  - Elaborar y tramitar el registro oficial de la Estructura Orgánica ante la DGPOP, mediante el documento denominado "Propuesta de Modificación Estructural", mismo que deberá contener los siguientes aspectos:
    - ❖ Carátula
    - ❖ Índice (Anexo 2)
    - ❖ Justificación General (Anexo 3)
    - ❖ Estructura Orgánica Actual Autorizada Vigente (Anexo 4)
    - ❖ Cuadro Comparativo Autorizado Vigente (Anexo 5)
    - ❖ Estructura Orgánica Propuesta (Anexo 6)
    - ❖ Cuadro Comparativo (Anexo 7)
    - ❖ Estructura Orgánica con identificación de movimientos (Anexo 8)
    - ❖ Cambio de Denominación y Adscripción
    - ❖ Justificación Técnico Funcional, Objetivo, Atribuciones y Funciones (Anexo 9)
    - ❖ Cuadro de Movimientos de: Cancelación, Creación, Conversión, Renivelación, Cambios de Adscripción y/o Denominación y/o Traspaso de Plazas (Anexo 10)
    - ❖ Cédula de Valuación de Puestos (Anexo 11)
    - ❖ Formato Único de Movimientos Presupuestarios en Servicios Personales 380-A-1.0/10.005 y 006.
  - Elaborar la descripción y perfil de los puestos que se identifiquen en el movimiento de Cancelación, Creación, Conversión, Renivelación, Cambios de Adscripción y/o Denominación y/o Traspaso de Plazas, así como gestionar las firmas de los responsables para la obtención del folio que otorga el Sistema de Validación de Valuación de puestos (SIVAL).
  - Observar las disposiciones para la aprobación y registro de estructuras organizacionales que emiten las globalizadoras, para su cumplimiento. (Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Recursos Humanos y Organización).


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-MP-24</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>24.- Elaboración de Modificación y Registro de la Estructura Orgánica</b>		<b>Hoja: 3 de 9</b>

- Verificar que el Departamento de Tecnologías de la Información ingrese la Estructura Orgánica autorizada en la página de internet del Instituto para su difusión.
  - Tramitar ante la DGPOP, durante el primer trimestre del ejercicio fiscal de que se trate, la aprobación y registro de la Estructura Orgánica (refrendo). Lo anterior con base al Artículo Cuarto transitorio del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal estipulado en el 2007 y al Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, verificar que el Departamento de Remuneraciones, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Capturar en el Sistema de Aprobación y Registro de Estructuras Organizacionales (SAREO) el inventario de plazas conforme a lo autorizado, al inicio del ejercicio fiscal correspondiente, por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), y en su caso emitir la justificación de las diferencias, para la obtención del refrendo de la estructura orgánica del INPer, con base en lo establecido en el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización.
  - Obtener el registro en el SAREO de los movimientos que en su caso se realicen por modificación de estructura, de acuerdo a lo establecido en el Manual Administrativo de Aplicación General en materia de Recursos Humanos y Organización.

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>24.- Elaborar la Modificación y Registro de la Estructura Orgánica</b>	<b>Hoja: 4 de 9</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

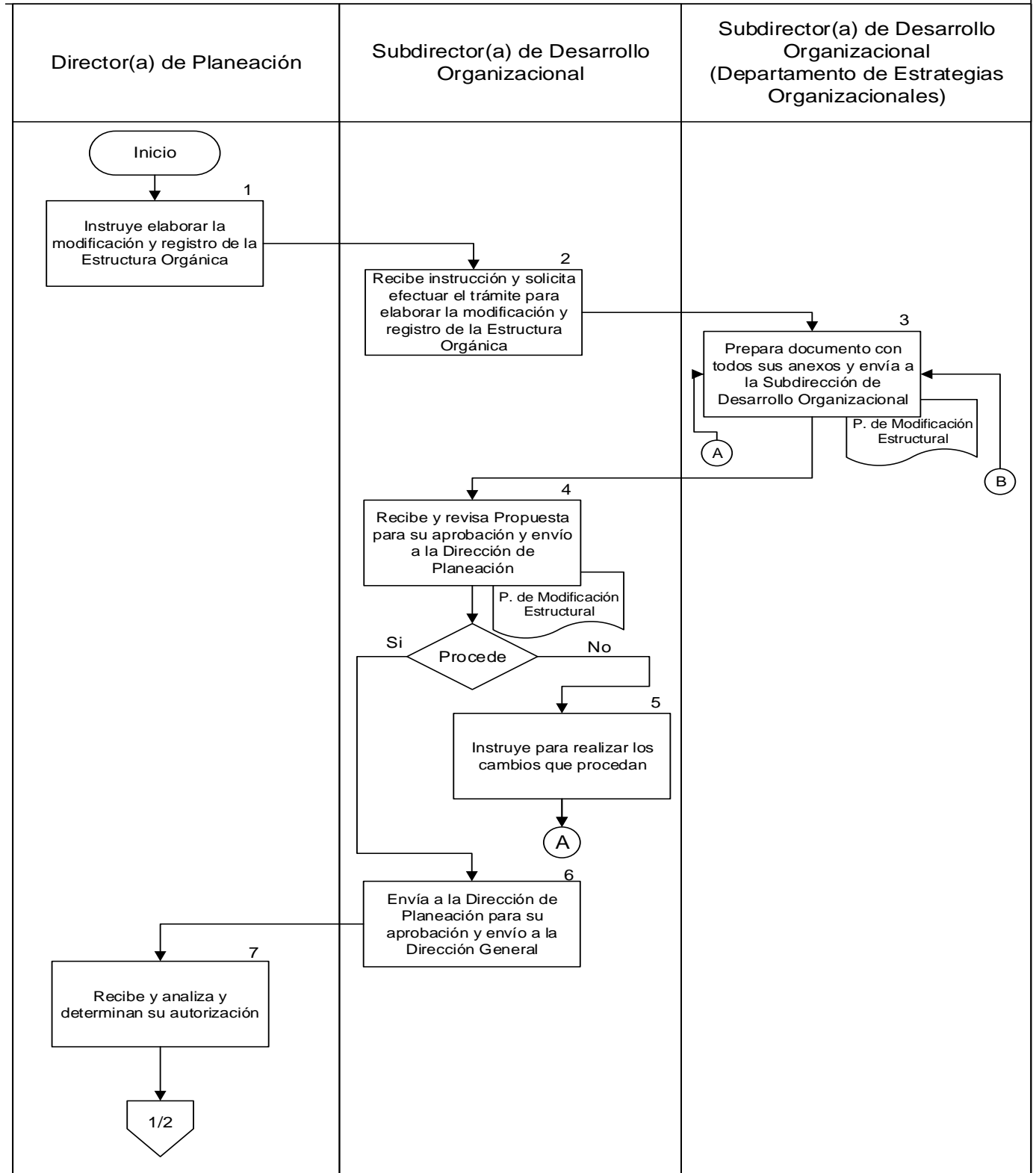
Responsable	N° Act.	Descripción de Actividades	Documento Anexo
Director(a) de Planeación	1	Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional elaborar la modificación y registro de la Estructura Orgánica.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Estrategias Organizacionales efectuar el trámite para elaborar la modificación y registro de la Estructura Orgánica.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Estrategias Organizacionales)	3	Prepara el documento "Propuesta de Modificación Estructural" con todos sus anexos y envía a la Subdirección de Desarrollo Organizacional para su revisión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta de Modificación Estructural</li> </ul>
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	4	Recibe y revisa "Propuesta de Modificación Estructural", para su aprobación y envío a la Dirección de Planeación para su autorización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta de Modificación Estructural</li> </ul>
	5	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Instruye para realizar los cambios que procedan. <b>Regresa actividad N° 3.</b>	
	6	<b>Si:</b> Envía a la Dirección de Planeación para su aprobación y envío a la Dirección General.	
Director(a) de Planeación	7	Recibe y analiza "Propuesta de Modificación Estructural" y de común acuerdo con la Dirección General y los/las titulares de las áreas involucradas determinan su autorización.	
	8	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Propone modificaciones y solicita la realización de las mismas. <b>Regresa a la actividad N° 3.</b>	
	9	<b>Si:</b> Autoriza y solicita a la Subdirección de Desarrollo Organizacional inicie el trámite de registro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta de Modificación Estructural</li> </ul>
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	10	Solicita al Departamento de Estrategias Organizacionales inicie el trámite para el registro oficial de la propuesta de modificación a la Estructura Orgánica.	

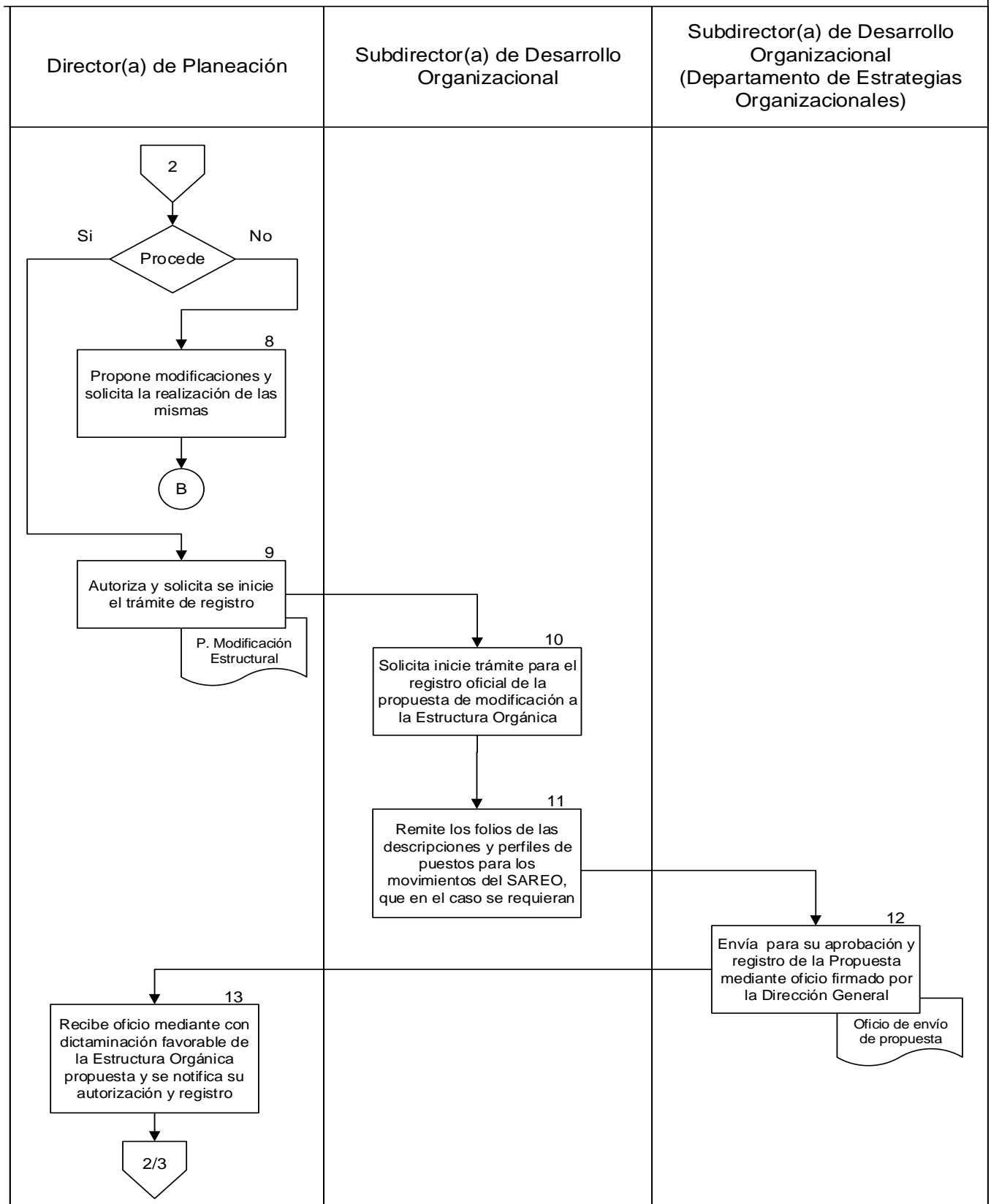
 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>24.- Elaborar la Modificación y Registro de la Estructura Orgánica</b>	<b>Hoja: 5 de 9</b>

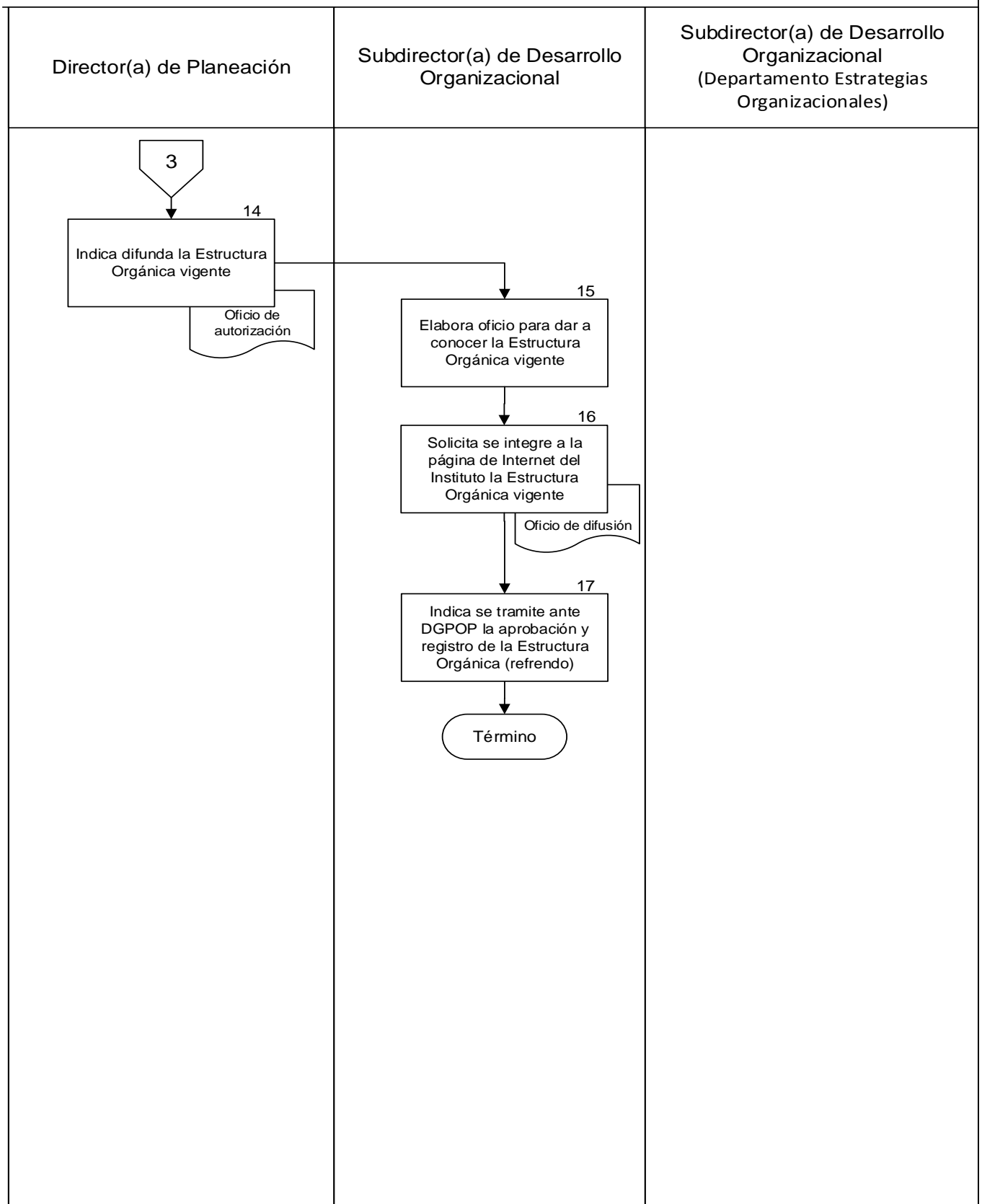
<b>Responsable</b>	<b>N° Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento Anexo</b>
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	11	Remite al Departamento de Remuneraciones los folios de las descripciones y perfiles de puestos registrados en el Sistema SIVAL para los movimientos del SAREO, que en el caso se requieran.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Estrategias Organizacionales)	12	Envía a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, para su aprobación y registro, la "Propuesta de Modificación Estructural", mediante oficio firmado por la Dirección General.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de envío de propuesta</li> </ul>
Director(a) de Planeación	13	Recibe de la Dirección General oficio girado por la Subsecretaría de Administración y Finanzas y/o Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, mediante el cual se dictamina favorablemente la Estructura Orgánica propuesta y se notifica su autorización y registro ante la globalizadora correspondiente.	
	14	Indica a la Subdirección de Desarrollo Organizacional difunda la Estructura Orgánica vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de autorización de Estructura Orgánica</li> </ul>
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	15	Elabora oficio para firma de la Dirección de Planeación, dirigido a las Direcciones de área, mediante el cual se da a conocer la Estructura Orgánica vigente.	
	16	Solicita al Departamento de Tecnologías de la Información integre a la página de Internet del Instituto la Estructura Orgánica vigente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de difusión</li> </ul>
	17	Indica al Departamento de Estrategias Organizacionales, tramite ante la DGPOP, durante el primer trimestre del ejercicio fiscal que corresponda, la aprobación y registro de la Estructura Orgánica (refrendo).	
		<b>Termina Procedimiento</b>	




### 5.0 Diagrama de flujo







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>24.- Elaborar la Modificación y Registro de la Estructura Orgánica</b>	<b>Hoja: 9 de 9</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Propuesta de Modificación Estructural	6 Años	Departamento de Estrategias Organizacionales	3C.10
7.2 Copia Oficio de Envío de Propuesta	6 Años	Departamento de Estrategias Organizacionales	3C10/No. de Oficio
7.3 Copia Oficio de Autorización de Estructura Orgánica	6 Años	Departamento de Estrategias Organizacionales	3C10/No. de Oficio
7.4 Oficio de Difusión	3 Años	Departamento de Estrategias Organizacionales	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

8.1 **Estructura Orgánica:** Sistema formal en el que se plasman los niveles jerárquicos y la división funcional de la organización. Define la interrelación y coordinación de las autoridades propias de un grupo de individuos a efecto de lograr el cumplimiento de determinados objetivos.



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia



## 10.0 Anexos

10.1 No aplica



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-25</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 1 de 32</b>

## 25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-25</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 2 de 32</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Asignar a la población usuaria de los servicios que proporciona el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, el nivel socioeconómico para el pago de la cuota de recuperación que corresponda a su situación económica prevaleciente.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Dirección Médica, Subdirección de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.



## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Asignar el nivel socioeconómico a la población usuaria del INPer a través de la aplicación del Estudio Socioeconómico, el cual deberá contar con el nombre, firma y cédula profesional del personal de Trabajo Social que lo elabore.
- Verificar que los niveles socioeconómicos para el cobro a la población usuaria estén comprendidos en el Tabulador de Cuotas de Recuperación, incluyendo el de exento de pago.
- Consignar el ingreso neto mensual en aquellas pacientes que presenten como comprobante un recibo de pago privado o gubernamental.
- Comunicar a la paciente y/o familiar que deberá proporcionar la información y la documentación necesaria para determinar su nivel socioeconómico.

Dicha documentación se presentará en original y copia, tanto de la paciente como del esposo, o pareja, o persona de quien depende económicamente:



- ✓ Acta de nacimiento y CURP
- ✓ Acta de matrimonio o constancia de situación civil
- ✓ Comprobante de domicilio actual
- ✓ Constancia oficial de empleo o constancia de hechos que acredite la ocupación, ingresos económicos y dependientes económicos y/o estudio socioeconómico expedido por la demarcación y/o municipio
- ✓ Identificación personal vigente con nombre, fotografía y firma
- ✓ Constancia electrónica de NO vigencia de derechos al IMSS, constancia electrónica de no afiliación al ISSSTE. De contar con Seguridad Social IMSS o ISSSTE, presentar: Constancia de vigencia de derechos, en la cual se pueda constatar el número de seguridad social vigente y activo u Hoja de Alta del Departamento de Vigencias de Derechos de su Institución de Afiliación, vigente y activo y Recibo de Nómina (los documentos señalados con anterioridad deberán tener vigencia no mayor a un mes).
- ✓ Se examinará la presentación de estos formatos a los trabajadores de base y de confianza, familiares directos y personal médico residente del INPer.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-25</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 3 de 32</b>



- ✓ De contar con Seguro de Gastos Médicos, presentar la póliza vigente correspondiente, que ampare a la solicitante como titular o beneficiario de la misma.
- ✓ Para derechohabientes de Seguro Popular deberá presentar Póliza de seguro vigente, la cual debe describir a los beneficiarios de la misma y cubrir la atención gineco-obstétrica.
- Extraer los datos complementarios de número de dependientes económicos, egreso mensual, características de la vivienda y estado de salud paciente/familiar del comprobante que presenta, si este documento lo contiene. Si la paciente no presenta documentos que indiquen el ingreso económico, y no labora en empresa privada o gubernamental, esta información se obtendrá de manera escrita de puño y letra de la paciente y podrá incluir su situación civil, siempre y cuando no esté casada civilmente. En relación a los egresos se tomarán como básicos: alimentación, agua, gas y luz.
- Indicar a la paciente que de no presentar la documentación de acuerdo a los requisitos para la apertura de expediente (2440-04) por Consulta Externa o Urgencias, se programará hasta una segunda cita, durante la cual deberá exhibir definitivamente dichos comprobantes, de lo contrario no podrá continuar con el proceso de apertura de expediente (a excepción las pacientes cuyo diagnóstico se determine como urgencia calificada y requiera de una atención inmediata).
- Proporcionar a la paciente el documento de “Compromiso formatos de seguridad social” (9104-49) para presentar en una segunda cita las constancias de no afiliación al IMSS y al ISSSTE, cuando no haya tramitado y presentado dichos documentos al momento de la apertura de expediente y su diagnóstico de salud sea importante o su domicilio quede distante del Instituto (pacientes foráneas).
- Establecer el compromiso con la paciente para presentar los documentos faltantes en cita subsecuente y/o en hospitalización, si esta ocurriera antes de la cita comentada, formalizándolo a través de su firma en el estudio socioeconómico, de no ser así quedará enterada de que se procederá a aumentar dos niveles más al asignado inicialmente; en el caso de pacientes con derechohabiencia a cualquier esquema de aseguramiento (IMSS, ISSSTE y Seguro de Gastos Médicos Mayores), el nivel asignado será Nivel “K”.
- Considerar que para la aplicación de la política anterior se deberá observar lo siguiente:
  - ✓ El diagnóstico y tratamiento médico que pudiera determinar el eximir el aumento del nivel, sin descartar el compromiso de presentar todos los documentos faltantes, y
  - ✓ La entrega oportuna de los documentos indispensables para determinar el nivel socioeconómico (el comprobante de ocupación e ingresos y la constancia de no filiación a cualquier esquema de aseguramiento social o servicio médico). El resto de los documentos que le faltaran, los podrá presentar hasta en su próxima cita o al momento de la hospitalización, si fuera el caso.

Se analizará, además, las siguientes situaciones:



- ✓ Citas programadas al servicio e inasistencias, tiempo transcurrido desde la apertura de expediente, reingresos hospitalarios, estancia hospitalaria prolongada.
- Otorgar a la paciente (en los casos de ingreso de primera vez por el servicio de Urgencias siempre y cuando continúe su control médico en el Instituto) una prórroga para la entrega de la documentación de tal forma que para su cita subsecuente o en su caso en la siguiente hospitalización ya esté integrado su nivel socioeconómico, tomando en consideración los puntos de la política inmediata anterior.
- Establecer el nivel socioeconómico de acuerdo al resultado del Estudio Socioeconómico y al Manual de Criterios de Asignación de Nivel Socioeconómico del INPer, considerando la situación de salud de la paciente, en caso de que sea la principal aportante para la economía familiar; el impacto de la enfermedad afecta de manera importante en la situación financiera de la paciente; en los casos de estancia prolongada en hospitalización y procedimientos de alta especialización que conlleven un costo elevado en la cuota total.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-MP-25</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 4 de 32</b>

- Solicitar la firma en el Aviso de Privacidad (9000-01) como medida en que se mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada.
- Identificar si la paciente, familiar o persona responsable presenta alguna discapacidad, dificultad visual, auditiva, o motora; si es adulto mayor, tiene discapacidad mental o emocional, pertenezca a alguna comunidad indígena o sean considerados vulnerables para intervenir con el equipo médico, para darles prioridad en las acciones que favorezcan su proceso de atención.
- Sensibilizar tanto a la paciente como al familiar o persona responsable sobre su compromiso para cubrir las cuotas de recuperación de acuerdo al nivel socioeconómico asignado.
- Proporcionar en todo momento a la paciente, familiar o persona responsable, un trato cordial, amable y empático, basado en el Código de Ética Institucional, respetando sus valores, creencias, ideología y origen, así como resguardar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
- Dar cumplimiento a la política de “Cero Rechazo” en lo referente a no condicionar la atención de urgencia calificada hasta su estabilización, traslado o atención definitiva de la paciente, al pago de una cuota de recuperación.
- Observar que en los casos de referencia de pacientes, entre los diferentes INSalud, Hospitales Federales de Referencia, Regionales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica, se respete la clasificación del nivel socioeconómico que, para efecto de pago de cuotas de recuperación haya sido asignado por el personal de Trabajo Social de la Institución que origina la referencia, debiendo presentar y constatar la siguiente documentación:
  - Hoja de referencia con el nivel socioeconómico actualizado, debidamente sellado por la unidad médica que refiere.
  - Carnet de citas de la Institución de procedencia con nivel socioeconómico asignado.
- Anotar el nivel correspondiente del estudio socioeconómico en el Carnet de Citas (2440-18) e informar a la paciente y/o tutor responsable el nivel asignado.
- Dar vigencia de 5 años al estudio socioeconómico en los casos de pacientes obstétricas, ginecológicas, infertilidad y de climaterio, lo cual se especificará en el carnet de citas de las pacientes.
- Aplicar el nivel “K”, en los siguientes casos:
  - ✓ Pacientes extranjeras que no residan en el país y que predominantemente hagan uso de los servicios del Instituto.
  - ✓ Pacientes de servicios subrogados y los referidos por Instituciones privadas.
  - ✓ Pacientes derechohabientes de la Seguridad Social (ISSEMYM, PEMEX, CFE, STCM) que demanden directamente el servicio de tercer nivel.
  - ✓ Pacientes que cuenten con Seguridad Social IMSS o ISSSTE, Seguro de Gastos Médicos Mayores y cuya póliza cubra la atención gineco-obstétrica, deberá informar al personal médico para el llenado de los documentos correspondientes.
  - ✓ Pacientes referidas y no referidas por el IMSS e ISSSTE cuya complicación sea considerada una emergencia obstétrica al amparo del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica (CAEO).
- Cumplir con el artículo 176, fracción 1 de las Condiciones Generales de Trabajo del INPer para que las y los trabajadores de base, o a sus familiares directos (esposa, madre e hija), se les asigne el nivel socioeconómico 1.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-25</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 5 de 32</b>

- Asignar el nivel 1 al personal operativo de confianza, por honorarios y a familiares directos (esposa, madre e hija).
- Asignar el nivel 2 a los y las servidores/as públicos y sus familiares directos (esposa, madre e hija), que tengan plaza de Jefe/a de Departamento, Subdirector/a y Director/a.
- Autorizar el nivel 1 al personal médico residente la esposa que pertenezca a los Institutos Nacionales de Salud; siempre y cuando cubran los requisitos de acuerdo a los lineamientos establecidos con el INPer.
- Otorgar la exención de pago, con la autorización del Director General, cuando:
  - La población, cuya evaluación de los 5 indicadores del estudio socioeconómico arroje un puntaje menor de 12.
  - Se presenten casos calificados como de protección institucional y sean solicitados expresamente por el organismo remitente.
- Someter a aprobación de la Dirección General la solicitud de exención de pago mediante el resultado del análisis socio-médico realizado a la paciente (situación que no aplicará a pacientes que cuenten con seguridad social, seguro de gastos médicos mayores o póliza de seguro popular) e integrado por los siguientes criterios:
  - Diagnóstico médico severo.
  - Con puntaje menor a 12 en estudio socioeconómico aunado al resultado del estudio social que incluye visita domiciliaria.
- Analizar variables socioeconómicas de la paciente y su familia, para determinar si procede cambio en su nivel socioeconómico, tomando en consideración lo siguiente: la complejidad de los procedimientos y/o apoyos del diagnóstico y tratamiento a realizar, que se requiera de largos periodos de estancia hospitalaria, por pérdida de empleo del proveedor económico, o por alguna situación que deteriore la economía familiar, a excepción de pacientes que cuenten con seguridad social, seguro de gastos médicos mayores o póliza de seguro popular.
- Solicitar, en cualquiera de los supuestos mencionados, la documentación necesaria que compruebe la situación prevaleciente.
- Supervisar que toda paciente posterior a su pre consulta (consulta de valoración médica) que amerite atención subsecuente, cuente con estudio socioeconómico, con el cual se inicia el procedimiento de apertura de expediente.
- Verificar que la captura de información para la apertura de expediente se realice en el Sistema del Expediente Clínico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, cuando excepcionalmente éste no pueda utilizarse, la captura se realizará en forma manual, debiendo integrarse la información al sistema a la brevedad posible. Consultar el Manual sobre el manejo del Sistema de Cómputo de Trabajo Social.
- Solicitar a las pacientes que ingresen al Instituto por indicación de la Dirección General, exhibir la orden de atención donde se especifique la dispensa de la presentación de los documentos para la apertura de expediente, estableciendo el compromiso obligado de presentarlos en cita subsecuente o en hospitalización.
- Anexar al expediente clínico los documentos presentados por la paciente junto con el estudio socioeconómico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.
- Contactar a la instancia correspondiente, a través de las embajadas, del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) o del personal del mismo Instituto en los casos en que la paciente no hable español


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-25</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 6 de 32</b>

y/o a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para que le asigne un intérprete en los casos que hable alguna lengua indígena y no se encuentre algún familiar que funja como intérprete. (Ver procedimiento N° 29 "Participación de Intérpretes en lenguas indígenas para la atención de pacientes").

- Realizar visita domiciliaria, en aquellos casos que por la complejidad de los mismos, se amerite corroborar la información recibida por la paciente. (Ver Procedimiento N° 18 "Visita Domiciliaria").
- Proporcionar la información contenida en este Procedimiento a la población usuaria del Instituto, a través de la comunicación directa, clara y exacta, acorde a las condiciones socioculturales que el paciente, familiar o responsable presenten (formato, lenguaje e idioma).

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico (Departamento de Consulta Externa), verificar que cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Determinar el ingreso de la paciente al Instituto de acuerdo a los criterios establecidos y enviarla al Departamento de Trabajo Social para dar inicio al procedimiento de apertura de expediente.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 7 de 32</b>

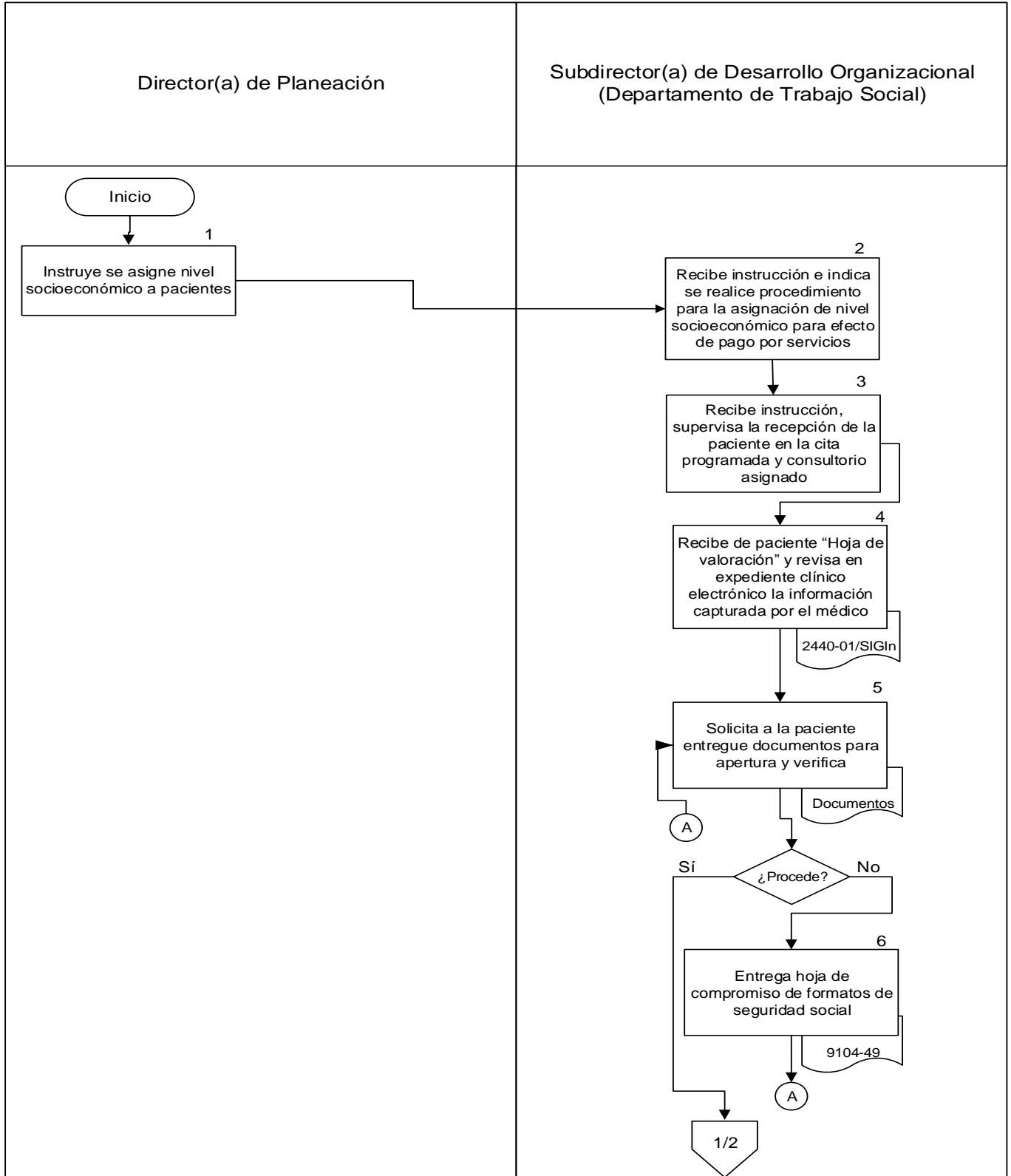
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) de Planeación	1	Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional para la asignación del nivel socioeconómico a pacientes.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social)	2	Recibe instrucción e indica al Departamento de Trabajo Social realizar el procedimiento para la asignación del nivel socioeconómico para efecto de pago por los servicios que correspondan.	
	3	Recibe instrucción y supervisa que el personal adscrito reciba a la paciente en la cita programada en el consultorio asignado para la apertura de expediente.	
	4	Recibe de la paciente "Hoja de Valoración, Consulta de 1ª Vez" y revisa en el expediente clínico la información previamente capturada por el médico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-01/SIGIn</li> </ul>
	5	Solicita a la paciente entregue los documentos para la apertura conforme al formato de requisitos y verifica ¿Qué estén completos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos</li> </ul>
	6	<b>No:</b> Entrega hoja de compromiso de formatos de seguridad social, en caso de un diagnóstico de salud importante. <b>Regresa a actividad N° 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-49</li> </ul>
	7	<b>Sí:</b> Recibe documentos en original y copia los cuales se integraran al formato de "Registro y verificación de documentos" y efectúa la entrevista a la paciente, captura la información en el expediente clínico electrónico de Asignación de Nivel Socioeconómico, de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, para obtener el "Estudio Socioeconómico" y se proporciona aviso de privacidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-06/SIGIn</li> <li>• 9104-18/SIGIn</li> <li>• 9000-01</li> </ul>
	8	Informa a la paciente sobre la clasificación asignada y trámites administrativos que debe realizar.	
	9	Elabora y entrega a la paciente, el "Carnet de Citas".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-18</li> </ul>
	10	Envía a la paciente a Caja para que realice el pago correspondiente de la consulta de 1ª vez y a Consulta Externa para programar cita subsecuente.	
	11	Registra nivel socioeconómico asignado a la paciente en el "Informe Diario" y Libreta de Control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-43</li> <li>• Libreta de control</li> </ul>
	12	Elabora Informe Mensual con base al Reporte Diario y Libreta de Control para el envío a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, así para el Departamento de Estadística y Metas Institucionales para el registro estadístico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Mensual</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	





### 5.0 Diagrama de flujo







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

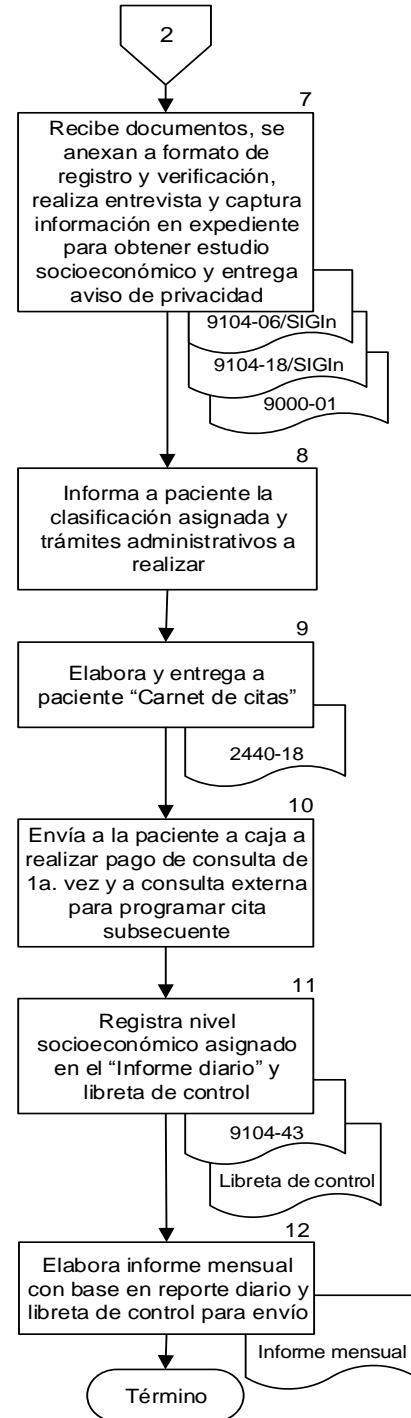
**Dirección de Planeación**


**25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes  
para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación**

**Hoja: 9 de 32**

Director(a) de Planeación


Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional  
(Departamento de Trabajo Social)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 10 de 32</b>

## 6.0 Documentos de referencia

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 9/2013 Septiembre-2013
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud	NOM-024-SSA3-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
6.4 Acuerdo con el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría	DOF 27-05-2013
6.5 Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica, Suscrito el 28-05-2009 por el IMSS, ISSSTE y SS	NP
6.6 Anexo 1, Listado de Unidades Médicas con capacidad resolutive para la atención de la Emergencia Obstétrica, actualizado el 17 de octubre de 2016, por la Comisión para la Coordinación de Acciones del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica. Clausula decima primera del convenio	NP
6.7 Anexo 2 del Con Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica, aceptado el 1° de agosto de 2011 por el IMSS, ISSSTE y SS	NP
6.8 Condiciones Generales de Trabajo del INPer	NP


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 11 de 32</b>

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Hoja de Valoración, Consulta de Primera Vez"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/2440-01/SIGIn
7.2 "Documentos"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/NP
7.3 "Compromiso formatos de seguridad social"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-49/SIGIn
7.4 "Registro y verificación de documentación"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-06/SIGIn
7.5 "Estudio Socioeconómico"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-18/SIGIn
7.6 "Aviso de privacidad"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9000-01/SIGIn
7.7 "Carnet de Citas"	N/P	Paciente	2440-18
7.8 "Informe Diario"	1 año	Departamento de Trabajo Social	9104-43/Documento de comprobación inmediata
7.9 Libreta de Control	3 años	Departamento de Trabajo Social	N/P
7.10 Informe Mensual	3 años	Departamento de Trabajo Social	N/P

## Glosario

- 8.1 Carnet:** Documento que identifica a la población usuaria de los servicios del Instituto en el que se programan las citas para otorgar los servicios médicos.
- 8.2 Estudio socioeconómico:** Instrumento utilizado por el personal de Trabajo Social para conocer la situación económica y social de la familia y asignar una clasificación con base a la cual se aplican las cuotas de recuperación para el pago de los servicios en el Instituto.
- 8.3 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otras.
- 8.4 Nivel Socioeconómico:** Evaluación cuantitativa que le permite al personal de Trabajo Social clasificar a las pacientes de acuerdo a su condición económica.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 12 de 32</b>

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1	Hoja de Valoración, Consulta de Primera Vez	(2440-01) / SIGIn
10.2	Compromiso formatos de seguridad social	(9104-49) / SIGIn
10.3	Registro y verificación de documentos	(9104-06) / SIGIn
10.4	Estudio Socioeconómico	(9104-18) / SIGIn
10.5	Aviso de Privacidad	(9000-01) / SIGIn
10.6	Carnet de Citas	(2440-18)
10.7	Informe Diario	(9104-43)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 13 de 32</b>

## 10.1 Hoja de Valoración, Consulta de Primera Vez



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



### HOJA DE VALORACIÓN CONSULTA DE 1ª VEZ

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ **(1)** de 20 \_\_\_\_\_

**PERSONAL DE CONTROL DE CITAS  
CONSULTA DE PRIMERA VEZ  
PRESENTE**

LA C. \_\_\_\_\_ **(2)** CON FOLIO **(3)**  
Y CON EDAD DE **(4)** AÑOS, REÚNE LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA SER **ACEPTADA EN FORMA PROVISIONAL** COMO  
PACIENTE EN: \_\_\_\_\_ **(5)**

DIAGNÓSTICO DE ACEPTACIÓN: \_\_\_\_\_ **(6)**

FAVOR DE OTORGAR SU CITA CORRESPONDIENTE. EL DÍA DE SU CITA, ADEMÁS DE LA DOCUMENTACIÓN GENERAL  
SOLICITADA, DEBE PRESENTAR COMO COMPROBANTES DE CARÁCTER MÉDICO: \_\_\_\_\_ **(7)**

OTRO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ **(8)**

**SU ACEPTACIÓN DEFINITIVA QUEDARÁ CONDICIONADA A LA PRESENTACIÓN DE TODOS  
LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.**

**(9)**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE EL/LA MÉDICO/A QUE VALORÓ

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**FAVOR DE PRESENTAR ESTA HOJA EL DÍA DE SU CITA, SIN ELLA, LAMENTABLEMENTE  
NO PODRÁ REALIZAR NINGÚN TRÁMITE. GRACIAS**

PARA AGILIZAR SU TRÁMITE, FAVOR DE ORDENAR SUS DOCUMENTOS DE LA SIGUIENTE FORMA: **(10)**

ORDEN	FORMATO	ESPECIFICACIÓN
1°	COPIA	<b>ACTA DE NACIMIENTO</b> Paciente y pareja o de quien depende
2°	COPIA	<b>CURP</b> Paciente y pareja o de quien depende
3°	COPIA	<b>COMPROBANTE DE DOMICILIO</b> Agua o predio o constancia domiciliaria
4°	ORIGINAL	<b>FORMATOS</b> Del IMSS e ISSSTE
5°	ORIGINAL Y COPIA	<b>COMPROBANTE DE INGRESOS</b> Estudio socioeconómico o carta laboral o recibo de pago o constancia de hechos que reporta ingreso
6°	COPIA	<b>IDENTIFICACIÓN</b> Paciente y pareja o de quien depende
7°	COPIA	<b>ACTA</b> Matrimonio o informativa que reporte situación civil

SI ES REFERIDA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DEBE PRESENTAR: **(11)**

*	COPIA	<b>FORMATO</b> Referencia y/o contrareferencia del Instituto
---	-------	---

EN EL REVERSO DE ESTA HOJA, FAVOR DE ANOTAR: NÚMERO DE TELÉFONO LOCAL, CELULAR Y DOMICILIO COMPLETO.

FECHA DE IMPRESIÓN: \_\_\_\_\_ **(12)**

**2440-01**


**Montes Urales N° 800**

**Lomas Virreyes**

**Ciudad de México**

**CP. 1000**


**Licencia Sanitaria N° 1011011039**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 14 de 32</b>

## 10.1 Hoja de Valoración, Consulta de Primera Vez

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
HOJA DE VALORACIÓN CONSULTA DE 1ª VEZ  
2440-01

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	Día, mes y año en que se llena la presente hoja de valoración de la consulta de primera vez
2	NOMBRE	Nombre completo de la paciente
3	N° DE FOLIO	Número de folio asignado por el Instituto
4	EDAD	Número de años cumplidos de la paciente
5	ACEPTACIÓN EN FORMA PROVISIONAL	Especificar el servicio de referencia en el que fue aceptada en forma provisional
6	DIAGNÓSTICO DE ACEPTACIÓN	Describir el diagnóstico médico de aceptación al Instituto
7	COMPROBANTES DE CARÁCTER MÉDICO	Especificar que documentación adicional se requiere como comprobante de carácter médico
8	OTRO DOCUMENTO	Documentación adicional que solicita el personal médico
9	NOMBRE DEL/LA MÉDICO/A QUE VALORÓ Y FIRMA	Nombre completo del/la médico/a que valoró y firma autógrafa
10	ORDEN DE DOCUMENTOS	Presentar la documentación en el orden en que se especifica en el recuadro, en original y/o copia señalado
11	REFERENCIA DE OTRO INSTITUTO	Presentar formato de referencia o contrareferencia en caso de ser canalizada de otro Instituto
12	FECHA DE IMPRESIÓN	Día, mes y año en que se imprime el presente formato

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 15 de 32</b>

## 10.2 Compromiso formatos de seguridad social



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN  
SUBDIRECCION DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



### COMPROMISO FORMATOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Yo \_\_\_\_\_ (1)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre/s

declaro libremente mi compromiso para presentar las **Constancias de**

**NO Afiliación** al **IMSS e ISSSTE**, en mi siguiente cita en el Departamento de Trabajo


Social, con los cuales demostraré no contar, ni tener derecho a Seguridad Social.

(2)

\_\_\_\_\_  
Firma

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (3) de \_\_\_\_\_

**9104-49**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 16 de 32</b>

## 10.2 Compromiso formatos de seguridad social

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “COMPROMISO FORMATOS DE SEGURIDAD SOCIAL”

**9104-49**

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE DE LA PACIENTE	Apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la paciente
2	FIRMA	Firma de la paciente
3	FECHA	Especificar el día, mes, y año en que se emite el presente formato



### 10.3 Registro y verificación de documentos




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN  
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



#### REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

<b>NOMBRE:</b> _____ (1)	
<b>EXPEDIENTE:</b> _____ (2)	<b>FECHA:</b> _____ (3)
<b>DOCUMENTOS PRESENTADOS</b>	
- ACTA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>
- VIGENCIA IMSS, ISSSTE U OTROS	<input type="checkbox"/>
- COMPROBANTE DE DOMICILIO (4)	<input type="checkbox"/>
- COMPROBANTE DE EMPLEO	<input type="checkbox"/>
- ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	<input type="checkbox"/>
- IDENTIFICACIÓN PERSONAL	<input type="checkbox"/>
- OTROS	<input type="checkbox"/>
<b>OBSERVACIONES</b>	
(5)	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<b>NOS PERMITIMOS INFORMARLE QUE DICHS DOCUMENTOS DEBERÁ CONSERVARLOS YA QUE PUEDEN SER REQUERIDOS EN CUALQUIER OTRA OCASIÓN DURANTE SU ATENCIÓN EN EL INSTITUTO.</b>	
(6)	(7)
<hr/> <b>FIRMA DE CONFORMIDAD</b>	<hr/> <b>TRABAJADORA SOCIAL</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 18 de 32</b>


### 10.3 Registro y verificación de documentos

#### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### “REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS”


**9104-06**

Nº	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE DE LA PACIENTE	El nombre completo de la paciente
2	Nº DE EXPEDIENTE	Número de expediente asignado por el Instituto
3	FECHA	El día, mes y año en que se llena el presente formato
4	DOCUMENTOS PRESENTADOS	Especificar los documentos presentados
5	OBSERVACIONES	Describir, si es el caso, las observaciones
6	FIRMA DE CONFORMIDAD	Firma de conformidad por parte de la paciente o familiar
7	TRABAJO SOCIAL	Nombre completo y firma del/a Trabajador/a Social



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 19 de 32</b>

## 10.4 Estudio Socioeconómico



	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		
VIGENCIA: (1)	CURP: (2)	EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)		
FECHA DE NACIMIENTO: (5)	EDAD: (6)	NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)
<b>DOMICILIO PERMANENTE (8)</b>		
CALLE:		
COLONIA:	MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:	ESTADO:	
TIPO DE VIALIDAD:	TIPO DE ASENTAMIENTO:	
TELÉFONO:	CELULAR U OTROS:	
RESIDENCIA: (9)	OTRO PAÍS:	
<b>DOMICILIO TEMPORAL (10)</b>		
CALLE:		
COLONIA:	MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:	ESTADO:	
TELÉFONO:	CELULAR U OTROS:	
NACIONALIDAD: (11)	ESTADO DE NACIMIENTO:	
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:		
PERSONA RESPONSABLE: (12)		
PARENTESCO:		
TELÉFONO:	EXTENSIÓN:	
<b>ESTUDIO SOCIAL</b>		
FECHA DE ESTUDIO: (13)	REALIZADO EN: (14)	
TIPO PACIENTE: (15)	EMERGENCIA OBST: (16)	
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?	SEM. GESTACIÓN: (18)	
CANALIZADO POR: (20)	SERV. MÉDICO: (19)	
ESTADO CIVIL: (22)	CANALIZADO EN FORMA: (21)	
	EDAD COMPAÑERO: (23)	
	NO. SEGURO SOCIAL:	
Página 1 de 4		
Montes Urales N° 800, Lomas de Virreyes, CP. 11000. Ciudad de México Licencia Sanitaria N° 1011011039 9104-18		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 20 de 32</b>


## 10.4 Estudio Socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b> <b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>	 <small>INPer</small>
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECONÓM.:
NÚMERO DE HIJOS VIVOS: <b>(24)</b>		
EDAD HIJOS: <b>(25)</b>		EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE: <b>(26)</b>		
RELIGIÓN COMPAÑERO:		
<b><u>ESCOLARIDAD</u>      <b>(27)</b></b>		
ESCOLARIDAD:	COMPAÑERO:	
AÑOS DE ESTUDIO:	AÑOS DE ESTUDIO:	
<b><u>INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS</u>      <b>(28)</b></b>		
¿COMUNIDAD INDÍGENA?:	DESCRIPCIÓN:	
UBICACIÓN:		LENGUA:
<b><u>CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO</u>      <b>(29)</b></b>		
OCUPACIÓN PACIENTE:		
DESCRIPCIÓN:		
OCUPACIÓN COMPAÑERO:		
DESCRIPCIÓN:		
PRINCIPAL APORTADOR: <b>(30)</b>		
PUNTOS: <b>(31)</b>		
<b><u>INGRESO FAMILIAR MENSUAL</u>      <b>(32)</b></b>		
PACIENTE:	COMPAÑERO:	OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: <b>(33)</b>		TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO:		PUNTOS: <b>(34)</b>



## 10.4 Estudio Socioeconómico


 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	 <b>INPer</b>																										
<b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>																												
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:																										
NOMBRE DEL PACIENTE:																												
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECON.:																										
<b><u>DESGLOSE DE EGRESOS</u> (35)</b>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">TIPOS DE EGRESOS</th> <th style="width: 30%;">IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alimentación Despensa</td><td></td></tr> <tr><td>Renta/ Hipoteca</td><td></td></tr> <tr><td>Agua</td><td></td></tr> <tr><td>Luz</td><td></td></tr> <tr><td>Gas</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos Escolares</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos en Salud</td><td></td></tr> <tr><td>Transporte</td><td></td></tr> <tr><td>Servicios Domésticos</td><td></td></tr> <tr><td>Consumos Adicionales</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>TOTAL:</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE	Alimentación Despensa		Renta/ Hipoteca		Agua		Luz		Gas		Teléfono		Gastos Escolares		Gastos en Salud		Transporte		Servicios Domésticos		Consumos Adicionales		<b>TOTAL:</b>		
TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE																											
Alimentación Despensa																												
Renta/ Hipoteca																												
Agua																												
Luz																												
Gas																												
Teléfono																												
Gastos Escolares																												
Gastos en Salud																												
Transporte																												
Servicios Domésticos																												
Consumos Adicionales																												
<b>TOTAL:</b>																												
EGRESO MENSUAL:	(36)																											
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:																												
PUNTOS:	(37)																											
SITUACIÓN ECONÓMICA:	(38)																											
<b><u>VIVIENDA</u> (39)</b>																												
TIPO TENENCIA:		SERV. INTRADOMICILIARIOS:																										
PUNTOS:		PUNTOS:																										
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:																												
PUNTOS:																												
NÚMERO DE DORMITORIOS:																												
PUNTOS:																												
PERSONAS POR DORMITORIO:																												
PUNTOS:																												
SERVICIOS PÚBLICOS:																												
PUNTOS:																												
TIPO DE VIVIENDA:																												
PUNTOS:		<b>TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (40)</b>																										
<b><u>ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR</u></b>																												
TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE:	(41)																											
PUNTOS:	(42)																											
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN:	(43)	PUNTOS: (44)																										
LUGAR DONDE SE ATIENDE:																												
NÚMERO DE ENFERMOS:	(45)																											
PUNTOS:	(46)	<b>EMPLEADO DEL INPer (47)</b>																										
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE:	(48)																											
		<b>TOTAL PUNTOS (49)</b>																										



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 22 de 32</b>

## 10.4 Estudio Socioeconómico

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NOVEL SOC. ECON.:
<b>DIAGNÓSTICOS SOCIALES (50)</b>		
DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:		
REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:	(51)	FIRMA:
RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO		
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASI MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA.		
AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA.		
NOMBRE:	(52)	FIRMA:
HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL. ACEPTO QUE SI NO CUMPLO CON ESTE REQUISITO EN LA FECHA SEÑALADA, SE ME AUMENTARÁN DOS NIVELES MÁS AL QUE SE ME ASIGNO INICIALMENTE.		
NOMBRE:		FIRMA:
Página 4 de 4		
Montes Urales N° 800, Lomas de Virreyes, CP. 11000. Ciudad de México. Licencia Sanitaria N° 1011011039 9104-18		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 23 de 32</b>


## 10.4 Estudio Socioeconómico

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO”


9104-18

Nº	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	VIGENCIA	Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años)
2	CURP	Clave Única de Registro de Población de la Paciente
3	EXPEDIENTE	Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información
4	NOMBRE DE LA PACIENTE	Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia de ésta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno
5	FECHA NACIMIENTO	Día, mes y año en que nació la paciente. En caso de que se desconozca se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato
6	EDAD	Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento
7	NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social
8	DOMICILIO PERMANENTE	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado donde se encuentra el domicilio de la paciente, así como número telefónico fijo y celular para su localización
9	RESIDENCIA, OTRO PAÍS	Área geográfica en que reside o nombre del país en caso de tratarse de paciente extranjera
10	DOMICILIO TEMPORAL	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado en dónde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización
11	NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO	Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la República y municipio
12	PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN	Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, y número telefónico y extensión para su localización


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 24 de 32</b>

13	FECHA DE ESTUDIO	Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico
14	REALIZADO EN	Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico
15	TIPO DE PACIENTE	Diagnóstico de ingreso de la paciente
16	EMERGENCIA OBSTÉTRICA	<p>Urgencias (se despliega el siguiente menú):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente sea referida oficialmente por el IMSS o ISSSTE</li> <li>- Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente tenga IMSS o ISSSTE pero acudió por propia iniciativa</li> <li>- Nota: el médico que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de trabajo Social</li> <li>- Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuenta o no con Seguridad Social pero que no se trate de una urgencia obstétrica</li> </ul>
17	¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL	Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso)
18	SEMANAS DE GESTACIÓN	Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente
19	SERVICIO MÉDICO	Tipo de Seguridad Social incluyendo Seguro de Gastos Médicos
20	CANALIZADO POR	Institución que deriva a la paciente al Instituto
21	CANALIZADA EN FORMA	Especificar la forma en que fue canalizada la paciente. Si es de manera oficial deberá contar con oficio
22	ESTADO CIVIL	Condición civil de la paciente
23	EDAD COMPAÑERO	Años cumplidos del esposo o compañero
24	NÚMERO DE HIJOS VIVOS	Número de hijos/as vivos/as
25	EDAD DE HIJOS/AS	Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de menor a mayor
26	RELIGIÓN PACIENTE, COMPAÑERO	Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja
27	ESCOLARIDAD	Tipo de escolaridad y años de estudios de la paciente y su compañero
28	INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS	Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, dónde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 25 de 32</b>

29	CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO	Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo
30	PRINCIPAL APORTADOR	De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo
31	PUNTOS	Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
32	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros
33	DEPENDIENTES ECONÓMICOS	Número de personas que dependen del total del ingreso familiar
34	PUNTOS	Total de puntos que se obtienen del ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
35	DESGLOSE DE EGRESOS	Egreso mensual referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado
36	EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA	Total de egresos mensuales multiplicados por 100 y divididos entre el total de ingreso familiar
37	PUNTOS	Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
38	SITUACIÓN ECONÓMICA	Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico
39	VIVIENDA	Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto
40	TOTAL VIVIENDA PUNTOS	Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del nivel socioeconómico
41	TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE	Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llegó a la Institución) y el momento de la entrevista
42	PUNTOS	Puntuación que se obtiene de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 26 de 32</b>

43	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN	Sí/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención médica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende
44	PUNTOS	Puntuación que se obtiene de presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico
45	NÚMERO DE ENFERMOS	Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos
46	PUNTOS	Puntuación obtenida de número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
47	EMPLEADO/A DEL INPer	El nombre completo, número de credencial y sueldo cuando se trate de paciente empleado/a del Instituto, madre, esposa o hija; previa verificación de datos a través del recibo de pago, credencial, acta de nacimiento, de matrimonio, según sea el caso
48	DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE	Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso
49	TOTAL DE PUNTOS	La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel
50	DIAGNÓSTICOS SOCIALES	Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos
51	REALIZÓ EL ESTUDIO LA T.S., FIRMA	El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma
52	NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE	Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 27 de 32</b>

## 10.5 Aviso de Privacidad



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN



### AVISO DE PRIVACIDAD

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales (SDP) **Estudio Socioeconómico**, con fundamento en el **Artículo 18 Fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental**, a la **Ley General de Salud**, **Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental** y al **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica** y cuya finalidad es la **asignación de nivel para el pago de cuotas de recuperación, con base a las características socioeconómicas de la población usuaria**, el cual fue registrado en el listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública ([www.ifai.org.mx](http://www.ifai.org.mx)), y podrán ser transmitidos a la **Dirección Médica y sus áreas adscritas, así como a la Dirección de Planeación e Investigación**, con la finalidad de **dar un manejo integral a la población usuaria, así como para fines estadísticos y de investigación**, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es **Instituto Nacional de Perinatología, Dirección General, Dirección de Planeación, Subdirección de Desarrollo Organizacional, Departamento de Trabajo Social**, y la dirección donde el/la interesado/a podrá ejercer los derechos de acceso y corrección, es en la oficina de la Unidad de Enlace del INPer, ubicada en Montes Urales 800, Lomas Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11000, entrada por Consulta Externa en un horario de 9:00 a 12:00 horas de lunes a viernes. Lo anterior se informa en cumplimiento del Artículo Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

(1)


Nombre completo de el/la titular de los datos personales \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (2)      N° de Expediente: \_\_\_\_ (3)

(4)

Firma de el/la titular de los datos personales o familiar responsable \_\_\_\_\_

9000-01

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 28 de 32</b>

## 10.5 Aviso de Privacidad

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO


#### “AVISO DE PRIVACIDAD”

9000-01

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE COMPLETO DEL/LA TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES	El nombre completo de la/el paciente titular de los datos personales
2	FECHA	El día, mes y año en que se elabora dicho formato
3	N° DE EXPEDIENTE	El número de expediente que se le asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso
4	FIRMA DEL/LA TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES O FAMILIAR RESPONSABLE	Firma de la paciente o familiar responsable





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 30 de 32</b>

## 10.6 Carnet de Citas


### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “CARNET DE CITAS”

2440-18

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL	El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente.
3	FECHA	El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá el o la paciente.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>25.- Asignación del Nivel Socioeconómico a Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 32 de 32</b>

## 10.7 Informe Diario



### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “INFORME DIARIO”



9104-43

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FECHA	El día , mes y año en que se elabora el informe
2	SERVICIO	El nombre del servicio en el que se elabora el informe
3	TRABAJO SOCIAL	El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe
4	CAMA	Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada
5	NOMBRE	Apellido Paterno y Materno de la/el paciente
6	EXPEDIENTE	Número de expediente asignado por el instituto
7	CLASIFICACIÓN	Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente
8	TIPO DE PACIENTE	La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social
9	EDAD	Edad que tiene la/el paciente
10	DIAGNÓSTICO SOCIAL	El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social
11	PROCEDIMIENTOS	El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social
12	OBSERVACIONES	El dato adicional del procedimiento realizado
13	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS	El número total de procedimientos realizados durante el día



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-26</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>26.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 1 de 32</b>

## 26.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-MP-26</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>26.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 2 de 32</b>

## 1.0 Propósito



- 1.1 Asignar a la paciente una nueva clasificación económica con base a un nuevo estudio socioeconómico y en su caso una visita domiciliaria (solo para las reclasificaciones de nivel 1X (Exento), siempre y cuando sea en la Ciudad de México o zona conurbada cercana), que avalen su insolvencia para pagar el servicio médico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes con el nivel socioeconómico otorgado anteriormente.

## 2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación y a la Subdirección de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, verificar que el Departamento de Consulta Externa, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Proporcionar al Departamento de Trabajo Social, Agenda Diaria de pacientes que solicitan la reclasificación socioeconómica.
  - Proporcionar al Departamento de Trabajo Social Expedientes Clínicos de pacientes que cuenten con las circunstancias de reclasificación (enunciadas en el punto 3.2 de este procedimiento).
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar, que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Supervisar que la reclasificación de nivel socioeconómico sea de 1 a 2 niveles menor al nivel asignado sólo bajo las siguientes circunstancias:
    - a) Tratamiento Costoso.- Cuando el nivel 1 rebase 3 salarios mínimos mensuales vigentes, el saldo que generó la estancia de la población usuaria en el servicio de hospitalización y/o por tratamiento en Consulta Externa y hasta 4 salarios mínimos mensuales vigentes para el nivel 2.
    - b) Tratamiento prolongado.- Aquella estancia que exceda los 7 días de hospitalización, así como los procedimientos de alta especialidad en los diferentes servicios.
    - c) Cuando la paciente durante un año ha tenido dos o más reingresos al INPer.
    - d) Cuando la problemática socioeconómica de la paciente esté interfiriendo en la continuidad de su tratamiento médico.
    - e) Cuando la paciente compruebe mediante documentos oficiales que existió un cambio relevante en su situación socioeconómica que amerita ser revalorado como: desempleo, gastos por enfermedad o defunción de alguno de los miembros de la familia y/o cambio de situación civil.
  - Atender las solicitudes de reclasificación bajo las siguientes circunstancias:
    - a) Cuando la Dirección General gire instrucciones de reclasificar el caso y se envíe al Departamento de Trabajo Social el oficio de autorización.

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-MP-26</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>26.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 3 de 32</b>

- b) Cuando la Dirección General gire instrucciones de modificar el nivel socioeconómico de las pacientes que cuenten con seguridad social, mediante oficio dirigido a la Jefatura de Trabajo Social.
- c) En ningún caso se realizará una reclasificación del nivel socioeconómico de manera retroactiva una vez que fue egresada la paciente.
- Atender las solicitudes de reclasificación según su tipo:
  - a) **VIGENCIA.-** Se aplica cuando haya concluido el periodo de vigencia del estudio socioeconómico de 5 años para todas las pacientes, previa valoración médica para su aceptación o exista nota médica vigente en el expediente clínico.
  - b) **VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN.-** Se aplica cuando en el transcurso de su atención, la paciente presente documentación complementaria que rectifique o ratifique la información proporcionada inicialmente y/o exista cambio de nivel socioeconómico.  
  
 En el caso de pacientes de origen extranjero, que posterior a la apertura de expediente y durante su atención médica, cambien a nacionalidad mexicana, otorgar la reclasificación al nivel que le corresponde por estudio socioeconómico.
  - c) **ESPECIALES.-** Se aplicará cuando existen las circunstancias:
    - I. **Tratamiento Costoso.-** Cuando el nivel 1 rebase 3 salarios mínimos mensuales vigentes, el saldo que generó la estancia del usuario en el servicio de hospitalización y/o por tratamiento en Consulta Externa y hasta 4 salarios mínimos mensuales vigentes para el nivel 2.
    - II. **Tratamiento prolongado.-** Aquella estancia que exceda los 7 días de hospitalización, así como los procedimientos de alta especialidad en los diferentes servicios.
    - III. Cuando la paciente durante un año ha tenido dos o más reingresos al INPer.
    - IV. Cuando la problemática socioeconómica de la paciente esté interfiriendo en la continuidad de su tratamiento médico.
    - V. Cuando la paciente compruebe mediante documentos oficiales que existió un cambio relevante en su situación socioeconómica que amerita ser revalorado como: desempleo, gastos por enfermedad o defunción de alguno de los miembros de la familia y/o cambio de situación civil.
    - VI. Cuando por orden superior lleguen a ser solicitadas.
- Realizar visita domiciliaria en los casos de exención de pago, de acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos, para reclasificar a las pacientes residentes en el Distrito Federal y zona conurbada, registrando el reporte y resolución de la visita en el formato de Reporte de Visita Domiciliaria (9104-44).
- Establecer coordinación con el DIF regional o Presidencia Municipal, en el caso de las pacientes foráneas, a fin de que envíen un reporte de visita domiciliaria.
- Modificar el nivel socioeconómico de las pacientes insolventes del área de hospitalización del INPer, únicamente durante su internamiento, con autorización de la Subdirección de Desarrollo Organizacional. Una vez egresada la paciente y ya no amerite atención en el INPer, se respetará el nivel socioeconómico originalmente asignado, lo anterior a objeto de evitar la realización de una liquidación de adeudo.
- Vigilar que las reclasificaciones de nivel socioeconómico sean autorizadas por la Subdirección de Desarrollo Organizacional, en los siguientes casos: cuando por el diagnóstico de la paciente lo amerite, porque la paciente ha presentado comprobantes que justifique la necesidad de reclasificar y por orden superior.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-26</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>26.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 4 de 32</b>

- Realizar reclasificaciones a nivel 1X (Exento) sólo con autorización de la Dirección General, con el Vo.Bo. del Director de Planeación.
- Realizar visita domiciliaria, en aquellos casos que por la complejidad de los mismos se amerite para corroborar la información recibida por la paciente.(ver Procedimiento N° 18 “Visita Domiciliaria”)
- Verificar que la paciente presente los documentos referidos en el formato “Requisitos para apertura de expediente” (2440-04) para su actualización.
- Capturar, en todos los casos, la información en los formatos correspondientes de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012(Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud) y la NOM-004-SSA3-2012 (del Expediente Clínico).
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 5 de 32</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

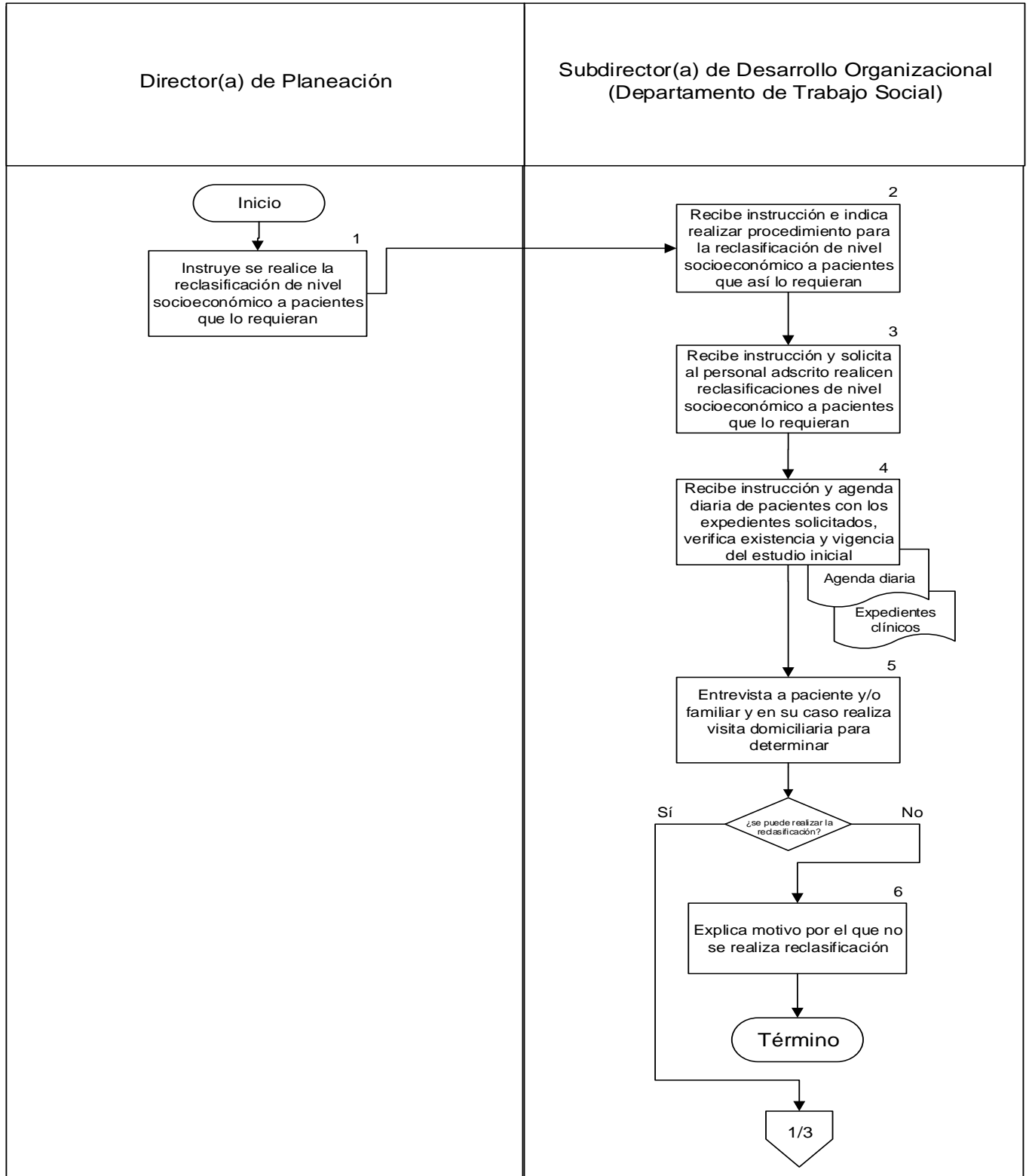
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo	
Director(a) de Planeación	1	Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional que se realice la reclasificación de nivel socioeconómico a las pacientes que así lo requieran.		
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	2	Recibe instrucción e indica al Departamento de Trabajo Social realizar el procedimiento para la reclasificación de nivel socioeconómico a las pacientes que así lo requieran.		
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social)	3	Recibe instrucción e instruye al personal adscrito para que realicen las reclasificaciones de nivel socioeconómico a las pacientes que así lo requieran.		
	4	Recibe instrucción y agenda diaria de pacientes con los expedientes solicitados y verifica la existencia y vigencia del estudio socioeconómico inicial.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agenda diaria</li> <li>• Expedientes Clínicos</li> </ul>	
	5	Entrevista a la paciente y/o familiar y en su caso realiza visita domiciliaria para determinar <b>¿Procede?</b>		
	6	<b>No:</b> Explica a la paciente y/o familiar el motivo por el cual no se puede realizar la reclasificación.  <b>Termina Procedimiento</b>		
	7	<b>Sí:</b> Solicita a la paciente que llene la "Solicitud de Revaloración Socioeconómica".		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-04/SIGIn</li> </ul>
	8	Solicita la documentación correspondiente para su actualización conforme a la hoja de requisitos de ingreso y proporciona aviso de privacidad.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-04</li> <li>• 9000-01</li> </ul>
	9	Elabora "Hoja de Reclasificación" en original y copia y solicita firma de autorización a la Dirección de Planeación en los casos que así lo amerite.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-07/SIGIn</li> </ul>
	10	Informa a la paciente sobre la clasificación asignada y trámites administrativos que debe seguir.		
	11	Efectúa cambio en el expediente clínico electrónico (SIGIn), de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.		
	12	Modifica la clasificación en "Carnet de Citas".		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-18</li> </ul>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 6 de 32</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
	13	Integra "Hoja de Registro y Verificación de Documentos", "Hoja de Reclasificación" y "Estudio Socioeconómico" (Inicial) en el Expediente Clínico físico y envía a Archivo Clínico y/o captura la información para el estudio socioeconómico en el expediente clínico electrónico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012 Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-06/SIGIn</li> <li>• 9104-07/SIGIn</li> <li>• 9104-18/SIGIn</li> <li>• Expediente Clínico</li> </ul>
	14	Registra reclasificación en Informe Diario y Libreta de Control y elabora informe mensual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-43</li> <li>• Libreta de Control</li> <li>• Informe Mensual</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	



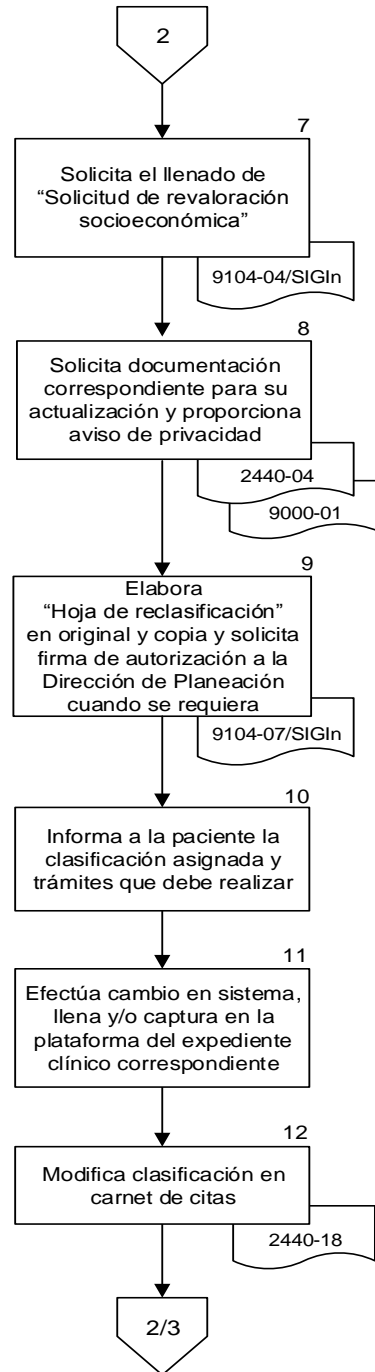
### 5.0 Diagrama de flujo





Director(a) de Planeación

Subdirector(a) de  
Desarrollo Organizacional  
(Departamento de Trabajo Social)







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

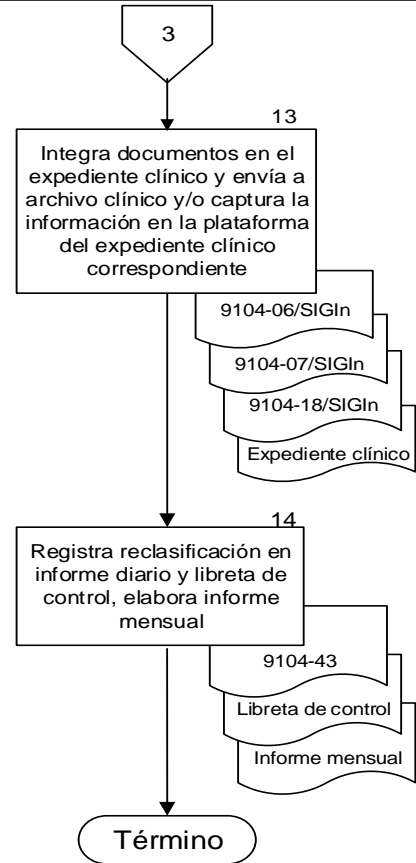
**Dirección de Planeación**


**26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación**

**Hoja: 9 de 32**

Director(a) de Planeación

Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional  
(Departamento de Trabajo Social)




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 10 de 32</b>

## 6.0 Documentos de referencia

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 Septiembre-2013
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud	NOM-024-SSA3-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
6.4 Acuerdo con el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.	DOF 27-05-2013

## 7.0 Registros

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1 Agenda Diaria	3 años	Departamento de Trabajo Social	NP
7.2 Expediente Clínico	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/NP
7.3 "Solicitud de Revaloración Socioeconómica"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-04/SIGIn
7.4 "Requisitos para apertura de expediente"	N/p	Paciente	2440-04
7.5 "Aviso de privacidad"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9000-01
7.6 "Hoja de Reclasificación"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-07/SIGIn
7.7 "Carnet de Citas"	N/P	Paciente	2440-18
7.8 "Hoja de Registro y Verificación de Documentos"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-06/SIGIn
7.9 "Estudio Socioeconómico"	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5/9104-18/SIGIn

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 11 de 32</b>

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.10 "Informe Diario"	1 año	Departamento de Trabajo Social	9104-43
7.11 Libreta de Control	3 años	Departamento de Trabajo Social	NP
7.12 Informe Mensual	1 año	Departamento de Trabajo Social	NP

## 8.0 Glosario


- 8.1 Carnet:** Documento que identifica a la población usuaria de los servicios del Instituto en el que se programan las citas para otorgar los servicios médicos.
- 8.2 Estudio socioeconómico:** Instrumento utilizado por el personal de Trabajo Social para conocer la situación económica y social de la familia y asignar una clasificación con base a la cual se aplican las cuotas de recuperación para el pago de los servicios en el Instituto.
- 8.3 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otras.
- 8.4 Nivel Socioeconómico:** Evaluación cuantitativa que le permite al Personal de Trabajo Social clasificar a las pacientes de acuerdo a su condición económica.
- 8.5 Reclasificación:** Modificación de nivel socioeconómico de acuerdo a las características del caso.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 10.1 Solicitud de Revaloración Socioeconómica      | (9104-04)/SIGIn |
| 10.2 Requisitos para apertura de expediente        | (2440-04)       |
| 10.3 Aviso de Privacidad                           | (9000-01)       |
| 10.4 Hoja de Reclasificación                       | (9104-07)/SIGIn |
| 10.5 Carnet de citas                               | (2440-18)       |
| 10.6 Hoja de Registro y Verificación de Documentos | (9104-06)/SIGIn |
| 10.7 Estudio socioeconómico                        | (9104-18)/SIGIn |
| 10.8 Informe diario                                | (9104-43)       |

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 12 de 32</b>

### 10.1 Solicitud de Revaloración Socioeconómica



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL




#### SOLICITUD DE REVALORACIÓN SOCIOECONÓMICA

Ciudad de México, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (1) de \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____ (2) EXPEDIENTE: _____ (3)		
NIVEL: _____ SERVICIO: _____ (4)		
MOTIVO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN EN EL INPer: _____ (5)		
RAZONES DE LA PACIENTE Y / O DEL FAMILIAR PARA SOLICITAR LA REVALORACIÓN SOCIOECONÓMICA: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ (6)		
NOMBRE: _____ (7)		FIRMA: _____
PARENTESCO: _____		
Ciudad de México, a ____ de _____ de _____		
<b>ÚNICAMENTE PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL (MANEJO, SEGUIMIENTO Y RESOLUCIÓN)</b> _____ (8)		
<b>TRABAJADOR/A SOCIAL</b>  (9)	<b>Vo.Bo.</b> <b>JEFE/A DE TRABAJO SOCIAL</b>  (10)	<b>SUPERVISOR/A</b>  (11)

9104-04

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 13 de 32</b>


## 10.1 Solicitud de Revaloración Socioeconómica

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO “SOLICITUD DE REVALORACIÓN SOCIOECONÓMICA”

9104-04

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FECHA	El día, mes y año en que se llena la presente solicitud
2	NOMBRE DE LA PACIENTE	El nombre completo de la paciente
3	N° DE EXPEDIENTE Y NIVEL	Número de expediente y nivel socioeconómico asignado por el instituto
4	SERVICIO	Área de Trabajo Social en que se realiza el trámite
5	MOTIVO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN EN EL INPer	Describir el motivo de solicitud de atención en el INPer
6	RAZONES PARA SOLICITAR LA REVALORACIÓN	Especificar las razones de la paciente y/o familiar para solicitar la revaloración socioeconómica
7	NOMBRE, FIRMA Y PARENTESCO	Nombre completo, firma y parentesco con la paciente
8	EXCLUSIVO DE TRABAJO SOCIAL, FECHA	El personal de Trabajo Social describirá el manejo, seguimiento y resolución que se llevó a cabo en la presente solicitud, así como la fecha
9	TRABAJADOR/A SOCIAL	Nombre completo y firma del/a Trabajador/a Social
10	JEFE/A DE TRABAJO SOCIAL	Nombre completo y firma del/a Jefe/a de Trabajo Social
11	SUPERVISOR/A	Nombre completo y firma del/a Supervisor/a de Trabajo Social



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 14 de 32</b>

## 10.2 Requisitos para apertura de expediente



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



### REQUISITOS PARA APERTURA DE EXPEDIENTE

El día que se presente para su cita de valoración al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, tiene que traer como **requisitos indispensables en original y copia** la siguiente documentación:

- Acta de nacimiento, Clave Única de Registro de Población (CURP) e identificación oficial vigente (con nombre, fotografía y firma) de la paciente, esposo, pareja o de quien dependa económicamente. Ejemplo: credencial de elector, licencia de manejo para conducir, pasaporte, carta de identificación y/o residencia del Municipio correspondiente para quienes viven en zonas rurales. En caso de que la paciente y/o esposo o pareja sean menores de edad, deberán presentar credencial escolar con fotografía o certificado escolar; aun cuando el esposo o pareja esté desempleado, deberá presentar la documentación requerida.
- Constancia electrónica de no afiliación al IMSS, para lo cual deberá acceder a la página: <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx> o en formato impreso para ser llenado con nombre y fecha de nacimiento tanto de la paciente como del esposo o pareja (aun cuando se encuentren desempleados); para el trámite deberá acudir a las direcciones indicadas en el formato proporcionado por el Instituto presentando: identificación, acta de nacimiento y comprobante de domicilio. Si la paciente reside en algún Estado de la República, podrá acudir a realizar el trámite en la Delegación del IMSS del Estado donde radica. Deberá verificar que los datos que aparecen en el formato sean correctos, además del sello y firma de quien le atendió.
- Constancia electrónica de no afiliación al ISSSTE, la cual podrá descargar de la siguiente liga: <https://oficinavirtual.issste.gob.mx>
- De ser paciente embarazada sin afiliación vigente a la seguridad social y/o póliza de gastos médicos mayores, será obligatorio presentar Póliza de Seguro Popular vigente, con la finalidad de que su hijo/a al momento del nacimiento en el INPer y en caso de que su padecimiento se encuentre contemplado dentro de las intervenciones que ampara este Seguro, cuente con el beneficio correspondiente. De no presentar dicho documento, deberá dejar un depósito económico, el cual dependerá de la complejidad de atención especializada que requiera.

#### Así como, también deberá presentar:

- Comprobante de domicilio actual (boleta predial, recibo de teléfono o agua), de no contar con comprobante oficial, puede tramitar una constancia de residencia en su Delegación Política o en su Municipio.
- Comprobante de ingresos o Constancia oficial de empleo, tanto de la persona que solicita los servicios como del esposo o pareja. Ejemplo: último recibo de nómina, carta oficial expedida por la Empresa o Institución en donde labora, última declaración de ingresos ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Si no contara con ninguna de éstas, deberá tramitar estudio socioeconómico o carta "bajo protesta de decir verdad" en la Delegación o Municipio correspondiente.
- Constancia de situación civil. Ejemplo: Acta de Matrimonio o en caso de no estar casada, "Constancia de Hechos" que se tramita ante Juez Cívico, Familiar o Calificador de la Delegación o Municipio correspondiente a su domicilio. En caso de ser divorciada, presentar Acta de Divorcio y si es viuda Certificado de Defunción.
- En caso de pagar renta, deberá presentar el recibo a nombre de la paciente y/o el esposo o pareja.


Si necesita saber cómo llenar los formatos o tiene alguna duda, estamos para servirle en el teléfono: 01 (55) 5520 9900 extensiones: 118 ó 127 Departamento de Trabajo Social.

**El que presente sus documentos, no quiere decir que el Instituto está obligado a otorgarle el servicio, únicamente es para agilizar el trámite en caso de ser aceptada. La información que usted proporcione, será sujeta a verificación y en caso de no ser verdadera se procederá de las maneras legales correspondientes. La alteración de los documentos solicitados, será motivo de cancelación del servicio.**

**Nota:** en caso de ser aceptada como paciente del INPer y con la finalidad de atenderle de manera inmediata, es necesario, que prevea traer como mínimo la cantidad de **\$ 500.00** para iniciar los procedimientos correspondientes a la atención de su padecimiento. Es importante mencionar que los cobros realizados varían de acuerdo al nivel socioeconómico que le sea asignado.

**A T E N T A M E N T E**  
**DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

**2440-04**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 15 de 32</b>

### 10.3 Aviso de Privacidad



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN



## AVISO DE PRIVACIDAD

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de Datos Personales (SDP) **Estudio Socioeconómico**, con fundamento en el **Artículo 18 Fracción I de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental**, a la **Ley General de Salud, Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental** y al **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica** y cuya finalidad es la **asignación de nivel para el pago de cuotas de recuperación, con base a las características socioeconómicas de la población usuaria**, el cual fue registrado en el listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública ([www.ifai.org.mx](http://www.ifai.org.mx)), y podrán ser transmitidos a la **Dirección Médica y sus áreas adscritas, así como a la Dirección de Planeación e Investigación**, con la finalidad de **dar un manejo integral a la población usuaria, así como para fines estadísticos y de investigación**, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable del Sistema de datos personales es **Instituto Nacional de Perinatología, Dirección General, Dirección de Planeación, Subdirección de Desarrollo Organizacional, Departamento de Trabajo Social**, y la dirección donde el/la interesado/a podrá ejercer los derechos de acceso y corrección, es en la oficina de la Unidad de Enlace del INPer, ubicada en Montes Urales 800, Lomas Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo, Ciudad de México, C.P. 11000, entrada por Consulta Externa en un horario de 9:00 a 12:00 horas de lunes a viernes. Lo anterior se informa en cumplimiento del Artículo Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

(1)


Nombre completo de el/la titular de los datos personales

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (2)      N° de Expediente: \_\_\_\_ (3)

(4)

Firma de el/la titular de los datos personales o familiar responsable

9000-01

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 16 de 32</b>

### 10.3 Aviso de Privacidad


#### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “AVISO DE PRIVACIDAD”

9000-01

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	NOMBRE COMPLETO DEL/LA TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES	El nombre completo de la/el paciente titular de los datos personales
2	FECHA	El día, mes y año en que se elabora dicho formato
3	N° DE EXPEDIENTE	El número de expediente que se le asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso
4	FIRMA DEL/LA TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES O FAMILIAR RESPONSABLE	Firma de la paciente o familiar responsable



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 17 de 32</b>

## 10.4 Hoja de Reclasificación



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



### RECLASIFICACIÓN


FECHA _____	(1)	N° DE EXPEDIENTE _____		N° DE FOLIO _____	(2)
NOMBRE _____					
RECLASIFICACIÓN DE _____ A _____					
(4)					

<b>S E R V I C I O</b>		
(5)		
CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>	URGENCIAS <input type="checkbox"/>

<b>M O T I V O</b>	
(6)	
VIGENCIA	<input type="checkbox"/> _____
VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN	<input type="checkbox"/> _____
ESPECIAL	<input type="checkbox"/> _____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

TRABAJO SOCIAL	Vo.Bo.
(7)	(8)
_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA	_____ NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

9104-07

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 18 de 32</b>

## 10.4 Hoja de Reclasificación


### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “RECLASIFICACIÓN”

9104-07

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FECHA, N° DE EXPEDIENTE	El día, mes y año en que se llena el presente formato y número de expediente asignado
2	NÚMERO DE FOLIO	El número que se asigne por folio de reclasificación
3	NOMBRE DE LA PACIENTE	El nombre completo de la paciente
4	RECLASIFICACIÓN	La reclasificación que se cambia de nivel anterior al nivel actual
5	SERVICIO	Especificar a qué servicio corresponde la reclasificación (Consulta Externa, Hospitalización y/o Urgencias)
6	MOTIVO	Describir el motivo de la reclasificación
7	TRABAJO SOCIAL	Nombre completo y firma del/a Trabajador/a Social
8	Vo.Bo.	Nombre completo y firma del/a Supervisor/a y/o Jefe/a del Departamento de Trabajo Social y/o del/la Subdirector/a de Área



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 20 de 32</b>

## 10.5 Carnet de citas

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “CARNET DE CITAS”

2440-18

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL	El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente.
3	FECHA	El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá el o la paciente.

### 10.6 Hoja de Registro y Verificación de Documentos



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN  
 SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
 DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL




#### REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

<b>NOMBRE:</b> _____	(1)
<b>EXPEDIENTE:</b> _____	<b>FECHA:</b> _____
	(2) (3)

DOCUMENTOS PRESENTADOS	
- ACTA DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>
- VIGENCIA IMSS, ISSSTE U OTROS	<input type="checkbox"/>
- COMPROBANTE DE DOMICILIO	<input type="checkbox"/>
- COMPROBANTE DE EMPLEO	(4) <input type="checkbox"/>
- ESTUDIO SOCIOECONÓMICO	<input type="checkbox"/>
- IDENTIFICACIÓN PERSONAL	<input type="checkbox"/>
- OTROS	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES
(5)
_____
_____
_____
_____

<b>NOS PERMITIMOS INFORMARLE QUE DICHOS DOCUMENTOS DEBERÁ CONSERVARLOS YA QUE PUEDEN SER REQUERIDOS EN CUALQUIER OTRA OCASIÓN DURANTE SU ATENCIÓN EN EL INSTITUTO.</b>	
(6)	(7)
_____	_____
<b>FIRMA DE CONFORMIDAD</b>	<b>TRABAJADORA SOCIAL</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 22 de 32</b>


## 10.6 Hoja de Registro y Verificación de Documentos

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



### “REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS”

**9104-06**


N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE DE LA PACIENTE	El nombre completo de la paciente
2	N° DE EXPEDIENTE	Número de expediente asignado por el Instituto
3	FECHA	El día, mes y año en que se llena el presente formato
4	DOCUMENTOS PRESENTADOS	Especificar los documentos presentados
5	OBSERVACIONES	Describir, si es el caso, las observaciones
6	FIRMA DE CONFORMIDAD	Firma de conformidad por parte de la paciente o familiar
7	TRABAJO SOCIAL	Nombre completo y firma del/a Trabajador/a Social

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 23 de 32</b>



## 10.7 Estudio socioeconómico

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p><b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b>  <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b>  <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b>  <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b>  <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b>  <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>  <b>IDENTIFICACIÓN</b></p>	 <p>INPer</p>
<p>VIGENCIA: (1)</p> <p>NOMBRE DEL PACIENTE: (4)</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: (5)</p>	<p>CURP: (2)</p> <p>EDAD: (6)</p>	<p>EXPEDIENTE: (3)</p> <p>NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)</p>
<b><u>DOMICILIO PERMANENTE</u> (8)</b>		
<p>CALLE:</p> <p>COLONIA:</p> <p>CÓDIGO POSTAL:</p> <p>TIPO DE VIALIDAD:</p> <p>TELÉFONO:</p> <p>RESIDENCIA: (9)</p>	<p>MUNICIPIO:</p> <p>ESTADO:</p> <p>TIPO DE ASENTAMIENTO:</p> <p>CELULAR U OTROS:</p> <p>OTRO PAÍS:</p>	
<b><u>DOMICILIO TEMPORAL</u> (10)</b>		
<p>CALLE:</p> <p>COLONIA:</p> <p>CÓDIGO POSTAL:</p> <p>TELÉFONO:</p> <p>NACIONALIDAD: (11)</p> <p>MUNICIPIO DE NACIMIENTO:</p> <p>PERSONA RESPONSABLE: (12)</p> <p>PARENTESCO:</p> <p>TELÉFONO:</p>	<p>MUNICIPIO:</p> <p>ESTADO:</p> <p>CELULAR U OTROS:</p> <p>ESTADO DE NACIMIENTO:</p> <p>EXTENSIÓN:</p>	
<b><u>ESTUDIO SOCIAL</u></b>		
<p>FECHA DE ESTUDIO: (13)</p> <p>TIPO PACIENTE: (15)</p> <p>¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?</p> <p>CANALIZADO POR: (20)</p> <p>ESTADO CIVIL: (22)</p>	<p>REALIZADO EN: (14)</p> <p>EMERGENCIA OBST: (16)</p> <p>SEM. GESTACIÓN: (18)</p> <p>SERV. MÉDICO: (19)</p> <p>CANALIZADO EN FORMA: (21)</p> <p>EDAD COMPAÑERO: (23)</p> <p>NO. SEGURO SOCIAL:</p>	
Página 1 de 4		
<p>Montes Urales N° 800, Lomas de Virreyes, CP. 11000. Ciudad de México Licencia Sanitaria N° 1011011039 9104-18</p>		





 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 24 de 32</b>


## 10.7 Estudio socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b> <u><b>IDENTIFICACIÓN</b></u>	 <small>INPer</small>
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECONÓM.:
NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (24)		
EDAD HIJOS: (25)		EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE: (26)		
RELIGIÓN COMPAÑERO:		
<u><b>ESCOLARIDAD</b></u> (27)		
ESCOLARIDAD:	COMPAÑERO:	
AÑOS DE ESTUDIO:	AÑOS DE ESTUDIO:	
<u><b>INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS</b></u> (28)		
¿COMUNIDAD INDÍGENA?:	DESCRIPCIÓN:	
UBICACIÓN:	LENGUA:	
<u><b>CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO</b></u> (29)		
OCUPACIÓN PACIENTE:		
DESCRIPCIÓN:		
OCUPACIÓN COMPAÑERO:		
DESCRIPCIÓN:		
PRINCIPAL APORTADOR: (30)		
PUNTOS: (31)		
<u><b>INGRESO FAMILIAR MENSUAL</b></u> (32)		
PACIENTE:	COMPAÑERO:	OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (33)		TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO:		PUNTOS: (34)






### 10.7 Estudio socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	 <small>INPer</small>																										
<b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>																												
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:																										
NOMBRE DEL PACIENTE:																												
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECON.:																										
<b><u>DESGLOSE DE EGRESOS</u> (35)</b>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">TIPOS DE EGRESOS</th> <th style="width: 30%;">IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alimentación Despensa</td><td></td></tr> <tr><td>Renta/ Hipoteca</td><td></td></tr> <tr><td>Agua</td><td></td></tr> <tr><td>Luz</td><td></td></tr> <tr><td>Gas</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos Escolares</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos en Salud</td><td></td></tr> <tr><td>Transporte</td><td></td></tr> <tr><td>Servicios Domésticos</td><td></td></tr> <tr><td>Consumos Adicionales</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>TOTAL:</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE	Alimentación Despensa		Renta/ Hipoteca		Agua		Luz		Gas		Teléfono		Gastos Escolares		Gastos en Salud		Transporte		Servicios Domésticos		Consumos Adicionales		<b>TOTAL:</b>		
TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE																											
Alimentación Despensa																												
Renta/ Hipoteca																												
Agua																												
Luz																												
Gas																												
Teléfono																												
Gastos Escolares																												
Gastos en Salud																												
Transporte																												
Servicios Domésticos																												
Consumos Adicionales																												
<b>TOTAL:</b>																												
EGRESO MENSUAL: (36)																												
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:																												
PUNTOS: (37)																												
SITUACIÓN ECONÓMICA: (38)																												
<b><u>VIVIENDA</u> (39)</b>																												
TIPO TENENCIA:	SERV. INTRADOMICILIARIOS:																											
PUNTOS:	PUNTOS:																											
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:																												
PUNTOS:																												
NÚMERO DE DORMITORIOS:																												
PUNTOS:																												
PERSONAS POR DORMITORIO:																												
PUNTOS:																												
SERVICIOS PÚBLICOS:																												
PUNTOS:																												
TIPO DE VIVIENDA:																												
PUNTOS:	<b>TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (40)</b>																											
<b><u>ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR</u></b>																												
TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (41)																												
PUNTOS: (42)																												
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (43)		PUNTOS: (44)																										
LUGAR DONDE SE ATIENDE:																												
NÚMERO DE ENFERMOS: (45)	EMPLEADO DEL INPer (47)																											
PUNTOS: (46)																												
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48)																												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><b>TOTAL PUNTOS</b></td> <td><b>(49)</b></td> </tr> </table>	<b>TOTAL PUNTOS</b>	<b>(49)</b>																								
<b>TOTAL PUNTOS</b>	<b>(49)</b>																											
<small>Página 3 de 4</small>																												
<small>Montes Urales N° 800, Lomas de Virreyes, CP. 11000, Ciudad de México Licencia Sanitaria N° 1011011039 9104-18</small>																												

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 26 de 32</b>

## 10.7 Estudio socioeconómico

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	
<b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>		
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NOVEL SOC. ECON.:
<b><u>DIAGNÓSTICOS SOCIALES</u> (50)</b>		
DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:		
REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:	(51) _____	FIRMA: _____
RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO _____		
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASI MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA. AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA.		
NOMBRE:	(52) _____	FIRMA: _____
HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL, ACEPTO QUE SI NO CUMPLO CON ESTE REQUISITO EN LA FECHA SEÑALADA, SE ME AUMENTARÁN DOS NIVELES MÁS AL QUE SE ME ASIGNO INICIALMENTE.		
NOMBRE:	_____	FIRMA: _____
Página 4 de 4		
<small>Montes Urales N° 800, Lomas de Virreyes, CP. 11000. Ciudad de México. Licencia Sanitaria N° 1011011039 9104-18</small>		

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 27 de 32</b>


## 10.7 Estudio socioeconómico

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO”


9104-18

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	VIGENCIA	Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años)
2	CURP	Clave Única de Registro de Población de la Paciente
3	EXPEDIENTE	Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información
4	NOMBRE DE LA PACIENTE	Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia de ésta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno
5	FECHA NACIMIENTO	Día, mes y año en que nació la paciente. En caso de que se desconozca se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato
6	EDAD	Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento
7	NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social
8	DOMICILIO PERMANENTE	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado donde se encuentra el domicilio de la paciente, así como número telefónico fijo y celular para su localización
9	RESIDENCIA, OTRO PAÍS	Área geográfica en que reside o nombre del país en caso de tratarse de paciente extranjera
10	DOMICILIO TEMPORAL	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado en dónde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización
11	NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO	Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la República y municipio
12	PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN	Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, y número telefónico y extensión para su localización


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 28 de 32</b>

13	FECHA DE ESTUDIO	Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico
14	REALIZADO EN	Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico
15	TIPO DE PACIENTE	Diagnóstico de ingreso de la paciente
16	EMERGENCIA OBSTÉTRICA	<p>Urgencias (se despliega el siguiente menú):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente sea referida oficialmente por el IMSS o ISSSTE</li> <li>- Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente tenga IMSS o ISSSTE pero acudió por propia iniciativa</li> <li>- Nota: el médico que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de trabajo Social</li> <li>- Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuenta o no con Seguridad Social pero que no se trate de una urgencia obstétrica</li> </ul>
17	¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL	Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso)
18	SEMANAS DE GESTACIÓN	Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente
19	SERVICIO MÉDICO	Tipo de Seguridad Social incluyendo Seguro de Gastos Médicos
20	CANALIZADO POR	Institución que deriva a la paciente al Instituto
21	CANALIZADA EN FORMA	Especificar la forma en que fue canalizada la paciente. Si es de manera oficial deberá contar con oficio
22	ESTADO CIVIL	Condición civil de la paciente
23	EDAD COMPAÑERO	Años cumplidos del esposo o compañero
24	NÚMERO DE HIJOS VIVOS	Número de hijos/as vivos/as
25	EDAD DE HIJOS/AS	Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de menor a mayor
26	RELIGIÓN PACIENTE, COMPAÑERO	Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja
27	ESCOLARIDAD	Tipo de escolaridad y años de estudios de la paciente y su compañero
28	INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS	Sí/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, dónde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 29 de 32</b>

29	<b>CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo
30	<b>PRINCIPAL APORTADOR</b>	De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo
31	<b>PUNTOS</b>	Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
32	<b>INGRESO FAMILIAR MENSUAL</b>	Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros
33	<b>DEPENDIENTES ECONÓMICOS</b>	Número de personas que dependen del total del ingreso familiar
34	<b>PUNTOS</b>	Total de puntos que se obtienen del ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
35	<b>DESGLOSE DE EGRESOS</b>	Egreso mensual referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado
36	<b>EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	Total de egresos mensuales multiplicados por 100 y divididos entre el total de ingreso familiar
37	<b>PUNTOS</b>	Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
38	<b>SITUACIÓN ECONÓMICA</b>	Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico
39	<b>VIVIENDA</b>	Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto
40	<b>TOTAL VIVIENDA PUNTOS</b>	Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del nivel socioeconómico
41	<b>TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE</b>	Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llegó a la Institución) y el momento de la entrevista
42	<b>PUNTOS</b>	Puntuación que se obtiene de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 30 de 32</b>

43	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN	Sí/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención médica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende
44	PUNTOS	Puntuación que se obtiene de presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico
45	NÚMERO DE ENFERMOS	Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos
46	PUNTOS	Puntuación obtenida de número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
47	EMPLEADO/A DEL INPer	El nombre completo, número de credencial y sueldo cuando se trate de paciente empleado/a del Instituto, madre, esposa o hija; previa verificación de datos a través del recibo de pago, credencial, acta de nacimiento, de matrimonio, según sea el caso
48	DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE	Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso
49	TOTAL DE PUNTOS	La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel
50	DIAGNÓSTICOS SOCIALES	Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos
51	REALIZÓ EL ESTUDIO LA T.S., FIRMA	El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma
52	NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE	Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>26.- Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación</b>	<b>Hoja: 32 de 32</b>

## 10.8 Informe diario



### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “INFORME DIARIO”



9104-43

<b>N°</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FECHA	El día , mes y año en que se elabora el informe
2	SERVICIO	El nombre del servicio en el que se elabora el informe
3	TRABAJO SOCIAL	El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe
4	CAMA	Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada
5	NOMBRE	Apellido Paterno y Materno de la/el paciente
6	EXPEDIENTE	Número de expediente asignado por el instituto
7	CLASIFICACIÓN	Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente
8	TIPO DE PACIENTE	La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social
9	EDAD	Edad que tiene la/el paciente
10	DIAGNÓSTICO SOCIAL	El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social
11	PROCEDIMIENTOS	El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social
12	OBSERVACIONES	El dato adicional del procedimiento realizado
13	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS	El número total de procedimientos realizados durante el día



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-27</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		Rev. 6
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X		Hoja: 1 de 24

## 27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-MP-27</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		Rev. 6
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X		Hoja: 2 de 24

## 1.0 Propósito


- 1.1 Elaborar estudio socioeconómico a las pacientes para determinar insolvencia económica y poder recibir atención médica exenta de pago.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección de Investigación, a la Dirección de Planeación, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional y al Departamento de Trabajo Social, quien lleva a cabo el estudio socioeconómico.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a las/os usuarias/os de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.


## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Otorgar la exención de pago previa autorización de el/la Titular de la Dirección General, cuando se cumplan los siguientes requisitos:
    - ✓ La población presente documentos probatorios que avalen los 5 indicadores del estudio socioeconómico y éste arroje un puntaje menor a 12.
    - ✓ Casos calificados como “protección institucional” y sean solicitados expresamente por el organismo remitente.
    - ✓ Diagnóstico de salud severo aunado a condiciones socioeconómicas.
  - Revisar que en el caso de los/las usuarios/as de otros Institutos Nacionales de Salud calificados como exentos de pago, presenten la documentación siguiente:
    - ✓ Hoja de referencia y/o contrarreferencia
    - ✓ Estudio Socioeconómico
    - ✓ solicitud de estudio y/o servicio que requiere
    - ✓ Carnet con registro del nivel socioeconómico asignado por la Institución que lo refiere
  - Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes/as, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
  - Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
  - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación informar mediante oficio al Departamento de Trabajo Social de las pacientes que están incluidas dentro de protocolos de investigación y que tendrán derecho a exención de pago, previa autorización de la Dirección General.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 3 de 24

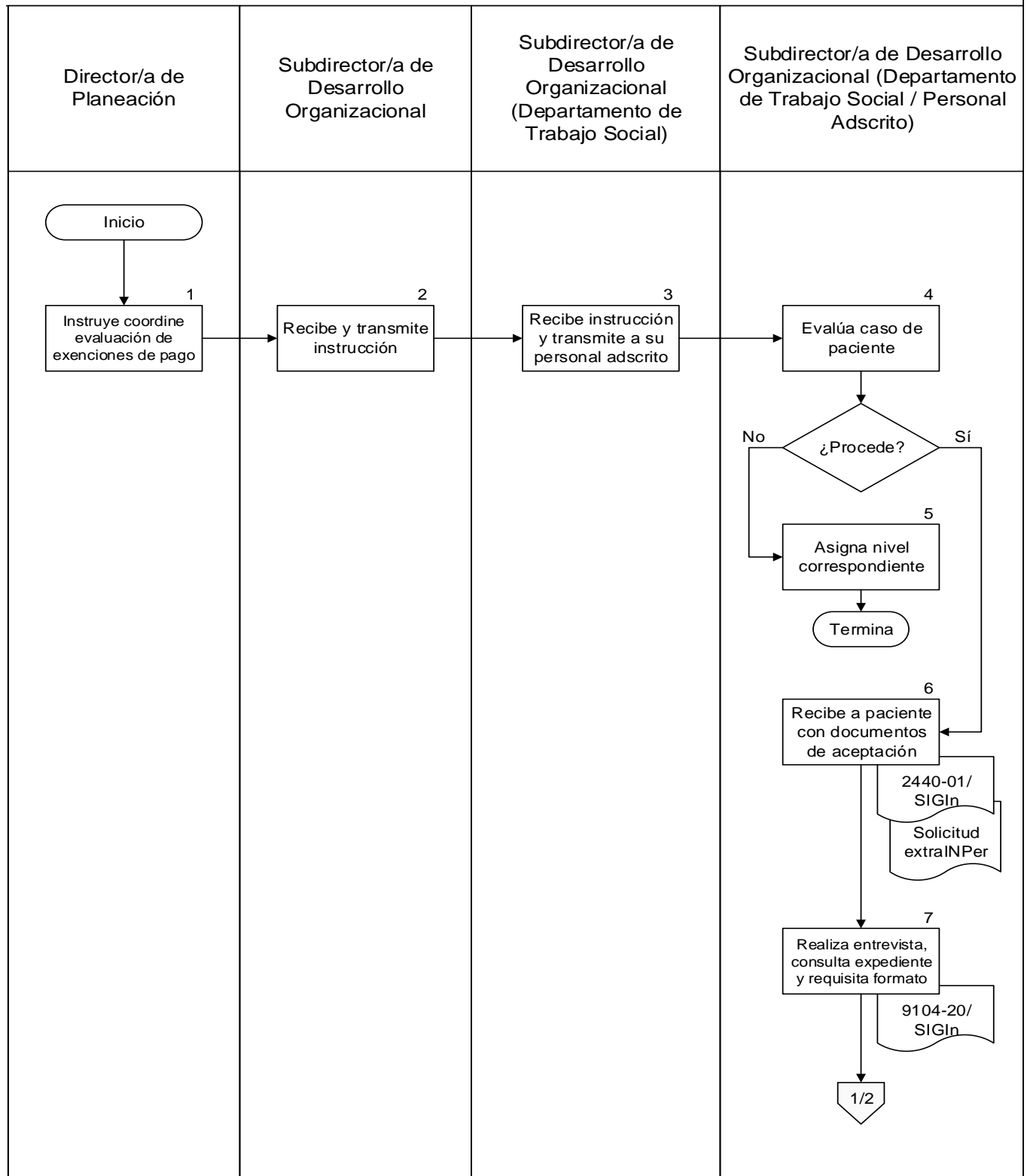
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director/a de Planeación	1	Instruye coordine la evaluación de las pacientes referidas por la Dirección General que requieran exención de pago de los servicios médicos proporcionados por el INPer.	
Subdirector/a de Desarrollo Organizacional	2	Recibe instrucción e indica al Departamento de Trabajo Social evaluar los casos de las pacientes que cubran las condiciones de exención de pago de los servicios médicos proporcionados por el INPer.	
Subdirector/a de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social)	3	Recibe instrucción e indica al personal adscrito realice la evaluación de las solicitudes de los casos de las pacientes que cubran las condiciones de exención de pago de los servicios médicos.	
Subdirector/a de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito)	4	Recibe instrucción y evalúa a las pacientes que cubran las condiciones de exención de pago de los servicios médicos proporcionados por el INPer.	
	5	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Asigna nivel correspondiente de acuerdo a la documentación presentada. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	6	<b>Sí:</b> Recibe a la paciente con hoja de valoración de consulta de primera vez debidamente firmada, con el nombre del personal médico que realizó la valoración o solicitud extra institucional, en pacientes referidas/os de otros Institutos de Salud. <b>Continúa procedimiento.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-01 / SIGIn</li> <li>• Solicitud extraINPer</li> </ul>
	7	Realiza entrevista, consulta el expediente clínico electrónico (de ser el caso) y requisita formato de autorización de nivel 1x (exento).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-20 / SIGIn</li> </ul>
	8	Solicita a la Dirección General firma de autorización en el formato de exención.	
	9	Recibe autorización de exención de pago debidamente firmado y captura la información en el estudio socioeconómico y en el expediente clínico electrónico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-20 / SIGIn</li> <li>• 9104-18 / SIGIn</li> </ul>
	10	Informa a la paciente sobre la exención y trámites administrativos que debe de realizar.	
	11	Elabora y entrega a la paciente el carnet de Citas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2440-18</li> </ul>

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 4 de 24

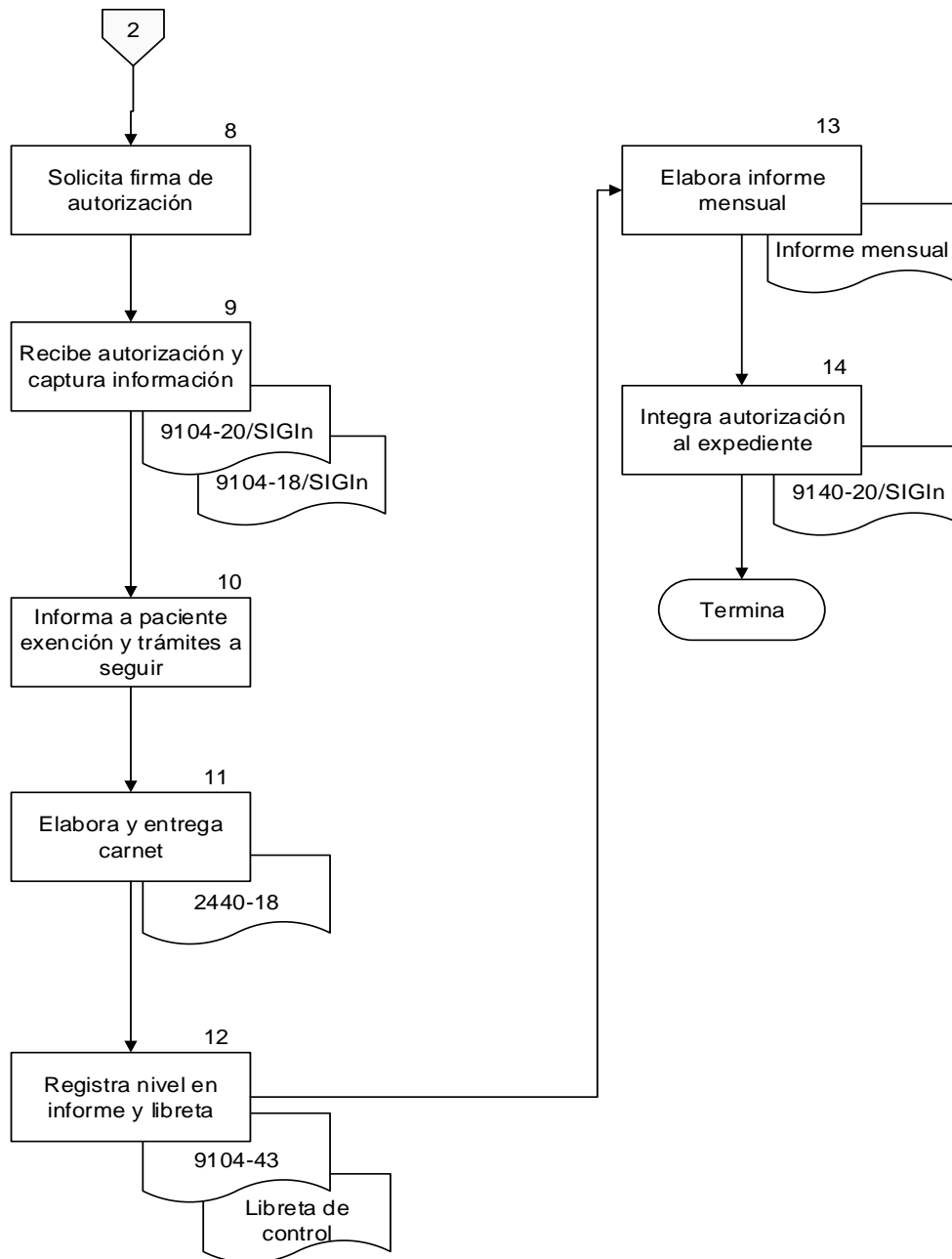
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Subdirector/a de Desarrollo Organizacional (Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito)	12	Registra nivel socioeconómico asignado a la paciente en el informe diario y/o libreta de control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-43</li> <li>• Libreta de control</li> </ul>
	13	Elabora informe mensual con base en el reporte diario y la libreta de control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe mensual</li> </ul>
	14	Integra al expediente clínico la autorización de nivel 1x.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9104-20 / SIGIn</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	


## 5.0 Diagrama de flujo





**Subdirector/a de Desarrollo Organizacional  
(Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito)**



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 7 de 24

## 6.0 Documentos de referencia


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 5 02/08 02-08
6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud	NOM-024-SSA3-2012
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico	NOM-004-SSA3-2012
6.4 Acuerdo con el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.	DOF 27-05-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de Valoración, Consulta de Primera vez	6 años	Servicio de Archivo Clínico	4S.5 / 2440-01 / SIGIn
7.2 Autorización Nivel 1x	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 9104-20 / SIGIn
7.3 Estudio Socioeconómico	6 años	Servicio de Archivo Clínico/SIGIn	4S.5 / 9104-18 / SIGIn
7.4 Carnet de Citas	N/P	Paciente	2440-18
7.5 Informe Diario	6 año	Departamento de Trabajo Social	11C.16 / 9104-43
7.6 Libreta de Control	1 años	Departamento de Trabajo Social	Documento de comprobación inmediata
7.7 Informe Mensual	1 años	Departamento de Trabajo Social	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

- 8.1 Carnet:** Documento que identifica a la población usuaria de los servicios del Instituto en el que se programan las citas para otorgar los servicios médicos.
- 8.2 Estudio socioeconómico:** Instrumento utilizado por el personal de Trabajo Social para conocer la situación económica y social de la familia y asignar una clasificación con base a la cual se aplican las cuotas de recuperación para el pago de los servicios en el Instituto.
- 8.3 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otras.
- 8.4 Exención de pago:** Dispensar a una persona física o moral de pagar en un emplazamiento, por considerarse excesiva, inaceptable o porque se puede cubrir el riesgo, adoptando otras medidas menos onerosas o más convenientes.
- 8.5 Nivel Socioeconómico:** Evaluación cuantitativa que le permite al personal de Trabajo Social clasificar a las pacientes de acuerdo a su condición económica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 8 de 24


## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1	Hoja de Valoración, Consulta de Primera vez	(2440-01/SIGIn)
10.2	Autorización Nivel 1x	(9104-20/SIGIn)
10.3	Estudio Socioeconómico	(9104-18/SIGIn)
10.4	Carnet de Citas	(2440-18)
10.5	Informe Diario	(9104-43)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 9 de 24

## 10.1 Hoja de Valoración, Consulta de Primera Vez



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



### HOJA DE VALORACIÓN CONSULTA DE 1ª VEZ

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ **(1)** de 20 \_\_\_\_\_

**PERSONAL DE CONTROL DE CITAS  
CONSULTA DE PRIMERA VEZ  
PRESENTE**

LA C. \_\_\_\_\_ **(2)** CON FOLIO **(3)**  
Y CON EDAD DE **(4)** AÑOS, REÚNE LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA SER **ACEPTADA EN FORMA PROVISIONAL** COMO  
PACIENTE EN: \_\_\_\_\_ **(5)**

DIAGNÓSTICO DE ACEPTACIÓN: \_\_\_\_\_ **(6)**

FAVOR DE OTORGAR SU CITA CORRESPONDIENTE. EL DÍA DE SU CITA, ADEMÁS DE LA DOCUMENTACIÓN GENERAL  
SOLICITADA, DEBE PRESENTAR COMO COMPROBANTES DE CARÁCTER MÉDICO: \_\_\_\_\_ **(7)**

OTRO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ **(8)**

**SU ACEPTACIÓN DEFINITIVA QUEDARÁ CONDICIONADA A LA PRESENTACIÓN DE TODOS  
LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.**

**(9)**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE EL/LA MÉDICO/A QUE VALORÓ

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**FAVOR DE PRESENTAR ESTA HOJA EL DÍA DE SU CITA, SIN ELLA, LAMENTABLEMENTE  
NO PODRÁ REALIZAR NINGÚN TRÁMITE. GRACIAS**

PARA AGILIZAR SU TRÁMITE, FAVOR DE ORDENAR SUS DOCUMENTOS DE LA SIGUIENTE FORMA: **(10)**

ORDEN	FORMATO	ESPECIFICACIÓN
1°	COPIA	<b>ACTA DE NACIMIENTO</b> Paciente y pareja o de quien depende
2°	COPIA	<b>CURP</b> Paciente y pareja o de quien depende
3°	COPIA	<b>COMPROBANTE DE DOMICILIO</b> Agua o predio o constancia domiciliaria
4°	ORIGINAL	<b>FORMATOS</b> Del IMSS e ISSSTE
5°	ORIGINAL Y COPIA	<b>COMPROBANTE DE INGRESOS</b> Estudio socioeconómico o carta laboral o recibo de pago o constancia de hechos que reporta ingreso
6°	COPIA	<b>IDENTIFICACIÓN</b> Paciente y pareja o de quien depende
7°	COPIA	<b>ACTA</b> Matrimonio o informativa que reporte situación civil

SI ES REFERIDA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DEBE PRESENTAR: **(11)**

*	COPIA	<b>FORMATO</b> Referencia y/o contrareferencia del Instituto
---	-------	---

EN EL REVERSO DE ESTA HOJA, FAVOR DE ANOTAR: NÚMERO DE TELÉFONO LOCAL, CELULAR Y DOMICILIO COMPLETO.

FECHA DE IMPRESIÓN: \_\_\_\_\_ **(12)**

**2440-01**


**Montes Urales N° 800**

**Lomas Virreyes**

**Ciudad de México**

**CP. 1000**

**Licencia Sanitaria N° 1011011039**


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 10 de 24

## 10.1 Hoja de Valoración, Consulta de Primera Vez

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
 HOJA DE VALORACIÓN CONSULTA DE 1ª VEZ  
 2440-01

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	Día, mes y año en que se llena la presente hoja de valoración de la consulta de primera vez
2	NOMBRE	Nombre completo de la paciente
3	N° DE FOLIO	Número de folio asignado por el Instituto
4	EDAD	Número de años cumplidos de la paciente
5	ACEPTACIÓN EN FORMA PROVISIONAL	Especificar el servicio de referencia en el que fue aceptada en forma provisional
6	DIAGNÓSTICO DE ACEPTACIÓN	Describir el diagnóstico médico de aceptación al Instituto
7	COMPROBANTES DE CARÁCTER MÉDICO	Especificar que documentación adicional se requiere como comprobante de carácter médico
8	OTRO DOCUMENTO	Documentación adicional que solicita el personal médico
9	NOMBRE DEL/LA MÉDICO/A QUE VALORÓ Y FIRMA	Nombre completo del/la médico/a que valoró y firma autógrafa
10	ORDEN DE DOCUMENTOS	Presentar la documentación en el orden en que se especifica en el recuadro, en original y/o copia señalado
11	REFERENCIA DE OTRO INSTITUTO	Presentar formato de referencia o contrareferencia en caso de ser canalizada de otro Instituto
12	FECHA DE IMPRESIÓN	Día, mes y año en que se imprime el presente formato



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 12 de 24


## 10.2 Autorización Nivel 1x

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### “AUTORIZACIÓN DE NIVEL 1X”


9104-20

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	El día, mes y año en que se elabora el trámite
2	N° DE FOLIO	El número consecutivo asignado por el Instituto
3	NOMBRE	El nombre completo de la paciente que lo solicita
4	EXPEDIENTE	El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso
5	SERVICIO	Servicio que realiza el trámite de autorización de Nivel 1X
6	FECHA DE APERTURA DE EXPEDIENTE	El día, mes y año en que se realiza la apertura de expediente
7	OBSERVACIONES	Especificar el motivo por el que se asigna a la paciente el Nivel 1X
8	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN	Nombre completo y firma de la Jefa del Departamento de Trabajo Social
9	AUTORIZACIÓN	Nombre completo y firma de autorización del Director General del INPer



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 13 de 24

### 10.3 Estudio Socioeconómico

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b> <b><u>IDENTIFICACIÓN</u></b>	
VIGENCIA: (1)	CURP: (2)	EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)		
FECHA DE NACIMIENTO: (5)	EDAD: (6)	NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)
<b><u>DOMICILIO PERMANENTE</u> (8)</b>		
CALLE:		
COLONIA:	MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:	ESTADO:	
TIPO DE VIALIDAD:	TIPO DE ASENTAMIENTO:	
TELÉFONO:	CELULAR U OTROS:	
RESIDENCIA: (9)	OTRO PAÍS:	
<b><u>DOMICILIO TEMPORAL</u> (10)</b>		
CALLE:		
COLONIA:	MUNICIPIO:	
CÓDIGO POSTAL:	ESTADO:	
TELÉFONO:	CELULAR U OTROS:	
NACIONALIDAD: (11)	ESTADO DE NACIMIENTO:	
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:		
PERSONA RESPONSABLE: (12)		
PARENTESCO:		
TELÉFONO:	EXTENSIÓN:	
<b><u>ESTUDIO SOCIAL</u></b>		
FECHA DE ESTUDIO: (13)	REALIZADO EN: (14)	
TIPO PACIENTE: (15)	EMERGENCIA OBST: (16)	
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?	SEM. GESTACIÓN: (18)	
CANALIZADO POR: (20)	SERV. MÉDICO: (19)	
ESTADO CIVIL: (22)	CANALIZADO EN FORMA: (21)	
	EDAD COMPAÑERO: (23)	
	NO. SEGURO SOCIAL:	



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 14 de 24


### 10.3 Estudio Socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b> <u><b>IDENTIFICACIÓN</b></u>	 <small>INPer</small>
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECONÓM.:
NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (24)		
EDAD HIJOS: (25)		EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE: (26)		
RELIGIÓN COMPAÑERO:		
<u><b>ESCOLARIDAD</b></u> (27)		
ESCOLARIDAD:	COMPAÑERO:	
AÑOS DE ESTUDIO:	AÑOS DE ESTUDIO:	
<u><b>INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS</b></u> (28)		
¿COMUNIDAD INDÍGENA?:	DESCRIPCIÓN:	
UBICACIÓN:		LENGUA:
<u><b>CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO</b></u> (29)		
OCUPACIÓN PACIENTE:		
DESCRIPCIÓN:		
OCUPACIÓN COMPAÑERO:		
DESCRIPCIÓN:		
PRINCIPAL APORTADOR: (30)		
PUNTOS: (31)		
<u><b>INGRESO FAMILIAR MENSUAL</b></u> (32)		
PACIENTE:	COMPAÑERO:	OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (33)		TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO:		PUNTOS: (34)





### 10.3 Estudio Socioeconómico

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	 <b>INPer</b>																										
<b>IDENTIFICACIÓN</b>																												
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:																										
NOMBRE DEL PACIENTE:																												
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NIVEL SOC. ECON.:																										
<b>DESGLOSE DE EGRESOS (35)</b>																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">TIPOS DE EGRESOS</th> <th style="width: 20%;">IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alimentación Despensa</td><td></td></tr> <tr><td>Renta/ Hipoteca</td><td></td></tr> <tr><td>Agua</td><td></td></tr> <tr><td>Luz</td><td></td></tr> <tr><td>Gas</td><td></td></tr> <tr><td>Teléfono</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos Escolares</td><td></td></tr> <tr><td>Gastos en Salud</td><td></td></tr> <tr><td>Transporte</td><td></td></tr> <tr><td>Servicios Domésticos</td><td></td></tr> <tr><td>Consumos Adicionales</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>TOTAL:</b></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE	Alimentación Despensa		Renta/ Hipoteca		Agua		Luz		Gas		Teléfono		Gastos Escolares		Gastos en Salud		Transporte		Servicios Domésticos		Consumos Adicionales		<b>TOTAL:</b>	
TIPOS DE EGRESOS	IMPORTE																											
Alimentación Despensa																												
Renta/ Hipoteca																												
Agua																												
Luz																												
Gas																												
Teléfono																												
Gastos Escolares																												
Gastos en Salud																												
Transporte																												
Servicios Domésticos																												
Consumos Adicionales																												
<b>TOTAL:</b>																												
EGRESO MENSUAL: (36)																												
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:																												
PUNTOS: (37)																												
SITUACIÓN ECONÓMICA: (38)																												
<b>VIVIENDA (39)</b>																												
TIPO TENENCIA:	SERV. INTRADOMICILIARIOS:																											
PUNTOS:	PUNTOS:																											
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:																												
PUNTOS:																												
NÚMERO DE DORMITORIOS:																												
PUNTOS:																												
PERSONAS POR DORMITORIO:																												
PUNTOS:																												
SERVICIOS PÚBLICOS:																												
PUNTOS:																												
TIPO DE VIVIENDA:																												
PUNTOS:	<b>TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (40)</b>																											
<b>ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR</b>																												
TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (41)																												
PUNTOS: (42)																												
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (43)		PUNTOS: (44)																										
LUGAR DONDE SE ATIENDE:																												
NÚMERO DE ENFERMOS: (45)	EMPLEADO DEL INPer (47)																											
PUNTOS: (46)																												
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48)																												
		<b>TOTAL PUNTOS (49)</b>																										


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 16 de 24

### 10.3 Estudio Socioeconómico

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA</b> <b>ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES</b> <b>DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN</b> <b>SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL</b> <b>DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL</b> <b>ESTUDIO SOCIOECONÓMICO</b>	
<b>IDENTIFICACIÓN</b>		
VIGENCIA:	CURP:	EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	NOVEL SOC. ECON.:
<b>DIAGNÓSTICOS SOCIALES (50)</b>		
DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:		
REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:	(51)	FIRMA:
RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASI MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA. AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA.		
NOMBRE:	(52)	FIRMA:
HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL, ACEPTO QUE SI NO CUMPLO CON ESTE REQUISITO EN LA FECHA SEÑALADA, SE ME AUMENTARÁN DOS NIVELES MÁS AL QUE SE ME ASIGNO INICIALMENTE.		
NOMBRE:		FIRMA:

Ang




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 17 de 24

### 10.3 Estudio Socioeconómico


#### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO “ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO”

9104-18

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	VIGENCIA	Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años)
2	CURP	Clave Única de Registro de Población de la Paciente
3	EXPEDIENTE	Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información
4	NOMBRE DE LA PACIENTE	Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrado en su acta de nacimiento o en ausencia de ésta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno
5	FECHA NACIMIENTO	Día, mes y año en que nació la paciente. En caso de que se desconozca se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato
6	EDAD	Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento
7	NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social
8	DOMICILIO PERMANENTE	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado donde se encuentra el domicilio de la paciente, así como número telefónico fijo y celular para su localización
9	RESIDENCIA, OTRO PAÍS	Área geográfica en que reside o nombre del país en caso de tratarse de paciente extranjera
10	DOMICILIO TEMPORAL	Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número (interior y/o exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y estado en dónde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización
11	NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO	Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la República y municipio
12	PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN	Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, y número telefónico y extensión para su localización


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 18 de 24

13	FECHA DE ESTUDIO	Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico
14	REALIZADO EN	Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico
15	TIPO DE PACIENTE	Diagnóstico de ingreso de la paciente
16	EMERGENCIA OBTÉTRICA	<p>Urgencias (se despliega el siguiente menú):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente sea referida oficialmente por el IMSS o ISSSTE</li> <li>- Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente tenga IMSS o ISSSTE pero acudió por propia iniciativa</li> <li>- Nota: el médico que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de trabajo Social</li> <li>- Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuenta o no con Seguridad Social pero que no se trate de una urgencia obstétrica</li> </ul>
17	¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL	Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso)
18	SEMANAS DE GESTACIÓN	Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente
19	SERVICIO MÉDICO	Tipo de Seguridad Social incluyendo Seguro de Gastos Médicos
20	CANALIZADO POR	Institución que deriva a la paciente al Instituto
21	CANALIZADA EN FORMA	Especificar la forma en que fue canalizada la paciente. Si es de manera oficial deberá contar con oficio
22	ESTADO CIVIL	Condición civil de la paciente
23	EDAD COMPAÑERO	Años cumplidos del esposo o compañero
24	NÚMERO DE HIJOS VIVOS	Número de hijos/as vivos/as
25	EDAD DE HIJOS/AS	Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de menor a mayor
26	RELIGIÓN PACIENTE, COMPAÑERO	Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja
27	ESCOLARIDAD	Tipo de escolaridad y años de estudios de la paciente y su compañero
28	INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS	Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, dónde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 19 de 24


29	CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO	Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo
30	PRINCIPAL APORTADOR	De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo
31	PUNTOS	Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
32	INGRESO FAMILIAR MENSUAL	Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros
33	DEPENDIENTES ECONÓMICOS	Número de personas que dependen del total del ingreso familiar
34	PUNTOS	Total de puntos que se obtienen del ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
35	DESGLOSE DE EGRESOS	Egreso mensual referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado
36	EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA	Total de egresos mensuales multiplicados por 100 y divididos entre el total de ingreso familiar
37	PUNTOS	Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
38	SITUACIÓN ECONÓMICA	Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico
39	VIVIENDA	Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto
40	TOTAL VIVIENDA PUNTOS	Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del nivel socioeconómico
41	TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE	Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llegó a la Institución) y el momento de la entrevista
42	PUNTOS	Puntuación que se obtiene de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 20 de 24

43	OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN	Sí/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención médica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende
44	PUNTOS	Puntuación que se obtiene de presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico
45	NÚMERO DE ENFERMOS	Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos
46	PUNTOS	Puntuación obtenida de número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico
47	EMPLEADO/A DEL INPer	El nombre completo, número de credencial y sueldo cuando se trate de paciente empleado/a del Instituto, madre, esposa o hija; previa verificación de datos a través del recibo de pago, credencial, acta de nacimiento, de matrimonio, según sea el caso
48	DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE	Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso
49	TOTAL DE PUNTOS	La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel
50	DIAGNÓSTICOS SOCIALES	Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos
51	REALIZÓ EL ESTUDIO LA T.S., FIRMA	El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma
52	NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE	Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 22 de 24

## 10.4 Carnet de Citas


### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “CARNET DE CITAS”

2440-18

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL	El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social.
2	CARNET DE CITAS	El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente.
3	FECHA	El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto.
4	FECHA-HORA	El día, mes y hora de la próxima consulta.
5	SERVICIO	El área médica donde se atenderá el o la paciente.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	27.- Autorización de Aplicación Nivel 1X	Hoja: 24 de 24

## 10.5 Informe Diario



### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### “INFORME DIARIO”



9104-43

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	El día , mes y año en que se elabora el informe
2	SERVICIO	El nombre del servicio en el que se elabora el informe
3	TRABAJO SOCIAL	El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe
4	CAMA	Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada
5	NOMBRE	Apellido Paterno y Materno de la/el paciente
6	EXPEDIENTE	Número de expediente asignado por el instituto
7	CLASIFICACIÓN	Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente
8	TIPO DE PACIENTE	La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social
9	EDAD	Edad que tiene la/el paciente
10	DIAGNÓSTICO SOCIAL	El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social
11	PROCEDIMIENTOS	El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social
12	OBSERVACIONES	El dato adicional del procedimiento realizado
13	TOTAL DE PROCEDIMIENTOS	El número total de procedimientos realizados durante el día



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-28</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 1 de 11</b>

## 28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-28</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 2 de 11</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Actualizar las cuotas de los bienes o servicios que se proporcionan en el Instituto, a fin de mantener su vigencia, acorde a la inflación que se genera anualmente.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Subdirección de Desarrollo Organizacional (Departamento de Operación de Programas Gubernamentales) y todas las áreas que proporcionan servicios a usuarios/as por los cuales el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes recibe una cuota de recuperación, así como a las áreas que se encargan de su registro, cobro y contabilidad.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable ante la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Dirección General de Organización y Programación de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.



## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, someter a consideración de la Dirección General del INPer, los porcentajes de recuperación por nivel socio-económico de los conceptos considerados en el Tabulador de Cuotas de Recuperación para posterior aprobación de la Junta de Gobierno, los porcentajes actualmente son:


Nivel	1X	1	2	3	4	5	6	K
Porcentaje de recuperación	0	8	16	35	55	75	100	130

- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Operación de Programas Gubernamentales, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Elaborar la propuesta de Tabulador de Cuotas de Recuperación, con base en los lineamientos emitidos por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, los criterios establecidos en la fracción III, artículo 54 de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud y los porcentajes de recuperación por nivel socio-económico aprobados.
- Enviar a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, para trámite ante la Dirección General de Organización y Programación de la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, el Tabulador de Cuotas de Recuperación autorizado por la Junta de Gobierno.
- Comunicar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la aplicación del nuevo Tabulador de Cuotas de Recuperación, cuando menos con cinco días de anticipación.
- Incluir en el apartado de Productos de Uso Diario, el Cuadro Básico de Medicamentos.
- Actualizar las cuotas de los productos de uso diario conforme al precio de compra más reciente.
- Elaborar los estudios de costo con base en la metodología determinada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-28</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b>		<b>Hoja: 3 de 11</b>

- Supervisar la integración completa y correcta de los conceptos utilizados en la práctica asistencial con las pacientes del Instituto.
  - Recibir las modificaciones de servicios, procedimientos y productos de uso diario incluidos en el Tabulador de Cuotas, que solicite la Dirección Médica, las cuales se tramitarán anualmente previa autorización de la Junta de Gobierno.
- 3.3 Será responsabilidad de la Dirección Médica cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Garantizar la integración completa y correcta de los conceptos utilizados en la práctica asistencial con las pacientes del Instituto.
  - Realizar reuniones trimestrales con los responsables de revisar las claves y conceptos del Tabulador vigente y enviar las modificaciones que procedan a la Dirección de Planeación.
- 3.4 Será responsabilidad de las/los titulares de las áreas que prestan servicios asistenciales, proporcionar las integraciones completas y correctas de los conceptos utilizados en la práctica asistencial con las pacientes del Instituto.
- 3.5 Será responsabilidad de la Coordinación de Farmacología, informar de las modificaciones y actualizaciones del cuadro básico de medicamentos.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 4 de 11</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) General	1	Recibe oficio con la indicación de actualizar el Tabulador de Cuotas de Recuperación y lo turna a la Dirección de Planeación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de indicación</li> </ul>
Director(a) de Planeación	2	Recibe oficio e instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional supervisar la actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de indicación</li> </ul>
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	3	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Operación de Programas Gubernamentales actualizar el tabulador.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de solicitud</li> </ul>
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Operación de Programas Gubernamentales)	4	Elabora oficio para solicitar a cada Dirección de área del Instituto, la relación de los servicios que se dan de alta o de baja, o que tienen alguna modificación en el Tabulador de Cuotas de Recuperación y recaba rúbrica de la Subdirección de Desarrollo Organizacional y firma de la Dirección de Planeación y entrega oficios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio de solicitud</li> </ul>
	5	Recibe mediante oficio la relación de los servicios para alta, baja o modificación de las áreas asistenciales del INPer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficio servicios de alta, baja o modificación</li> </ul>
	6	Analiza las modificaciones indicadas por las áreas y coteja contra el Tabulador de Cuotas de Recuperación vigente.	
	7	Determina los servicios para dar de alta, baja o modificaciones y llena los formatos electrónicos correspondientes emitidos por la SHCP.	
	8	Actualiza las integraciones de costo de los bienes y servicios incluidos en el Tabulador de Cuotas de Recuperación.	
	9	Elabora propuesta del Tabulador de Cuotas de Recuperación considerando los porcentajes de recuperación por nivel socioeconómico autorizados por la Dirección General y presenta la propuesta del Tabulador de Cuotas a la Subdirección de Desarrollo Organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Propuesta del Tabulador de Cuotas de Recuperación</li> </ul>



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Planeación**

**28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación**

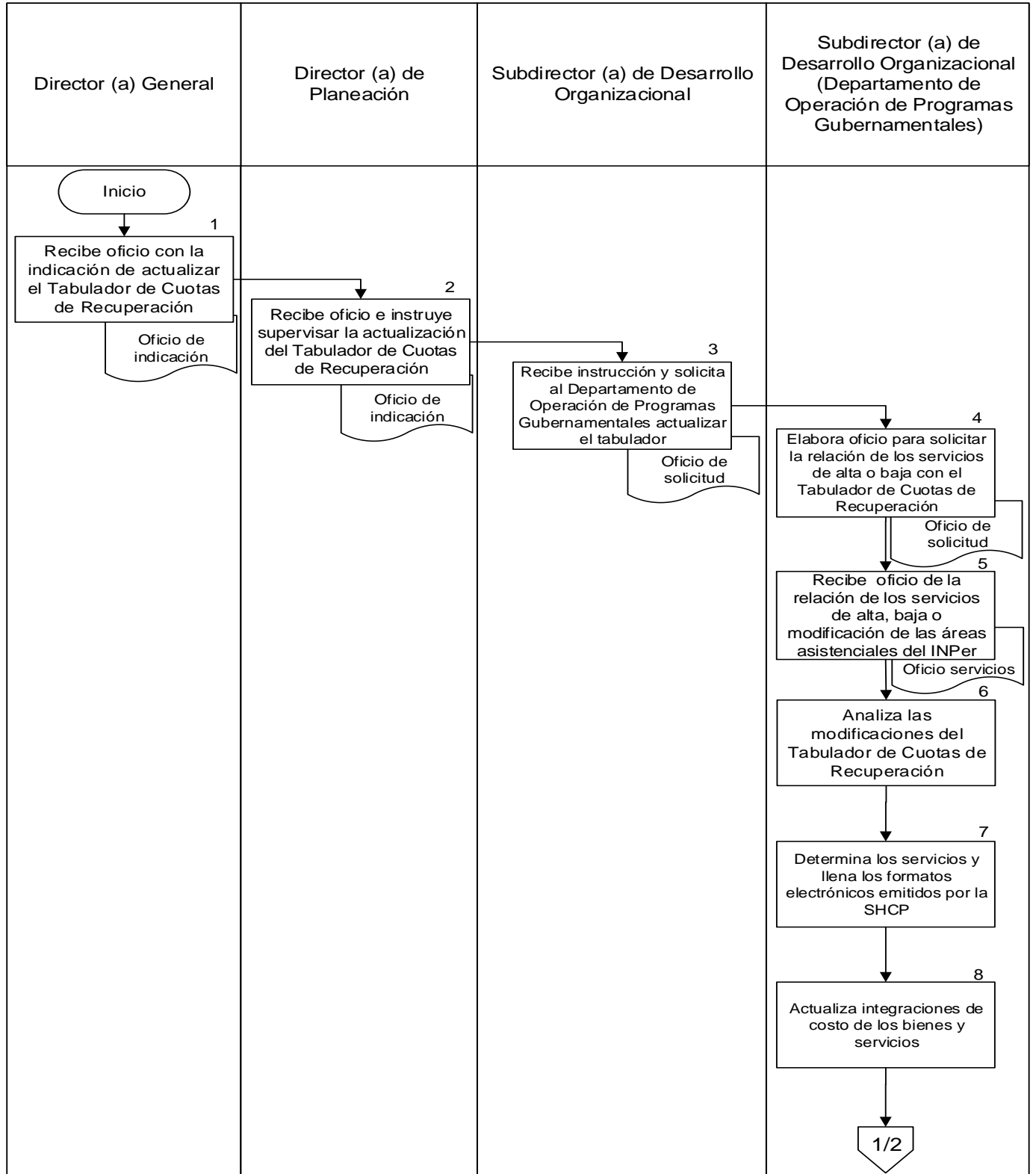
**Hoja: 5 de 11**

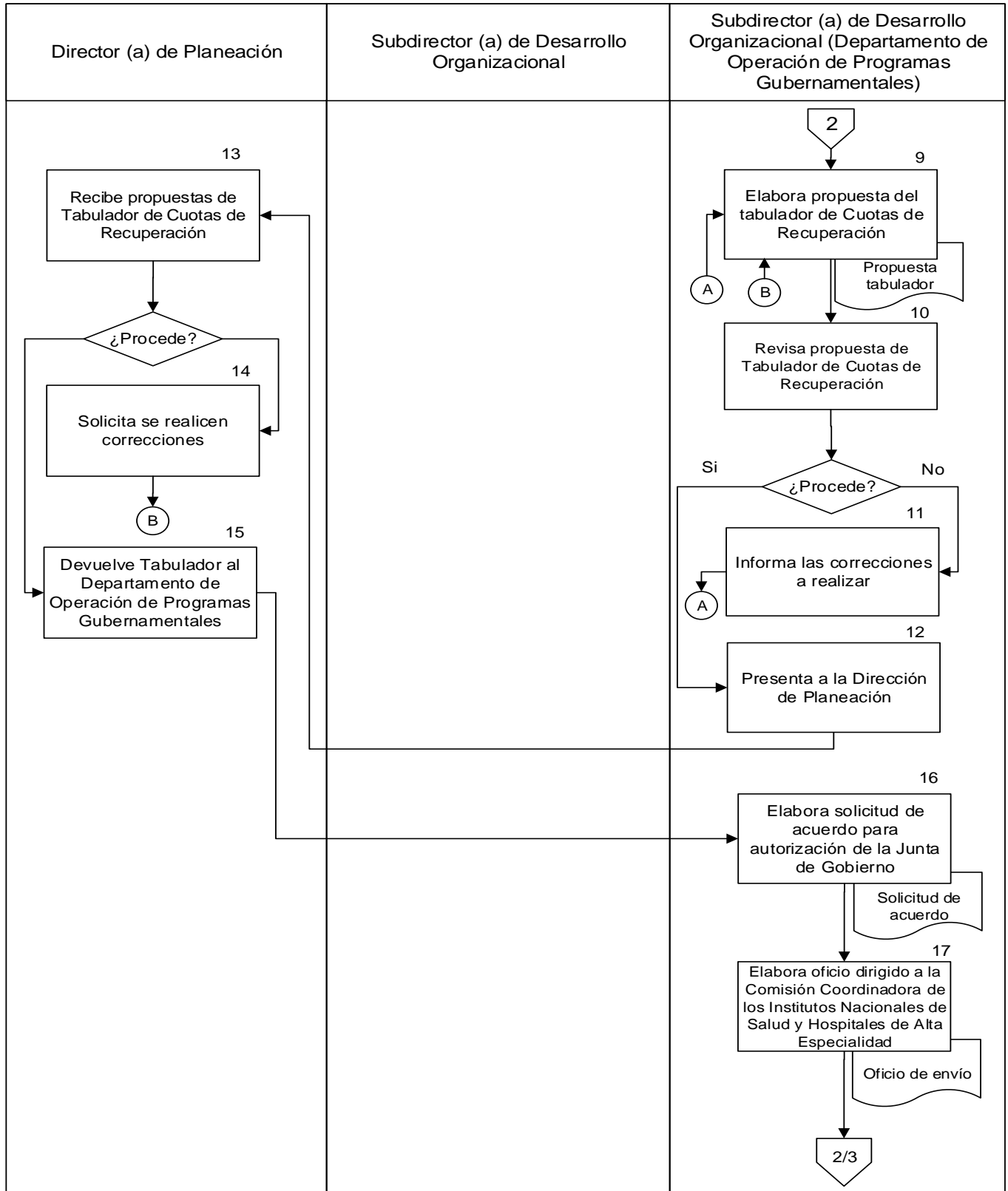
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Operación de Programas Gubernamentales)	10	Revisa propuesta de Tabulador de Cuotas de Recuperación, ¿es congruente con claves, montos e incrementos? <b>¿Procede?</b>	
	11	<b>No:</b> Informa las correcciones a realizar. <b>Regresa a la actividad N° 9</b>	
	12	<b>Si:</b> Presenta a la Dirección de Planeación.	
Director(a) de Planeación	13	Recibe propuesta de Tabulador de Cuotas de Recuperación y revisa conjuntamente con la Dirección General, ¿Es correcta y acorde a lo solicitado? <b>¿Procede?</b>	
	14	<b>No:</b> Solicita se realicen correcciones. <b>Regresa a la actividad N° 9</b>	
	15	<b>Si:</b> Devuelve Tabulador al Depto. de Operación de Programas Gubernamentales.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Operación de Programas Gubernamentales)	16	Elabora solicitud de acuerdo para autorización de la Junta de Gobierno.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solicitud de acuerdo</li></ul>
	17	Elabora oficio dirigido a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, para envío del Tabulador de Cuotas de Recuperación, solicita firma del Director General y entrega.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oficio de envío</li></ul>
Director (a) General	18	Recibe oficio de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, notificando la autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y turna a la Dirección de Planeación para el trámite correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oficio de Autorización</li></ul>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 6 de 11</b>

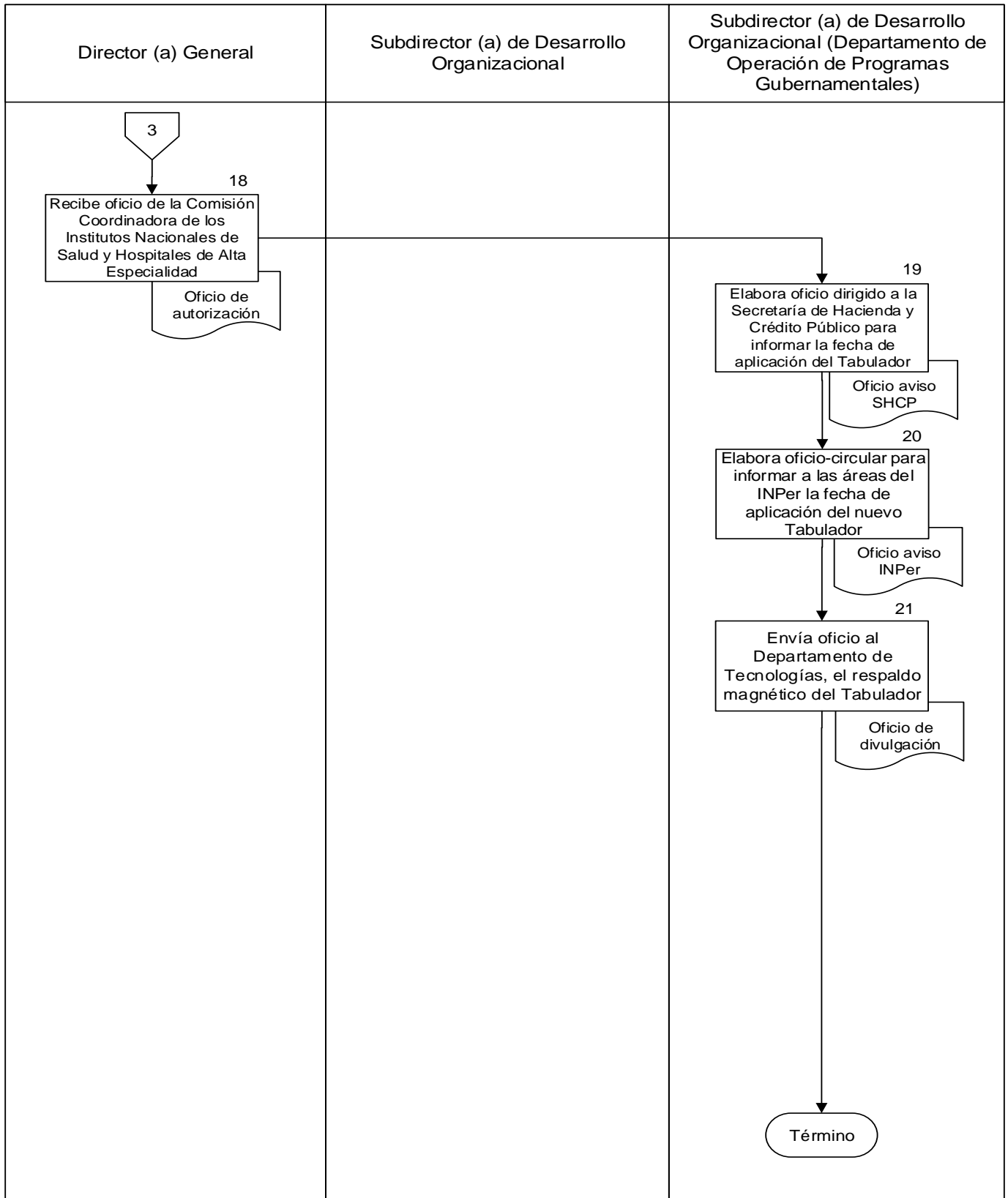
<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector (a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Operación de Programas Gubernamentales)	19	Elabora oficio dirigido a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para informar la fecha de aplicación del Tabulador de Cuotas de Recuperación. Recaba rúbricas de la Subdirección de Desarrollo Organizacional y Dirección de Planeación, así como firma de la Dirección General.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de aviso de aplicación para SHCP</li> </ul>
	20	Elabora oficio-circular para informar a las áreas del INPer la fecha de aplicación del nuevo Tabulador. Recaba las mismas rúbricas y firma y solicita entrega al Servicio de Archivo y Correspondencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de aviso aplicación para las áreas del INPer</li> </ul>
	21	Envía mediante oficio al Departamento de Tecnologías de la Información, el respaldo magnético del Tabulador de Cuotas de Recuperación para realizar cambios en el Expediente Clínico Electrónico y para su divulgación a través de la página web institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio para divulgación</li> </ul>
<b>Termina Procedimiento</b>			


### 5.0 Diagrama de Flujo










	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 10 de 11</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Oficio de indicación	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.2 Oficios de solicitud	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.3 Relación de altas	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.4 Relación de bajas	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.5 Relación de modificaciones	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.6 Propuesta del Tabulador de Cuotas de Recuperación	6 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.12
7.7 Copia de oficio de envío	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.8 Copia de oficio de autorización	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.9 Copia de oficio de aviso de aplicación para SHCP	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.10 Copia de oficio-circular de aviso de aplicación en el INPer	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2
7.11 Oficio de cambios	2 años	Departamento de Operación de Programas Gubernamentales	11C.2

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>28.- Actualización del Tabulador de Cuotas de Recuperación</b>	<b>Hoja: 11 de 11</b>

## 8.0 Glosario



- 8.1 **Cuota de recuperación:** Porcentaje del costo del servicio que se recupera por aportación de las/los usuarios del INPer.
- 8.2 **Sistema de Costos:** Integración de datos que a través de una metodología permiten determinar el valor de un producto o servicio.
- 8.3 **Tabulador de Cuotas de Recuperación:** Catálogo de montos de recuperación asignados a los bienes y servicios que se proporcionan a las/los usuarios del INPer, clasificados por nivel socioeconómico.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 No Aplica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-26</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>		<b>Hoja: 1 de 12</b>

## 29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-26</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>		<b>Hoja: 2 de 12</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Utilizar la experiencia de miembros de las diferentes áreas del hospital para definir políticas de control de infecciones asociadas a la atención en salud y actualizarlas continuamente, así como para identificar problemas de infecciones nosocomiales, de riesgos del personal y resolverlos.



## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación y al Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención, en interacción con los distintos servicios, Departamentos y Subdirecciones dependientes de la Dirección Médica.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable ante la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.


## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, verificar que el Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Vigilar que el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) se reúna periódicamente (mínimo 2 sesiones ordinarias anuales y todas las sesiones extraordinarias que sean necesarias) para escuchar, analizar y discutir el informe de vigilancia, problemas asociados al desarrollo de infecciones nosocomiales y otros asuntos pertinentes. En situaciones de urgencia, el Comité tendrá poder ejecutivo y facultad para realizar todos los cambios necesarios para controlar infecciones dentro del hospital.
- Hacer cumplir con lo determinado por el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales del INPer en su Manual de Integración y Funcionamiento.
- Apegar los aspectos técnicos al Programa específico de la vigilancia epidemiológica de las infecciones nosocomiales del Instituto Nacional de Perinatología y ajustar los procedimientos a los lineamientos establecidos por la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA-2005 actualizada en 2009, para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales y la NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
- Integrar el Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) por un (a) Presidente (a), un (a) Vicepresidente (a), un (a) Coordinador (a) General, un (a) Secretario (a) técnico (a) y vocales, mismos que se encargarán de detectar y analizar las infecciones intrahospitalarias y deberán proponer alternativas de solución para contribuir a la disminución de las tasas de infecciones nosocomiales.
- Evaluar las funciones y organización del Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales.
- Estructurar al Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales: la máxima autoridad del hospital en todos los aspectos relacionados a la prevención y control de infecciones adquiridas en el hospital:  
Integrantes: Se requiere la participación de las autoridades médicas y administrativas, con el compromiso de cumplir los objetivos del programa de control de infecciones.
- Vigilar que las áreas de hospitalización del Instituto Nacional de Perinatología estén libres de infecciones nosocomiales en la medida posible.
- Realizar de manera permanente las actividades para el control de infecciones nosocomiales en todas las áreas de internamiento del INPer.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-MP-26</b>
	<b>Dirección de Planeación</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>		<b>Hoja: 3 de 12</b>

- Generar informes de los resultados con base a lo establecido por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en el Programa Nacional de Salud del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE) en su capítulo de la Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica (RHOVE).
- Comparar los indicadores de infecciones nosocomiales (tasas por egresos, por procedimientos y por días dispositivo vascular), con lo reportado en distintos hospitales a nivel mundial y con hospitales similares al INPer, en México y zona metropolitana.
- Generar análisis de riesgo personalizados al área del hospital donde se suscita el problema, para establecer estrategias correctivas y preventivas.
- Verificar que las bitácoras de control de cultivos contengan los siguientes datos: Nombre completo de la paciente, fecha en que se realiza el cultivo, número de expediente, diagnóstico, número de cama, tipo de cultivo y resultado del mismo:
  - En pacientes adultas considerar casos sospechosos de posible infección nosocomial en quienes presenten síntomas de fiebre o secreción en herida quirúrgica, en los servicios de internamiento de área de hospitalización, que ocurre en los primeros 30 días después de la cirugía si no se colocó implante, o dentro del primer año si se colocó implante.
  - En pacientes neonatales considerar casos de posible infección nosocomial en quienes presenten criterios clínicos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica individualizados para neonatos de término y pretérmino, de acuerdo a lo establecido por lineamientos internacionales en materia de sepsis neonatal, dichas manifestaciones clínicas pueden asociarse o no a recuperación microbiológica en cultivos.
- Vigilar que las áreas adquieran los insumos correctos para la prevención de infecciones nosocomiales.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y la no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>	<b>Rev. 6</b>
		<b>Hoja: 4 de 12</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

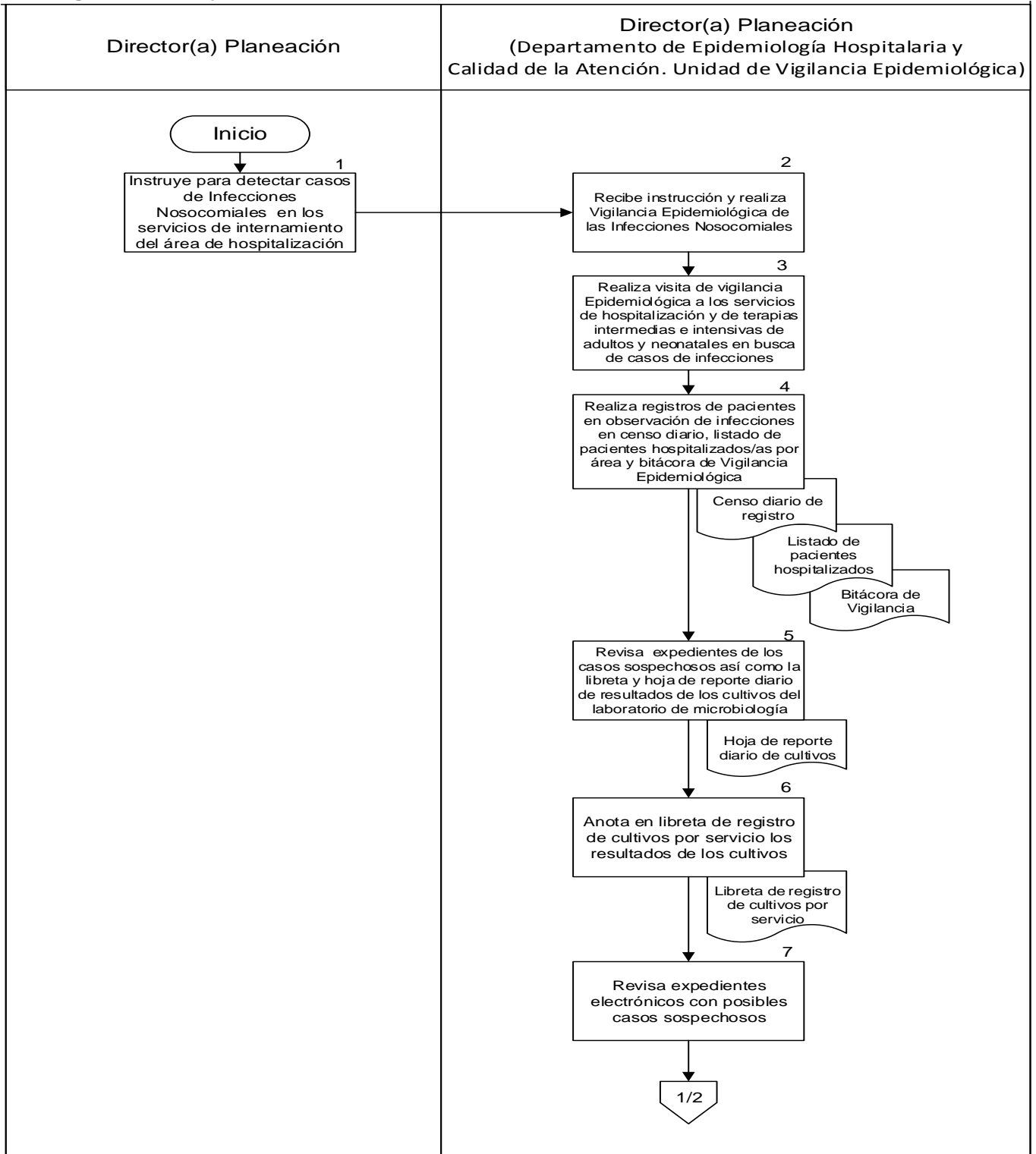
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) de Planeación	1	Instruye al Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención para detectar casos de Infecciones Nosocomiales en los servicios de internamiento del área de hospitalización.	
Director(a) de Planeación (Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención/Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria)	2	Recibe instrucción para realizar Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales a través del personal integrante de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.	
	3	Realiza visita de vigilancia Epidemiológica diariamente a los diferentes servicios de hospitalización y unidades de terapias intermedias e intensivas de adultos y neonatales en busca de posibles casos de infecciones nosocomiales.	
	4	Realiza registros de pacientes en observación de infecciones nosocomiales en censo diario, listado de pacientes hospitalizados/as por área y bitácora de Vigilancia Epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Censo diario de registro</li> <li>• Listado de pacientes hospitalizados por área</li> <li>• Bitácora de Vigilancia Epidemiológica</li> </ul>
	5	Revisa los expedientes de los casos sospechosos así como la libreta y hoja de reporte diario de resultados de los cultivos del laboratorio de microbiología.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoja de reporte diario de cultivos</li> </ul>
	6	Anota en libreta de registro de cultivos por servicio los resultados de los cultivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de registro de cultivos por servicio</li> </ul>
	7	Revisa los expedientes electrónicos con posibles casos sospechosos	
	8	Abre una hoja de captura de datos formato de "Comité de Infecciones Nosocomiales (Recién Nacido) o Comité de Infecciones Nosocomiales de casos detectados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9010-12</li> <li>• 9010-13</li> </ul>
	9	Realiza análisis de datos y determina casos de Infección Nosocomial con base a definiciones operacionales establecidas en lineamientos internacionales referente a infecciones nosocomiales con la finalidad de proponer las alternativas de seguimiento en los diferentes casos y servicios. ¿Procede?	

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>	<b>Rev. 6</b> <b>Hoja: 5 de 12</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) de Planeación (Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención/Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria)	10	<b>No:</b> Registra los resultados obtenidos mes por mes a través de los corredores (canales) endémicos. <b>Regresa a la actividad N° 8.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de Canales endémicos</li> </ul>
	11	<b>Si:</b> Realiza un análisis de las resistencias bacterianas por servicio.	
	12	Elabora Informe Mensual de casos de infecciones nosocomiales y emite recomendaciones con base a resultados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emisión de análisis de informe de infecciones nosocomiales y canales endémicos</li> </ul>
	13	Envía Informe generado en el mes, a los miembros del Comité para la Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, Conserva una copia para expediente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Mensual</li> </ul>
	14	Captura casos en la base de datos del sistema automatizado: Red Hospitalaria de Vigilancia (RHOVE), perteneciente a la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en la plataforma de Internet correspondiente, mensualmente.	
	15	Organiza las reuniones con los miembros del comité (CODECIN) y servicios involucrados con el fin de dar a conocer los resultados, reuniones semestrales. En caso de surgir alguna situación que lo amerite, se realizan sesiones extraordinarias.	
	16	Realiza informe Anual de los resultados haciendo las recomendaciones pertinentes, el cual se envía a todos los miembros del CODECIN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Anual</li> </ul>
	17	Conserva una copia para expediente.	
	18	Actualiza al finalizar el año los gráficos de los Corredores o Canales Endémicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informe Anual</li> </ul>
<b>Termina Procedimiento</b>			

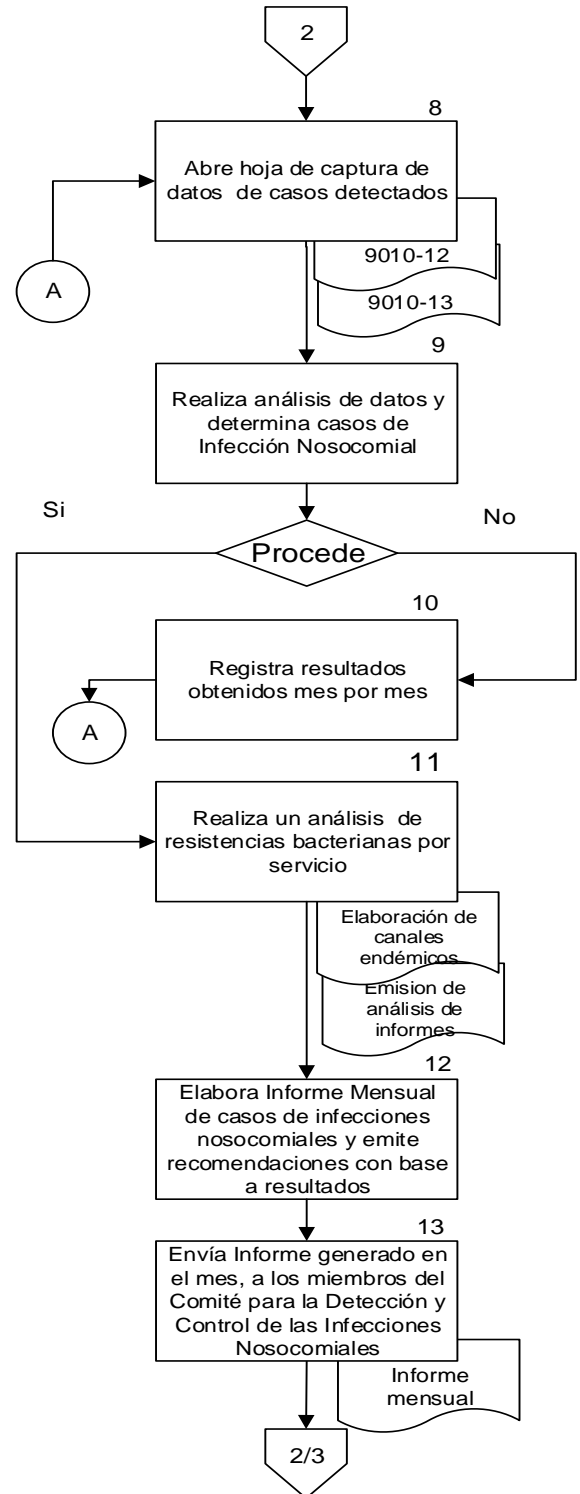


**5.0 Diagrama de Flujo**



Director(a) de Planeación

Director(a) de Planeación  
(Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención/ Unidad de Vigilancia Epidemiológica)





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Planeación**

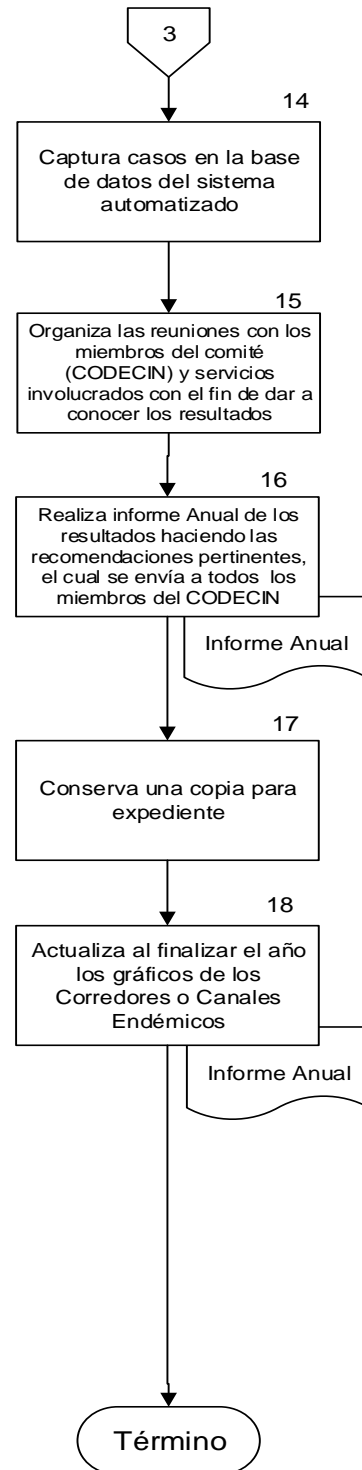
**29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales**


**Rev. 6**

**Hoja: 8 de 12**

Director(a) de Planeación

Director(a) de Planeación  
(Departamento de Epidemiología  
Hospitalaria y Calidad de la Atención.  
Unidad de Vigilancia Epidemiológica)




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>	<b>Rev. 6</b>
		<b>Hoja: 9 de 12</b>

## 6.0 Documentos de referencia

<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09/2013
6.2 Norma Oficial Mexicana: Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA-2005. Para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.	NOM-045-SSA2-2005
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-017SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.	NOM-017-SSA2-2012
6.4 Norma Mexicana NMS-R-025-SCFI-2012. Para la igualdad laboral entre mujeres y hombres.	NMX-R-025-SCFI-2012

## 7.0 Registros

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1 Censo diario de registro	1 año	Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención	Documento de comprobación inmediata
7.2 Listado de pacientes hospitalizados por área	N/P	N/P	N/P
7.3 Bitácora de Vigilancia Epidemiológica	1 año	Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención	Documento de comprobación inmediata
7.4 Hoja de reporte diario de cultivos	1 año	Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención	Documento de comprobación inmediata
7.5 Libreta de registro de cultivos por servicio	1 año	Departamento de Epidemiología Hospitalaria Y Calidad de la Atención	Documento de comprobación inmediata
7.6 Comité de Detección y Control de Infecciones Relacionadas a la Atención Médica Neonatal	6 años	Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención	4S.12/9010-12
7.7 Comité de Detección y Control de Infecciones Relacionadas a la Atención Médica Adultos	6 años	Departamento de Epidemiología Hospitalaria Y Calidad de la Atención	4S.12/9010-13
7.8 Canales Endémicos	6 años	Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención	4S.9
7.9 Libreta de registro diario	1 año	Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención	Documento de comprobación inmediata

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>	Rev. 6
		Hoja: 10 de 12

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.10 Informe Mensual	1 año	Departamento de Epidemiología Hospitalaria Y Calidad de la Atención	Documento de comprobación inmediata
7.11 Informe Anual	6 años	Departamento de Epidemiología Hospitalaria Y Calidad de la Atención	4S.9

## 8.0 Glosario

- 8.1 Cultivo:** Método de obtención de microorganismos, células o tejidos mediante siembras controladas en medios adecuados.
- 8.2 Epidemiología:** Es una disciplina científica que estudia la distribución, la frecuencia, los determinantes, las relaciones, las predicciones y el control de los factores relacionados con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas específicas.

En epidemiología se estudian y describen la salud y las enfermedades que se presentan en una determinada población, para lo cual se tienen en cuenta una serie de patrones de enfermedad, que se reducen a tres aspectos: tiempo, lugar y persona.


- 8.3 Infección Nosocomial:** Condición localizada o generalizada resultante de la reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o su toxina, que no estaba presente o en periodo de incubación en el momento del ingreso del paciente al hospital y que puede manifestarse incluso después de su egreso.
- 8.4 RHOVE:** Red Hospitalaria de Vigilancia Epidemiológica. Al componente del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica que comprende un conjunto de servicios, recursos, normas y procedimientos integrados en una estructura de organización que facilita la sistematización de las actividades de vigilancia epidemiológica hospitalaria, incluyendo la de las infecciones nosocomiales.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-17	Actualización vigencia


## 10.0 Anexos

- 10.1 Comité de Detección y Control de Infecciones Relacionadas a la Atención Médica Neonatal (9010-12)
- 10.2 Comité de Detección y Control de Infecciones Relacionadas a la Atención Médica Adultos (9010-13)




 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>	<b>Rev. 6</b>
		<b>Hoja: 11 de 12</b>



### 10.1 Comité de Detección y Control de Infecciones Relacionadas a la Atención Médica Neonatal

		INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN <b>COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RELACIONADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA NEONATAL</b>		
Nombre: _____		Expediente: _____		Servicio IN: _____
Cuna IN: _____		Servicio de Captura: UCIN ( ) UCIREN ( ) TIMIN ( ) AC 3º piso ( ) AC 4º piso ( ) UTQ ( )		Cuna: _____ Fecha de captura: / /
<b>EVENTOS:</b>				
<b>FOLIO RHOVE:</b>				
<b>Domicilio:</b>				
Sexo: F ( ) M ( ) A ( )	Fecha Nac.: / /	Hora:	Peso:	<b>Antecedentes Maternos</b>
Apgar-Silverman A: / ( )	Capurro/Ballard:	SDG por FUM:		Edad: Gestas ( ) Parto ( ) Cesárea ( ) Aborto ( ) Ectópico ( )
<b>Vía de Nacimiento:</b>	eutócica ( )	fórceps ( )	fortuito ( )	cesárea ( )
	Patología Materna:	Tratamiento:		
Indicación de distocia:	Lab. y cultivos materno:			<b>Dx Nacimiento:</b>
Resolución: vida ( ) muerte: ( )	Fecha de resolución: / /			
Causa de Muerte:	Motivo de Egreso: curación ( ) mejoría ( ) muerte ( ) traslado ( )			Fecha: / /
Control INPer: sí ( ) no ( )	Nº consultas:	RPM: sí ( ) no ( )	Amniorraxis: sí ( ) no ( )	
Tiempo al nacimiento:	Liq. Amniótico:			CLAVE CIE 10:
<b>Servicio Anterior :</b>	UTQ (2)	(3)	(4)	(5) (6) (7) Domicilio ( )
<b>Fecha:</b>	/ / (2)	/ / (3)	/ / (4)	/ / (5) / / (6) / / (7) Traslado ( ) Patología ( )
<b>Dx Actual:</b>				
<b>Fecha de inicio de IN:</b> / /				
<b>Datos de Infección Nosocomial:</b>				
<b>Captado mes anterior por IN:</b>				
Montes Urales N° 800	Lomas Virreyes	Ciudad de México	CP.11000	Licencia Sanitaria N° 1011011039
				<b>9010-12</b>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Planeación</b>	
	<b>29.- Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales</b>	<b>Rev. 6</b>
		<b>Hoja: 12 de 12</b>



## 10.2 Comité de Detección y Control de Infecciones Relacionadas a la Atención Médica Adultos

 		INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA HOSPITALARIA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN <b>COMITÉ DE DETECCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RELACIONADAS A LA ATENCIÓN MÉDICA EN ADULTAS</b>			
Nombre: _____		Fecha de nacimiento: _____		Expediente: _____ Cama: _____	
Edad: _____		<b>Tipo de paciente:</b> Ginecológica ( ) Puérpera ( ) Embarazada ( ) Control en INPer: Si ( ) No ( ) N° de Consultas: _____			
<b>Servicio:</b> Ginecología ( ) Obstetricia ( ) <b>Sala/Sector:</b> 5° piso ( ) 4° piso ( ) 3 <sup>er</sup> piso ( ) 2° piso ( ) UCIA ( ) UTI ( ) Urgencias ( ) UTQ ( ) Otro ( )					
<b>FOLIO RHOVE:</b>		<b>EVENTOS:</b>			
<b>Dx de ingreso:</b>					
<b>Domicilio:</b>					
Fecha de Captura:	/ /	<b>Movimientos internos:</b>		<b>Tipo de Cirugía y/o procedimiento</b>	
Fecha de ingreso	/ /	Cama: fecha de: a		eutócía fórceps fortuito cesárea LUI HTA HTL LAPE	
Fecha de egreso	/ /	Cama: fecha de: a		( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	
Fecha de re-ingreso	/ /	Cama: fecha de: a		Otro procedimiento:	
Fecha de re-egreso	/ /			Indicación:	
Fecha de re-ingreso	/ /	Cama: fecha de: a			
Fecha de re-egreso	/ /	Dx re-ingreso		<b>Hallazgos:</b>	
Resolución: vida ( ) muerte ( )					
Causa de Muerte:		Dx re-egreso			Sangrado: ml.
<b>Motivo de Egreso:</b> curación ( ) mejoría ( ) muerte ( ) traslado ( )				Inicia	Termina
Gesta parto cesárea aborto ectópico	Peso	Talla		Tiempo Qx:	Turno
				Sala:	
				Tipo de incisión: media abdominal ( ) suprapúbica ( ) episiotomía ( )	
<b>Otras:</b>					
Trabajo de parto: (si) (no) N° de tactos:		RPM: (si) (no)	Amniorrexis: (si) (no)	Ciruj.:	Sup.:
Fecha: / /	Hora: Hrs	Tiempo al nacimiento:		Ayud.:	
laboratorios y cultivos:		Anestesiólogo/a: (general) (sedación) (mixta) (BPD) (local) (otra)			
<b>Tipo de Cx:</b> electiva-urgencia-no/presentó		<b>Grado de contaminación:</b> -limpia -limpia contaminada -contaminada -sucia -limpia con implante -no presentó Cx			
<b>Fecha de inicio de IN:</b> / /		<b>Datos de Infección Nosocomial:</b>			

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-30</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>		<b>Hoja: 1 de 11</b>

### 30.- Actualización de la Nómina



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DAF-MP-30</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>		<b>Hoja: 2 de 11</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Efectuar oportuna y correctamente el pago al personal que labora en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para cumplir con la normativa emitida por la Secretaría de Salud de acuerdo al Tabulador Vigente.



## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Administración y Finanzas, a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Remuneraciones).



## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, verificar que el Departamento de Remuneraciones, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:



- Recibir previa autorización de la Dirección de Administración y Finanzas y/o Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, todo tipo de movimiento fijo (altas de nuevo ingreso o reingresos, reingresos posterior a licencia sin sueldo y por subsidio ISSSTE, promociones escalafonarias, cambios de carácter de nombramiento, altas y bajas al pago de riesgos profesionales, cambios de adscripción, altas a números de credencial, cambios de jornada laboral, altas al pago de prima quinquenal, incremento al pago de prima quinquenal, incapacidad médica, alta de número de seguridad social, renunciaciones, licencias sin sueldo, licencia por tiempo indefinido, licencias por subsidio ISSSTE, bajas por término de interinato, por término de nombramiento, bajas por jubilación, bajas administrativas) con diez días de anticipación al día de pago correspondiente.
- Recibir documentación inherente a altas y modificaciones del personal, hasta el décimo día hábil previo a los días 10 y 25 de cada mes para que sean considerados en la nómina de la quincena que corresponda de lo contrario aplicar en la siguiente.
- Recibir las bajas del personal únicamente con fecha 15 y último de cada mes que corresponda y que las renunciaciones sean entregadas con cinco días hábiles de anticipación al cierre de la nómina, en casos excepcionales la Dirección de Administración y Finanzas autorizará que la Institución absorba el gasto, en los casos en que se haya efectuado un pago improcedente por recepción extemporánea de una baja o renuncia.
- Solicitar reembolso a los familiares del servidor público que haya fallecido en el periodo de elaboración y pago de la nómina.
- Recibir previa autorización de la Dirección de Administración y Finanzas y/o Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, todo tipo de movimiento variable ( Descuento ISSSTE, prestamos a corto y mediano plazo, descuentos de créditos hipotecarios, seguros FOVISSSTE, seguros individuales, potenciación de los seguros de vida, seguro de responsabilidad civil asistencial, seguro de autos, seguro de gastos médicos mayores, INFONACOT, tiempo extra, notas buenas, notas, de colaboración, notas de puntualidad, notas trimestrales, días festivos, pago de prima dominical, suplencias, reintegros gravables, faltas, suspensiones) con diez días de anticipación al día de pago correspondiente.
- Recibir de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal "Solicitud de Movimiento de Personal" (5120-35 A) para realizar el trámite correspondiente
- Revisar que la fecha de ingreso del personal que se indique en la "Solicitud de Movimiento de Personal" (5120-35 A) sea con primero y dieciséis de cada mes.
- Capturar toda la documentación mencionada que se recibió de las diversas áreas para la actualización de los movimientos en el sistema de remuneraciones nominal.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p><b>INPer</b></p>	<b>INPer-DAF-MP-30</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>		<b>Hoja: 3 de 11</b>


- Recibir el Tabulador autorizado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de Salud de los incrementos salariales al 1º de mayo de cada año.
- Actualizar el tabulador de incremento salarial y realizar el cálculo de las percepciones devengadas de los conceptos autorizados así como el impuesto y demás deducciones que se generen del incremento salarial.
- Diferenciar los informes de los pagos de prestaciones extraordinarias de las ordinarias que se le otorga a los y las empleadas del Instituto, como son: prima vacacional de acuerdo a Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y al Manual de Percepciones de los Servidores Públicos, aguinaldo de acuerdo a la Normatividad emitida por la SHCP los primeros días de diciembre de cada año, día del empleado INPer de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo, ayuda de útiles escolares de acuerdo a las negociaciones de la Dirección General con Sindicato Único de Trabajadores del Instituto Nacional de Perinatología (SUTINPer), pago de días económicos de acuerdo a las Condiciones Generales de Trabajo, para su inclusión en la quincena correspondiente.
- Capturar las claves interbancarias del personal de nuevo ingreso y de quien lo solicite para que su pago sea realizado por depósito.
- Realizar el cálculo de las percepciones y deducciones, a través del sistema de remuneraciones nominal, en conjunto con el Departamento de Tecnologías de la Información, así como el cálculo de pensión alimenticia a que son sujetos los trabajadores que notifica el Departamento de Asuntos Jurídicos de acuerdo al fallo emitido por el Juez correspondiente, que indica el tipo de pensión y porcentaje que se deberá aplicar al trabajador.
- Calcular de manera manual la nómina de Pensión Alimenticia para corroborar los importes emitidos por el Departamento de Tecnologías de la Información.
- Calcular manualmente los pagos devengados del personal de nuevo ingreso así como las promociones escalafonarias y capturarlas en el sistema de remuneraciones nominal (excepciones).
- Revisar el cálculo de los movimientos capturados con toda la información recibida a la quincena correspondiente:
  - Minutas de Altas y Bajas
  - Cifras control de la quincena
  - Pensiones Alimenticias
  - Movimientos capturados
- Imprimir cifras de control y entregar a la Oficina de Remuneraciones con cuatro días hábiles de anticipación previos a los días 10 y 25 de cada mes para el pago de la quincena correspondiente para estar en posibilidad de solicitar el recurso a través de la CLC (Cuenta por Liquidar).
- Realizar el pago individual mediante depósito bancario o cheque los días 10 y 25 de cada mes.
- Imprimir los movimientos generados de la quincena correspondiente obteniendo los siguientes productos.
  - Recibos de pago
  - Efectos de Pago
  - Cifras de Control
  - Nómina Electrónica (con clave Interbancaria)
  - Listado de Pensión Alimenticia
  - Recibos de Pensión Alimenticia
  - Nómina
  - Plantilla de Personal

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-30</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>		<b>Hoja: 4 de 11</b>

- Cifras Programáticas
- Listado alfabético Largo
- Plazas Vacantes
- Listado por número de plaza
- Conceptos Variables fijos
- Conceptos Variables fijos adicionales
- Estadístico de plazas
- Estadístico de plaza por área
- Reporte analítico por puestos
- Conceptos varios (ISSSTE, FOVISSSTE, MET-LIFE, Diversos Seguros.etc)
- Nómina de Mandos Medios
- Plantillas de personal con Riesgos Profesionales
- Enviar al Departamento de Tesorería listado y recibos de pensiones alimenticias, así como efectos de pago de mandos medios y personal que cobra mediante depósito o cheque, además de la petición de elaboración de cheques.
- Entrega de reportes a las áreas correspondientes para efectuar el pago y registros:
  - Oficina de Remuneraciones (cifras control, resumen programático, analítico, estadístico de plazas y listado de plazas vacantes).
  - Oficina de Pagaduría (efectos de pago, recibos de pago y listado de pensiones).
- Remitir al Departamento de Contabilidad, los siguientes reportes:
  - Cifras de control, resumen programático, listado de pensión alimenticia y efectos de pago (listado de personal que cobra en efectivo y listado de personal con clabe interbancaria).
- Remitir al Departamento de Programación y Presupuestación, los siguientes reportes:
  - Cifras de control, resumen programático y efectos de pago (listado de personal con clabe de cuenta).
- Enviar mediante oficio al Departamento de Relaciones Laborales los siguientes reportes:
  - Plantilla de personal, listado alfabético, reporte de personal por número de plaza, reportes para ISSSTE, FOVISSSTE y préstamos e Informe Estadístico de Plazas y listado de INFONACOT.
- Generar archivo en el sistema de nómina para dispersión de recursos ante la Tesorería de la Federación
- Realizar envío de los listados de conceptos 112 (préstamo sindical), 113 (ahorro sindical) y 114 (vales sindicales) al SUTINPer.
- Realizar envío por correo electrónico de la relación de cifras control correspondiente a conceptos del ISSSTE, así como elaboración de oficio para entregar a las Oficinas del ISSSTE, listado y diskette de los descuentos aplicados al personal
- Realizar envío por correo electrónico de listados de seguro de separación individualizado, seguro individual, seguro individual de autos, seguro de gastos médicos mayores y seguros de protección médico legal, así como elaborar oficio para firma de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, para su confirmación y aplicar descuentos correspondientes.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-30</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>		<b>Hoja: 5 de 11</b>

- Capturar todos los movimientos de personal de altas, promociones escalafonarias, bajas, altas y bajas de compensación por riesgo profesional, altas al pago de quinquenio así como incremento de quinquenio, bajas por renuncia, bajas administrativas, bajas por jubilación, bajas por término de interinato, licencia sin goce de sueldo, licencia sin sueldo por subsidio ISSSTE y cambios de adscripción en el sistema de remuneraciones nominal (CAPTURA DE AVISO DE MOVIMIENTO DE PERSONAL Y/O CONSTANCIA DE NOMBRAMIENTO). Se envía archivo al departamento de Tecnologías de la Información, posteriormente lo reenvía al área de nómina en formato Excel para corrección de ortografía e impresión en un tanto para los trámites correspondientes, excepto en bajas por jubilación, defunción y de mandos medios que se imprime en 5 tantos para trámites correspondientes
  - Entregar recibos de pago y/o cheque a la Oficina de Pagaduría de acuerdo al calendario de pago, quien a su vez, entregará al trabajador o trabajadora que lo solicite previa identificación.
  - Iniciar el proceso de resguardo con la documentación en la oficina de pagaduría con el envío a archivo muerto de la documentación, después de 5 años.
  - Atender las peticiones de los Departamentos o del mismo(a) trabajador(a), cuando se solicite mediante escrito el préstamo de recibos a la Oficina de Pagaduría.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Financieros, verificar que el Departamento de Tesorería, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Elaborar los cheques de acuerdo al calendario de pago y a la información recibida por el Departamento de Remuneraciones.
  - Emitir los cheques de las beneficiarias de Pensión Alimenticia.
  - Realizar el pago de los impuestos correspondientes.
- 3.3 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, verificar que el Departamento de Tecnologías, de la Información, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar en conjunto con el Departamento de Remuneraciones, el cálculo de la nómina y la actualización del Tabulador del incremento salarial, en el momento que este lo requiera.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>	<b>Hoja: 6 de 11</b>

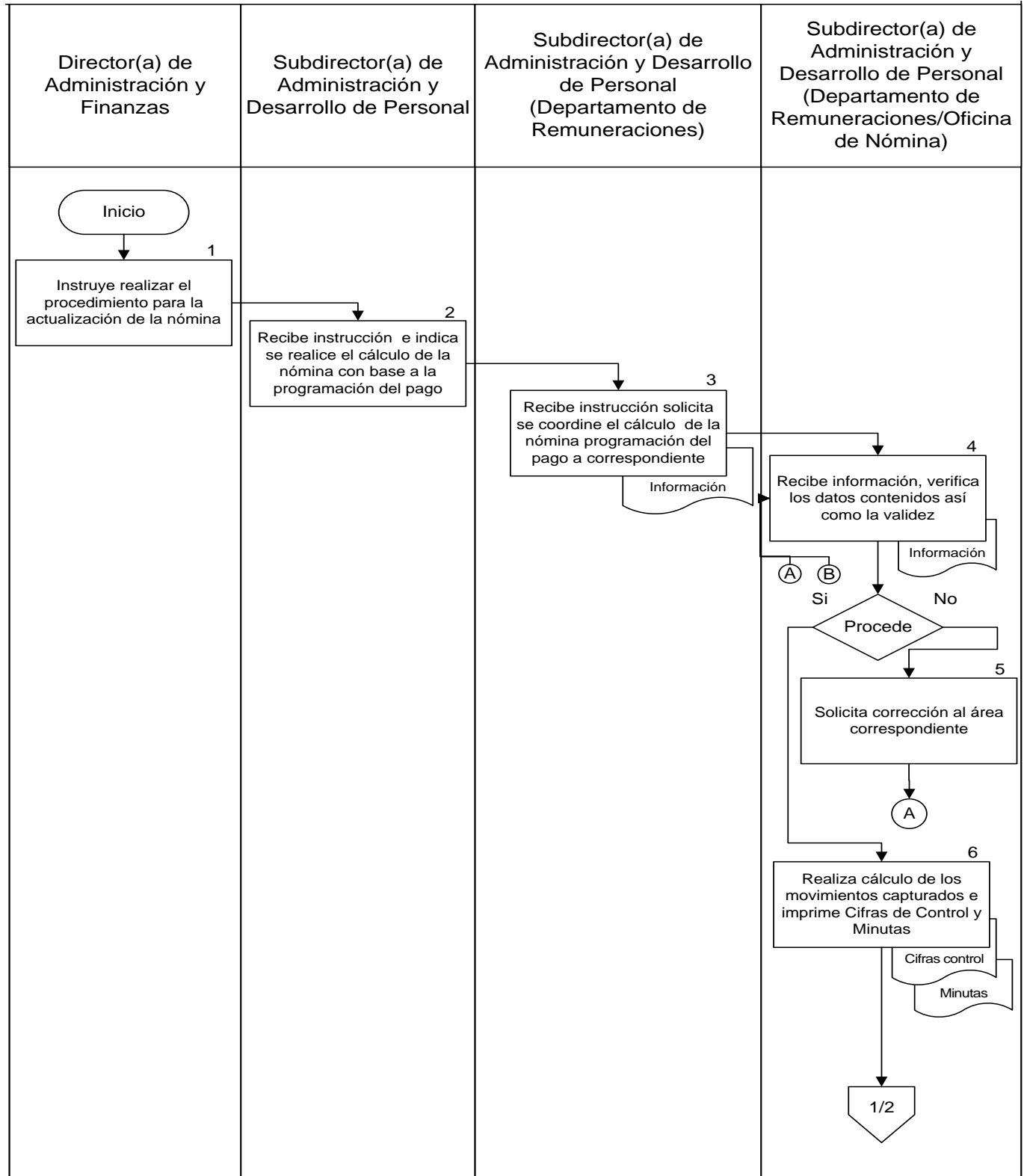
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) de Administración y Finanzas	1	Instruye a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal realizar el procedimiento de acuerdo al Tabulador Vigente para la actualización de la nómina.	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal	2	Recibe instrucción e indica al Departamento de Remuneraciones realice el cálculo de la nómina en base a la información recibida para la actualización de la misma y la programación del pago a la quincena correspondiente.	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Remuneraciones)	3	Recibe instrucción y entrega información solicitando a la Oficina de Nómina coordine con el Departamento de Tecnologías de la Información el cálculo de la nómina y realice la programación del pago a la quincena correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información</li> </ul>
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Remuneraciones /Oficina de Nómina)	4	Recibe información, verifica los datos contenidos así como la validez. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información</li> </ul>
	5	<b>No:</b> Solicita corrección al área correspondiente. <b>Regresa actividad N° 4.</b>	
	6	<b>Si:</b> Realiza cálculo de los movimientos capturados de la quincena correspondiente e imprime Cifras de Control y Minutas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cifras de Control</li> <li>• Minutas</li> </ul>
	7	Revisa Minuta de Alta y Baja y Cifras Control por cada concepto aplicado, a través de pruebas aleatorias. <b>¿Procede?</b>	
	8	<b>No:</b> Realiza nuevamente el cálculo de manera conjunta con el Departamento de Tecnologías de la Información. <b>Regresa actividad N° 4.</b>	
	9	<b>Si:</b> Elabora Oficio, lo envía al Departamento de Tesorería en conjunto con el listado del personal que habrá que elaborar cheque y del personal al que se le paga por depósito así como el listado y recibos para la elaboración de cheque de Pensión Alimenticia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio</li> <li>• Listados</li> </ul>

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>	<b>Hoja: 7 de 11</b>


<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
	10	Genera en coordinación con el Departamento de Tecnologías de la Información los recibos electrónicos para la actualización en la Intranet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibos</li> </ul>
	11	Elabora reportes correspondientes de la documentación archivada y entrega a la Jefatura del Departamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reportes</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	

### 5.0 Diagrama de Flujo



Director(a) de Administración y Finanzas	Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal	Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Remuneraciones)	Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Remuneraciones /Oficina de Nómina)
			<pre> graph TD     2[2] --&gt; 7[7: Revisa Minuta de Alta y Baja y Cifras Control por cada concepto aplicado]     7 --&gt; Procede{Procede}     Procede -- No --&gt; 8[8: Realiza el cálculo]     Procede -- Si --&gt; 9[9: Elabora Oficio, lo envía con los listados correspondientes]     8 --&gt; B((B))     B --&gt; 9     9 --&gt; 10[10: Genera los recibos electrónicos para la actualización en la Intranet]     10 --&gt; 11[11: Elabora reportes correspondientes y entrega a la Jefatura del Departamento]     11 --&gt; Termina([Término])     </pre>



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>	<b>Hoja: 10 de 11</b>

## 6.0 Documentos de referencia


Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09/2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Información	N/P	Departamento de Remuneraciones	N/P
7.2 Cifras control	6 años	Departamento de Remuneraciones	4C.5
7.3 Minutas	6 años	Departamento de Remuneraciones	4C.5
7.4 Oficio	1 año	Departamento de Remuneraciones	N° de Oficio
7.5 Listados	N/P	Departamento de Remuneraciones	N/P
7.6 Recibos	6 años	Departamento de Remuneraciones	4C.5
7.7 Reportes	6 años	Departamento de Remuneraciones	4C.5

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Cifras Control:** Reporte donde se reflejan los importes totales por concepto que se generan en una quincena. Los conceptos son enlistados consecutivamente y al final se reflejan los totales de lo que se pago (percepciones) y de lo que se descontó a la nómina del trabajador (deducciones).
- 8.2 **Minuta:** Son listados por concepto en donde se desglosa por número de plaza o de trabajador el pago o descuento de ese concepto.
- 8.3 **Nómina:** Listado que contiene el pago realizado a cada trabajador así como sus descuentos (deducciones), también incluye el total de percepciones brutos, deducciones totales y el pago neto.
- 8.4 **Nómina Manual:** Se le denomina así a los pagos realizados mediante cheque. Estos son elaborados cuando el personal, por cualquier motivo, no se encuentra en nómina. Su cálculo es realizado de manera “mensual” y el pago es con cheque.
- 8.5 **Tabulador Vigente:** Es el Tabulador autorizado por la SHCP en donde se encuentran los conceptos de sueldo, asignación, ayuda de gastos de actualización, despensa y que tienen que ser aplicados quincenalmente hasta que sea modificado por la misma secretaría.



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>30.- Actualización de la Nómina</b>	<b>Hoja: 11 de 11</b>

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 No Aplica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-31</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>31. Reclutamiento de Personal</b>		<b>Hoja: 1 de 11</b>

### 31.- Reclutamiento de Personal

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-31</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>31. Reclutamiento de Personal</b>		<b>Hoja: 2 de 11</b>

## Propósito



- 1.1 Realizar el proceso de reclutamiento de aspirantes para la Bolsa de Trabajo, con la finalidad de contar con un grupo de candidatos(as) que reúna las cualidades que se requieren para ocupar las plazas vacantes, en el menor tiempo posible.

## 2.0 Alcance


- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal y al Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal).

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, verificar que el Departamento de Relaciones Laborales a través de la Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar el Reclutamiento de Personal para las áreas, administrativa, médica, paramédica y a fin, requeridas por los servicios del Instituto.
  - Aplicar los exámenes de conocimientos, pruebas psicométricas y entrevistas para reclutamiento del personal, en el área que para ello fue asignada, manejando los resultados de los exámenes con estricto carácter de confidencialidad. Con excepción de los puestos de Directores y Subdirectores de área, lo anterior, debido a la naturaleza del nombramiento, ya que estos son designados por la junta de Gobierno a propuesta del Director General.
  - Proporcionar “Solicitud de Empleo” (5120-34), a los(as) candidatos(as) que cumplan con el perfil del puesto requerido en el Catálogo Sectorial y/o catálogo de puestos autorizado, para integrar a la bolsa de trabajo de aspirantes.
  - Integrar el expediente del (la) aspirante para “Bolsa de Trabajo”, basándose en el formato “Documentación que Integra el Expediente Único de Personal” (5120-42), verificando que contenga la documentación de acuerdo al puesto que se aspira, así como el cotejo de los documentos correspondientes. (Cédula Profesional).
    - Seis fotografías tamaño infantil.
    - Acta de Nacimiento
    - Registro Federal de Causantes (RFC)
    - Clave Única de Registro de Población (CURP)
    - Credencial de Elector (INE)
    - Cartilla del Servicio Militar y liberación (en su caso)
    - Comprobante de domicilio (Recibo de Luz, Agua, Predial o Teléfono)
    - Constancia de estudios, correspondiente al último ciclo de estudios
    - Constancia de cursos (Último año) y
    - Curriculum vitae
  - Realizar con base en el formato “Documentación que integra el Expediente Único de Personal” (5120-42), cotejo de documentos entregados por el (la) aspirante, en caso de contar con Cédula Profesional, se comprobará en la página WEB del Registro Nacional de Profesionistas de la Secretaría de Educación Pública, que ésta se encuentre registrada, adicionalmente se imprimirá y se colocará el sello con la fecha de la revisión correspondiente.
  - Verificar que se excluyan los (las) candidatos(as) que resulten no adecuados para cubrir las vacantes correspondientes.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-31</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>31. Reclutamiento de Personal</b>		<b>Hoja: 3 de 11</b>


- Capturar en el Registro de Selección de Personal (RESEPE) los datos generados y resultados de los (las) aspirantes.
- Observar con base en el Acuerdo TERCERO indica que el lenguaje empleado en el Código de ética, en las Reglas de Integridad y en los lineamientos generales, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género, representan a ambos sexos. Motivo por el cual, el presente documento, acata dicha disposición.
- Resguardar el personal adscrito al servicio del Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Formalización Laboral), las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas electrónicas de relaciones laborales, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención a los/las aspirantes se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana.NMX-R-025-SCFI-2015.En igualdad y No discriminación.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>31. Reclutamiento de personal</b>	<b>Hoja: 4 de 11</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director (a) de Administración y Finanzas	1	Instruye a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal para realizar el reclutamiento de candidatos/as para cubrir las plazas vacantes.	
Subdirector (a) de Administración y Desarrollo de Personal	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Relaciones Laborales realizar el reclutamiento de candidatos/as.	
Subdirector (a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales)	3	Recibe instrucción y solicita a la Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal, realice el proceso de reclutamiento de aspirantes, a través de las diversas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Intercambio de bolsa de trabajo,</li> <li>b) SUTINPer,</li> <li>c) Aspirantes Libres</li> </ul>	
Subdirector (a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales) /Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal	4	Recibe al aspirante y realiza entrevista breve a los/as aspirantes y determina el cumplimiento de los requerimientos para recibir la solicitud e incluirla en "Bolsa de Trabajo". <b>¿Procede?</b>	
	5	<b>No:</b> Determina incumplimiento de los requerimientos. <b>Termina procedimiento</b>	
	6	<b>Sí:</b> Continúa procedimiento. Inicia trámite a "Bolsa de Trabajo" y cita al aspirante para aplicación de exámenes de conocimiento y/o psicométrico.	
	7	Recibe solicitud de candidatos/as que cubren los perfiles autorizados e informa los requisitos y fecha de exámenes.	
	8	Prepara y selecciona los instrumentos que utilizará en el procedimiento (exámenes de conocimientos, pruebas psicológicas, etc.)	
	9	Aplica examen de conocimientos acordes al puesto, revisa para verificar si se acreditó el examen. <b>¿Procede?</b>	
	10	<b>No:</b> Informa verbalmente al candidato/a que no acreditó examen y se da por terminado el trámite. <b>Termina procedimiento</b>	

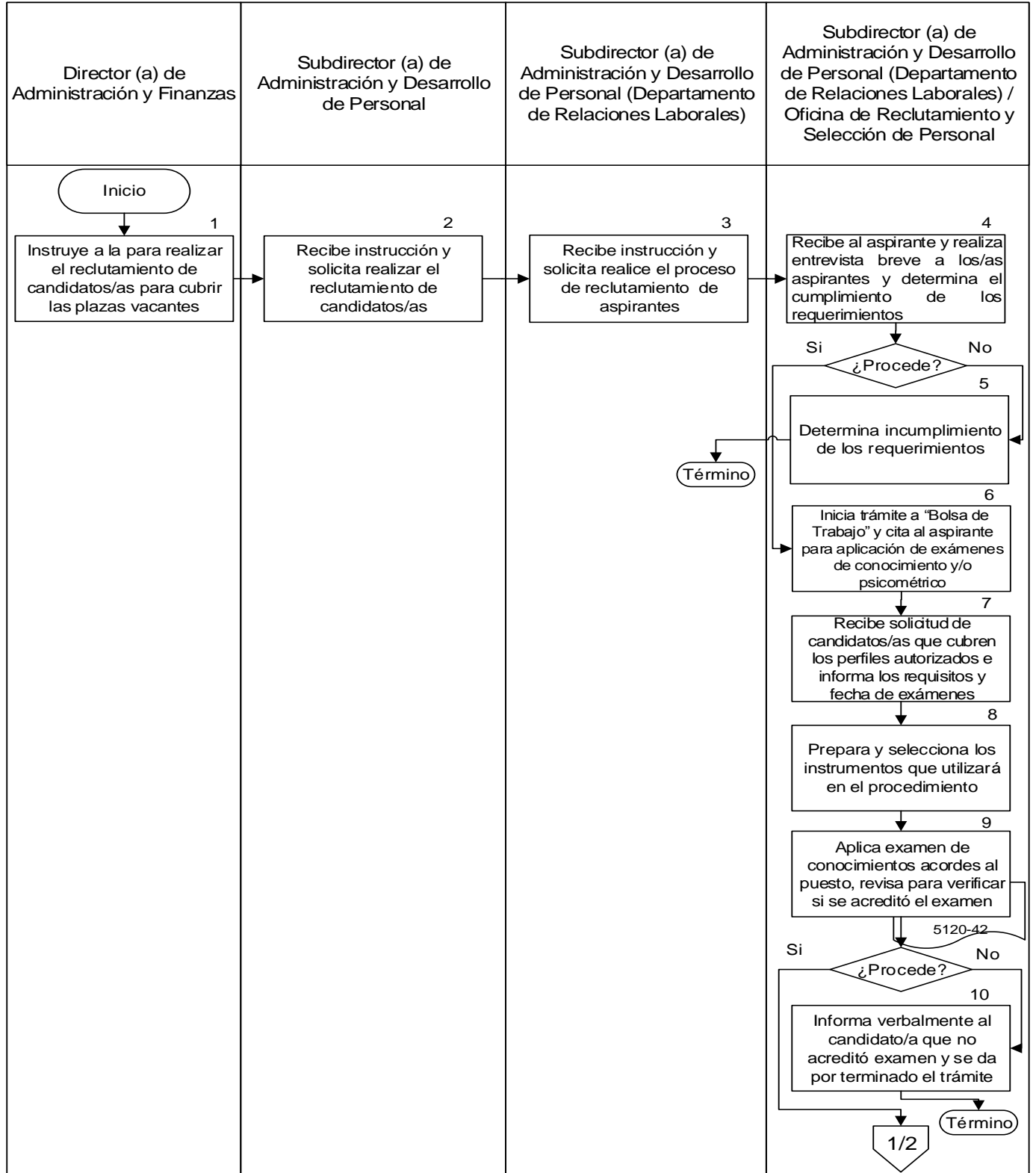


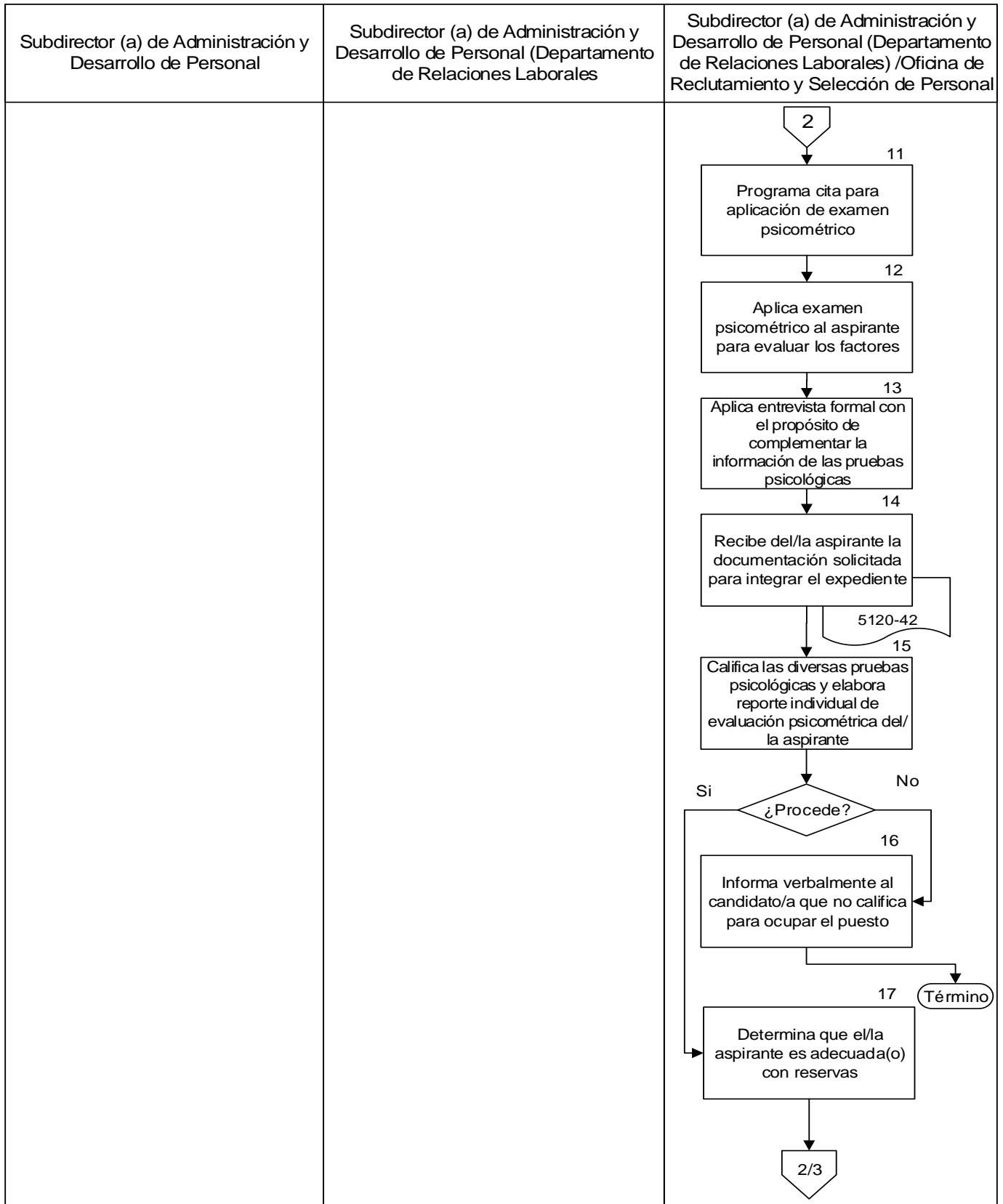
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>31. Reclutamiento de personal</b>	<b>Hoja: 6 de 11</b>

<b>Responsable</b>	<b>No. Act.</b>	<b>Descripción de Actividades</b>	<b>Documento anexo</b>
Subdirector (a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales) /Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal	23	Turna oficio a la Jefatura del Departamento de Relaciones Laborales para firma de autorización.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de informe de resultados</li> </ul>
	24	Recibe de la Jefatura del Departamento de Relaciones Laborales oficio de Informe de Resultados autorizado, procede a su distribución y conserva copia.	
	25	Informa a la Jefatura del Departamento de Relaciones Laborales de manera verbal, sobre los candidatos/as a ocupar plaza vacante, para ser considerados en la selección de personal del área que lo solicite.  <b>Termina Procedimiento</b>	



### 5.0 Diagrama de Flujo







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Administración y Finanzas**

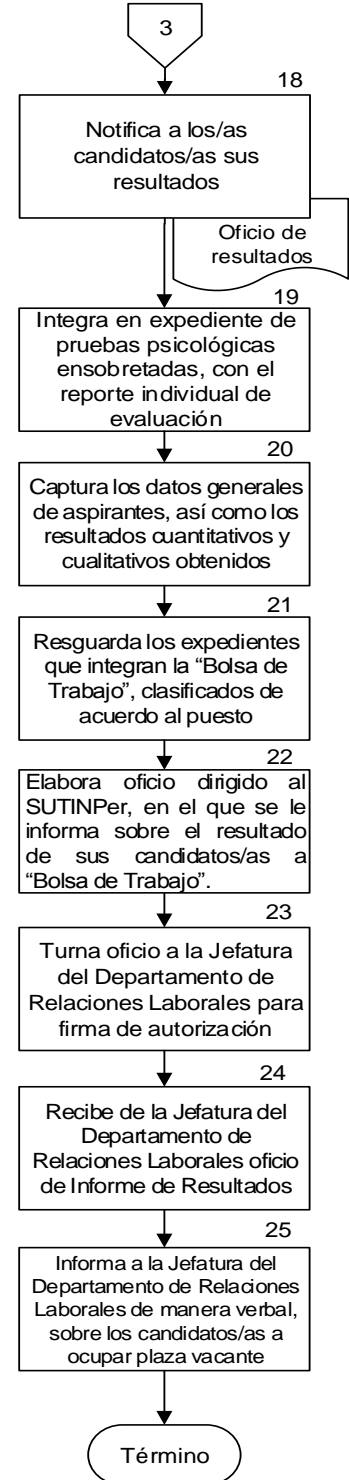
**31. Reclutamiento de personal**


**Hoja: 9 de 11**

Subdirector (a) de Administración y Desarrollo de Personal

Subdirector (a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales)

Subdirector (a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales)/Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>31. Reclutamiento de personal</b>	<b>Hoja: 10 de 11</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Documentación que Integra el Expediente Único de Personal"	30 años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	4C.3/5120-42
7.2 Acuse de Oficio de Informe de Resultados	6 años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)	4C.6

## 8.0 Glosario


- 8.1 **Pruebas:** Conjunto estandarizado de tareas diseñadas para medir las diferencias individuales. Estas diferencias que son medibles están relacionadas con habilidades de tipo cognitivo, conocimientos del puesto de trabajo, intereses vocacionales, actitudes y personalidad. Las pruebas pueden ser verbales, escritas, destreza, manual o numéricas.
- 8.2 **Reclutar:** Búsqueda y atracción de los/las candidatos/as que cumplen los requisitos mínimos establecidos para los cargos vacantes.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia



## 10.0 Anexos

- 10.1 Documentación que Integra el Expediente Único de Personal (5120-42)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>31. Reclutamiento de personal</b>	<b>Hoja: 11 de 11</b>

### 10.1 Documentación que Integra el Expediente Único de Personal

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL	 <small>INPer</small> <small>Ética y Humanismo</small>	
<b>DOCUMENTACIÓN QUE INTEGRA EL EXPEDIENTE ÚNICO DE PERSONAL</b>			
<b>FOTOCOPIA DE:</b>		<b>NOMBRE:</b> _____	
<input type="checkbox"/> 1 EXAMEN PSICOMÉTRICO <input type="checkbox"/> 2 SOLICITUD DE EMPLEO <input type="checkbox"/> 3 6 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL <input type="checkbox"/> 4 ACTA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> 5 REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (RFC) <input type="checkbox"/> 6 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <input type="checkbox"/> 7 CREDENCIAL DE ELECTOR (INE) <input type="checkbox"/> 8 CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR <input type="checkbox"/> 9 COMPROBANTE DE DOMICILIO (RECIBO DE LUZ, AGUA, PREDIAL O TELÉFONO) <input type="checkbox"/> 10 CONSTANCIA DE ESTUDIOS CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO CICLO DE ESTUDIOS <input type="checkbox"/> 11 CONSTANCIAS DE CURSOS (ÚLTIMO AÑO) <input type="checkbox"/> 12 CURRICULUM VITAE <input type="checkbox"/> 13 EXAMEN MÉDICO FECHA: _____ <input type="checkbox"/> 14 HOJA COMPROMISO <input type="checkbox"/> 15 CONSTANCIA DE NO INHABILITACIÓN <input type="checkbox"/> 16 MANIFIESTO DE COMPATIBILIDADES DE EMPLEO <input type="checkbox"/> 17 CONSTANCIA DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEOS <input type="checkbox"/> 18 CARTA COMPROMISO DE DECLARACIÓN PATRIMONIAL INICIAL <input type="checkbox"/> 19 DOCUMENTOS MIGRATORIOS <input type="checkbox"/> 20 SAR (ÚLTIMO RECIBO, EN CASO DE CONTAR CON EL) <input type="checkbox"/> 21 HOJA ÚNICA DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> 22 AVISO DE PRIVACIDAD <input type="checkbox"/> 23 CARTA DEL ASPIRANTE (CONFLICTO DE INTERESES) <input type="checkbox"/> 24 CARTA DEL ASPIRANTE (JURÍDICA-LABORAL) <input type="checkbox"/> 25 OTROS N/A NO APLICA			
<b>ENTREGA</b>	<b>RECIBE</b>	<b>SUPERVISA</b>	<b>AUTORIZA</b>
<b>RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN</b>	<b>ARCHIVO DE PERSONAL</b>	<b>JEFATURA DE RELACIONES LABORALES</b>	<b>SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL</b>
Ciudad de México, a _____ de _____ de _____			

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-32</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>		<b>Hoja: 1 de 20</b>

## 32- Selección y Contratación de Personal

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DAF-MP-32</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>		<b>Hoja: 2 de 20</b>

## 1.0 Propósito

- 1.1 Captar a los/as aspirantes que por su nivel académico (escolaridad), personalidad (inteligencia, actitud, aptitud, socialización) y experiencia laboral, cumplan con el perfil del puesto, acorde al Catálogo Sectorial de Puestos vigente en el Instituto y/o al perfil de puesto que se tenga autorizado, para proveer a los diferentes servicios del Instituto de personal idóneo que cubra las plazas vacantes.

## 2.0 Alcance



- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración y Finanzas, a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal y al Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal).

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, verificar que el Departamento de Relaciones Laborales a través de la Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Comprobar que el/la candidato (a) seleccionado (a), cumpla el perfil del puesto requerido, conforme al Catálogo de Puestos Sectorial y/o perfil de puestos que se tenga autorizado.
- Enviar a las áreas donde se ha generado una vacante, los expedientes de aspirantes para la selección del/la candidato (a) que cubra los requisitos para ocupar el puesto.
- Solicitar al candidato (a) (en caso de ser contratado/a), la presentación de los siguientes documentos:
  - Original y copia de la Hoja Única de Servicios para integración de antigüedad.
  - Original y copia de la Constancia de no Inhabilitación expedida por la Secretaría de la Función Pública.
  - Copia de la Constancia de percepciones del empleo anterior, en caso de estar vigente la empresa o institución.
  - En caso de ser extranjero/a, original y copia de los documentos migratorios que acrediten su estancia en el país.
- Remitir al personal de nuevo ingreso a la Oficina de Formalización Laboral, para trámites de prestaciones (seguro de vida, credencial de identificación del INPer, tarjeta de comedor, etc.).
- Enviar al Departamento de Remuneraciones, copia de "Requisición de Personal y/o Promoción Escalafonaria" (5120-35A) o "Solicitud de movimientos de suplencia" (5120-35B), para trámite correspondiente.
- Enviar en los casos de movimientos de plazas de base, mediante oficio firmado por el responsable del Departamento, al área de adscripción del personal de nuevo ingreso con carácter provisional, el "Reporte por periodo de Prueba" con el formato (5120-39), para corroborar el desempeño de las funciones, habilidades y conocimientos necesarios del trabajador(a) de nuevo ingreso en el puesto, entre el tercer y cuarto mes de ejecutar las funciones que determina el puesto y se realicen los trámites correspondientes de acuerdo a los resultados de la evaluación:
  - En el caso de los reportes que arrojen el resultado positivo, se realizará el trámite de basificación del trabajador(a). (Oficina de Formalización Laboral).
  - Los reportes evaluados con resultado negativo, dará por terminada la relación laboral.

Dichos resultados del Reporte por periodo de Prueba, se notifican mediante oficio al Jefe(a) del Departamento de Relaciones Laborales para la gestión correspondiente.


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-32</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>		<b>Hoja: 3 de 20</b>

- Resguardar el personal adscrito al servicio del Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Formalización Laboral), las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas electrónicas de relaciones laborales, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, verificar que el Departamento de Remuneraciones, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos.


- Realizar los trámites correspondientes, al recibir del Departamento de Relaciones Laborales, copia de "Solicitud de movimientos de personal" (5120-35A) o "Solicitud de movimiento de suplencia" (5120-35B), verificando que se encuentre debidamente requisitada y autorizada, para la gestión de alta en sistema de nómina.
- Comunicar a las áreas respectivas mediante oficio las altas y bajas de las Jefaturas de Departamento, Subdirección y Dirección de área y dirigir una copia a la Subdirección de Desarrollo Organizacional para los cambios correspondientes en el Portal de Obligaciones de Transparencia.
- Con base en el Acuerdo TERCERO indica que el lenguaje empleado en el Código de ética, en las Reglas de Integridad y en los lineamientos generales, no busca generar ninguna distinción ni marcar diferencias entre hombres y mujeres, por lo que las referencias o alusiones en la redacción hechas hacia un género, representan a ambos sexos. Motivo por el cual, el presente documento, acata dicha disposición.



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 4 de 20</b>

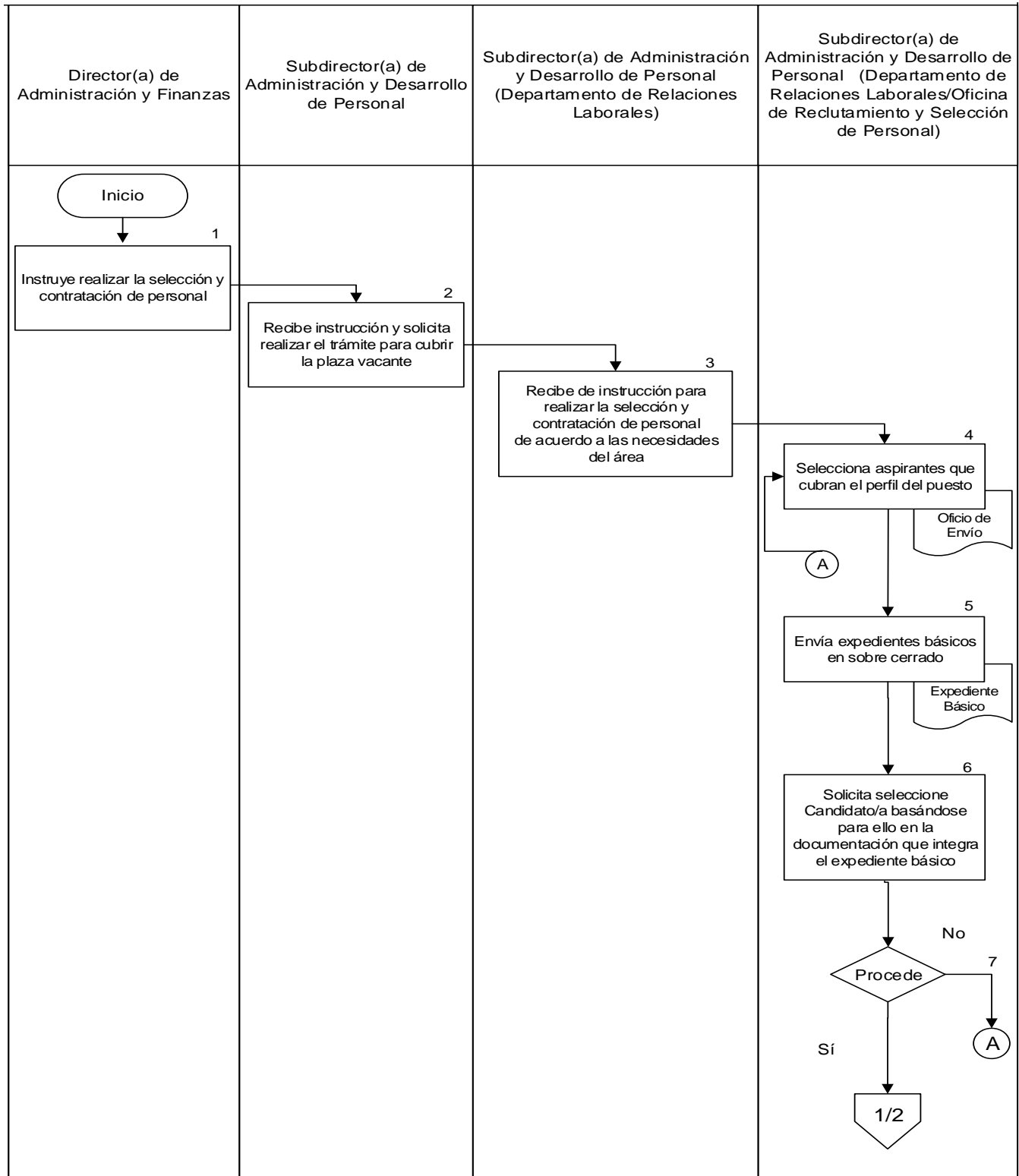
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) de Administración y Finanzas	1	Instruye a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal para realizar la selección y contratación de personal.	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Relaciones Laborales realizar el trámite para cubrir la plaza vacante.	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales)	3	Recibe instrucción y solicita a la Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal, realice la selección y contratación de personal encaminada a cubrir las solicitudes de las áreas.	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales /Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)	4	Selecciona los expedientes de aquellos(as) aspirantes que cubran el perfil del puesto que requiere el área.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de envío</li> <li>• Expediente básico</li> <li>• 5110-09</li> <li>• 5120-19</li> <li>• 5120-46</li> <li>• 5120-35A</li> <li>• 5120-35B</li> <li>• 5120-06</li> </ul>
	5	Envía en sobre cerrado, mediante oficio, los expedientes básicos de los (las) aspirantes para cubrir la vacante.	
	6	Solicita al área seleccione al candidato/a idóneo, basándose para ello en la documentación que integra el expediente básico. En caso de que el área lo considere necesario, deberá solicitar nuevos Expedientes al Departamento de Relaciones Laborales o en su caso realizar cita para entrevista. <b>¿Procede?</b>	
	7	<b>No: Regresa a la actividad N° 4</b>	
	8	<b>Si:</b> Continúa procedimiento. Recibe del área solicitante el expediente del/la candidato/a seleccionado/a.	
	9	Informa a la Jefatura del Departamento de Relaciones Laborales para la autorización del trámite.	
	10	Recibe la autorización para continuar el procedimiento e informa vía telefónica al candidato/a sobre su contratación y programa cita para seguimiento.	
	11	Entrega al personal de nuevo ingreso, las formas que deberá requisitar: SAR, ISSSTE, carta compromiso, compatibilidad de empleo, tarjeta alfabética y Documento de Elección "Ahorro Solidario".	
	12	Remite al área solicitante la "Solicitud de movimiento de personal" o "Solicitud de movimiento de suplencia", "Toma de Posesión", para iniciar trámite de ingreso, solicitando al servicio recabar las firmas de autorización de las jefaturas responsables del personal nuevo ingreso.	

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 5 de 20</b>

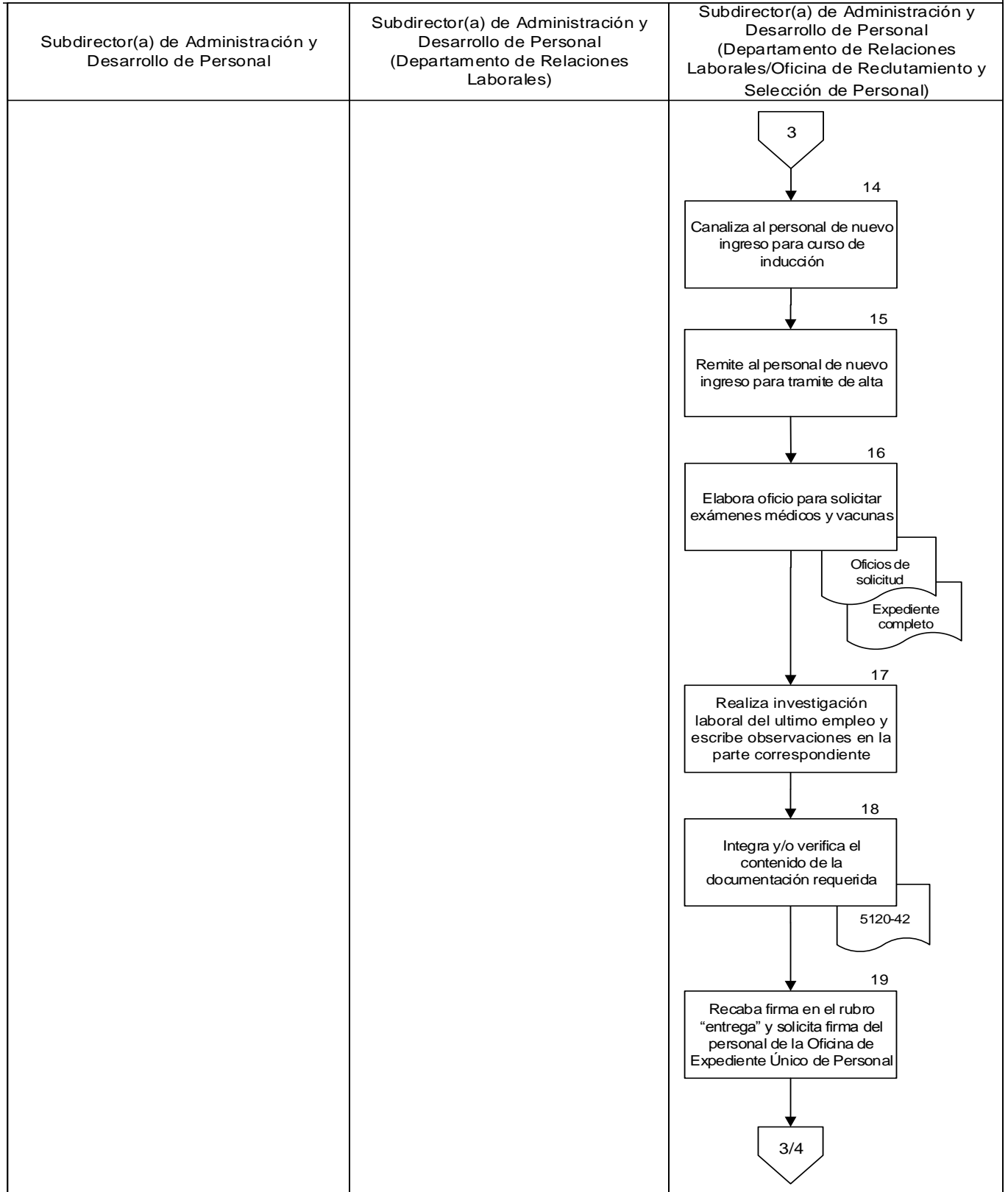
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales /Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)	13	Registra y programa cita para el examen médico del personal de nuevo ingreso (el examen médico aplicado en el INPer, queda libre de discriminación laboral por la excepción de la prueba de embarazo y VIH).		
	14	Canaliza al personal de nuevo ingreso al Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal para programar el Curso de Inducción.		
	15	Remite al personal de nuevo ingreso a la Oficina de Formalización Laboral para trámite de alta de: seguro de vida, FONAC y prestaciones asignadas de acuerdo al tipo de plaza a ocupar.		
	16	Elabora oficio para solicitar a la Jefatura del Departamento de Tococirugía y Urgencias la aplicación de exámenes médicos con copia al Departamento de Laboratorio Central y elabora oficio para el Departamento de Epidemiología Hospitalaria y Calidad de la Atención para valoración del estado de Inmunizaciones y Capacitación Epidemiológica Inicial, con copia al Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios de solicitud</li> <li>• Expediente Completo</li> </ul>	
	17	Realiza investigación laboral del último empleo del/la aspirante y escribe observaciones en la parte correspondiente de la solicitud de empleo.		
	18	Integra y/o verifica el contenido de la documentación requerida de/la candidata/a contratado/a, al Expediente Único de Personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5120-42</li> </ul>	
	19	Recaba firma del Jefe(a) de Departamento en el rubro de "supervisa", y firma en el rubro de "entrega" y solicita la firma de recibido del personal de la Oficina del Expediente Único de personal.		
	20	Envía copia de "Solicitud de movimiento de personal" o "Solicitud de movimiento de suplencia, al Departamento de Remuneraciones para trámite de alta e ingreso a nómina del/la trabajador/a contratado/a, así como, copia de la hoja SAR, documento de Elección "Ahorro solidario", tarjeta alfabética, y "Elección Bancaria" con copia de credencial IFE, comprobante de domicilio y hoja del ISSSTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5120-35A</li> <li>• 5120-35B</li> <li>• 5120-19</li> <li>• 5120-46</li> <li>• 5110-09</li> </ul>	
			Se dará el seguimiento correspondiente para la aplicación del "Reporte por Periodo de Prueba" (5120-39) en los casos de nombramiento provisional.	
	21	Retroalimenta a la Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal con la información de los movimientos para el trámite de verificación de datos y archivo en el expediente único del personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5120-42</li> </ul>	
<b>Termina Procedimiento</b>				

### 5.0 Diagrama de Flujo





Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal	Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales)	Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales/Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)
		<pre>graph TD; Start([2]) --&gt; Step8[8 Recibe el expediente seleccionado]; Step8 --&gt; Step9[9 Información a la jefatura para la autorización del trámite]; Step9 --&gt; Step10[10 Recibe autorización para continuar el procedimiento e informa vía telefónica al seleccionado/a sobre su contratación]; Step10 --&gt; Step11[11 Entrega al personal de nuevo ingreso las formas para su llenado]; Step11 --&gt; Step12[12 Remite al área solicitante las formas para firma e iniciar el trámite de ingreso]; Step12 --&gt; Step13[13 Registra y programa cita para el examen médico del personal de nuevo ingreso]; Step13 --&gt; End([2/3]);</pre> <p>The flowchart details the hiring process. It starts with a connector '2' leading to step 8: 'Recibe el expediente seleccionado'. Step 9 is 'Información a la jefatura para la autorización del trámite'. Step 10 is 'Recibe autorización para continuar el procedimiento e informa vía telefónica al seleccionado/a sobre su contratación'. Step 11 is 'Entrega al personal de nuevo ingreso las formas para su llenado', which includes forms 5110-09, 5120-19, and 5120-46. Step 12 is 'Remite al área solicitante las formas para firma e iniciar el trámite de ingreso', which includes forms 5120-35A, 5120-35B, and 5120-06. Step 13 is 'Registra y programa cita para el examen médico del personal de nuevo ingreso'. The process ends with connector '2/3'.</p>





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Dirección de Administración y Finanzas**

**32.- Selección y Contratación de Personal**

**Hoja: 9 de 20**

Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal	Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales)	Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Relaciones Laborales/ Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)
		<pre>graph TD; 4{{4}} --&gt; 20[Envía copia de "Solicitud de movimiento de personal" para solicitar alta de ingreso]; 20 --- L1[5120-35A]; 20 --- L2[5120-35B]; 20 --- L3[5120-19]; 20 --- L4[5120-46]; 20 --- L5[5110-09]; L1 --- 20; L2 --- 20; L3 --- 20; L4 --- 20; L5 --- 20; 20 --&gt; 21[Retroalimenta con la información de los movimientos]; 21 --- L6[5120-42]; L6 --- 21; 21 --&gt; T([Término]);</pre>


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 10 de 20</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013
6.2 Norma Mexicana para la igualdad laboral entre mujeres y hombres	NMX-R-025-SCFI-2015

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acuse de Oficio de Envío	6 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)	4C.20
7.2 Expediente Básico	6 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)	4C.20
7.3 "Elección Bancaria"	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	5110-09
7.4 "Tarjeta Alfabética"	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	5120-19
7.5 "Ahorro Solidario"	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	4C.3/5120-46
7.6 A "Solicitud de movimiento de Personal"	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	4C.3/5120-35A
7.7 B "Solicitud de movimiento de Suplencia"	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	4C.3/5120-35B
7.8 "Toma de Posesión"	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	4C.3/5120-06
7.9 Acuse de Oficio Solicitud	6 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal)	4C.20
7.10 "Documentación que Integra el Expediente Único de Personal"	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	4C.3/5120-42
7.11 Expediente Completo	30 Años	Departamento de Relaciones Laborales (Oficina de Expediente Único de Personal)	4C.3

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 11 de 20</b>

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Selección:** Elección de una persona entre un grupo con ciertas capacidades, para desarrollar, alguna tarea específica.
- 8.2 **Vacante:** Que está sin ocupar. Dicho de un cargo, un empleo o una dignidad: Que está sin proveer.

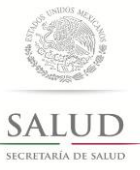
## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- |  |            |
|--|------------|
| 10.1 Elección bancaria   | (5110-09)  |
| 10.2 Tarjeta Alfabética  | (5120-19)  |
| 10.3 Ahorro Solidario  | (5120-46)  |
| 10.4 Solicitud de Movimiento de Personal                       | (5120-35A) |
| 10.5 Solicitud de Movimiento de Suplencia                      | (5120-35B) |
| 10.6 Toma de Posesión  | (5120-06)  |
| 10.7 Documentación que Integra el Expediente Único de Personal | (5120-42)  |



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 12 de 20</b>

## 10.1 Elección Bancaria



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL  
 DEPARTAMENTO DE REMUNERACIONES



### ELECCIÓN BANCARIA

ESCRIBA LOS DATOS LO MÁS CLARO POSIBLE, SIN NINGUNA ABREVIATURA

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

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTE (RFC): \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO PERSONAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO TELEFÓNICO PERSONAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA EN LA QUE TIENE SU CUENTA (CUALQUIER BANCO):  
 \_\_\_\_\_

PLAZA Y N° DE SUCURSAL: \_\_\_\_\_ N° DE CUENTA: \_\_\_\_\_


CLABE INTERBANCARIA (CONSTA DE 18 DÍGITOS): \_\_\_\_\_

**5110-09**

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL/LA SOLICITANTE

(Declaro que los datos asentados son los registrados en mi Estado de Cuenta)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 14 de 20</b>

### 10.3 Ahorro Solidario



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL  
DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES



#### AHORRO SOLIDARIO

## DOCUMENTO DE ELECCIÓN

**Formato para optar por el beneficio del Ahorro Solidario aplicable a los/las trabajadores/as incorporados/as al Régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

FECHA Y LUGAR DE ELABORACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA DE RECEPCIÓN \_\_\_\_\_

CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) \_\_\_\_\_

DEPENDENCIA O ENTIDAD \_\_\_\_\_

CLAVE DE LA DEPENDENCIA O ENTIDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DE EL/LA TRABAJADOR/A: \_\_\_\_\_  
con fundamento en los artículos 100 de la Ley de Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y 32 del Reglamento para el otorgamiento de pensiones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, elijo optar por el beneficio del ahorro solidario, bajo la información establecida en el presente documento.

SUELDO BÁSICO \_\_\_\_\_

#### MONTO DEL DESCUENTO

Autorizo se descuente de mi Sueldo Básico mensual el siguiente porcentaje, para que sea depositado en la subcuenta de ahorro solidario de mi cuenta individual:

CERO PORCIENTO

UNO PORCIENTO

DOS PORCIENTO

**Declaro bajo protesta de decir verdad QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON AUTÉNTICOS.**



FIRMA DE EL/LA TRABAJADOR/A \_\_\_\_\_

Estimado/a trabajador/a, utilice este formato para optar por el beneficio del ahorro solidario, una vez llenado, deberá entregarlo en el área de Recursos Humanos de su centro de trabajo. En caso elegir del opción de cero por ciento, estará manifestando su determinación de no optar por el beneficio de ahorro solidario.

#### INFORMACIÓN PARA LOS/LAS TRABAJADORES/AS

De conformidad con lo establecido por los artículos 100 de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y 32 del Reglamento para el otorgamiento de pensiones del régimen de cuentas individuales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los Trabajadores podrán optar porque se les descuente hasta el dos por ciento de su Sueldo Básico para ser acreditado/a en la subcuenta de ahorro solidario que se apertura para tal efecto en su cuenta individual. Por lo anterior, los/las Trabajadores/as que opten por dicho beneficio deberán comunicar su determinación a la Dependencia o Entidad en la que laboren, señalando si el descuento aplicable es equivalente al uno o al dos por ciento de su Sueldo Básico. En términos de los fundamentos normativos citados, las Dependencias o Entidades, según corresponda, estarán obligadas a depositar en la subcuenta de ahorro solidario, tres pesos con veinticinco centavos por cada peso que ahorren los/las Trabajadores/as con un tope máximo del seis punto cinco por ciento del Sueldo Básico.



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 15 de 20</b>

### 10.4 Solicitud de Movimiento de Personal



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL




#### SOLICITUD DE MOVIMIENTO DE PERSONAL

Fecha de elaboración \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_

<b>DATOS DEL CANDIDATO</b>					
Apellido paterno:		Apellido materno:		Nombre(s):	
Puesto:			N° de plaza:	N° de credencial	R.F.C.
Edad: _____	Escolaridad: _____				
Sexo: _____	Perfil profesional: _____				
Adscripción:		Nuevo ingreso		<input type="checkbox"/>	
		Reingreso		<input type="checkbox"/>	
		Promoción escalafonaria		<input type="checkbox"/>	
		Cambio de plaza		<input type="checkbox"/>	
		Baja		<input type="checkbox"/>	
Nombre del puesto:		Vigencia:		Horario:	
		del _____ al _____		De _____ h a _____ h	
Tipo de nombramiento:				Turno:	
Confianza <input type="checkbox"/>				Matutino <input type="checkbox"/>	
Provisional/reservada <input type="checkbox"/>				Vespertino <input type="checkbox"/>	
Interinato <input type="checkbox"/>				Nocturno <input type="checkbox"/>	
Base <input type="checkbox"/>				Especial <input type="checkbox"/>	
Provisional/Litigio <input type="checkbox"/>				Jornada acumulada <input type="checkbox"/>	
		día mes año		Sab. dom. y días festivos <input type="checkbox"/>	
<b>S U S T I T U Y E A</b>					
Nombre:				R.F.C.	
Motivo:		N° de plaza:		Fecha de baja:	
Renuncia <input type="checkbox"/>		Abandono de empleo <input type="checkbox"/>			
Baja administrativa <input type="checkbox"/>		Promoción <input type="checkbox"/>			
Plaza de nueva creación <input type="checkbox"/>		Juicio laboral <input type="checkbox"/>			
Cambio de plaza <input type="checkbox"/>		Jubilación <input type="checkbox"/>			
Licencia sin sueldo <input type="checkbox"/>		Transferencia de plaza <input type="checkbox"/>			
				día mes año	
Observaciones: _____					
Solicita		Vo.Bo.		Autorización	
Dirección de Área Requirente		Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal		Dirección de Administración y Finanzas	

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 16 de 20</b>

### 10.4 Solicitud de Movimiento de Suplencia



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL




#### SOLICITUD DE MOVIMIENTO DE SUPLENCIA

Fecha de elaboración \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

DATOS DEL CANDIDATO			
Apellido paterno:		Apellido materno:	
Puesto:		R.F.C.	
Edad: _____	Escolaridad: _____		
Sexo: _____	Perfil profesional: _____		
Adscripción:		Nuevo ingreso <input type="checkbox"/> Reingreso <input type="checkbox"/>	
Nombre del puesto:	Vigencia:		Horario:
			De      h      a      h
	del	al	Turno
	Matutino	<input type="checkbox"/>	
	Vespertino	<input type="checkbox"/>	
	Nocturno	<input type="checkbox"/>	
	Especial	<input type="checkbox"/>	
	Jornada acumulada	<input type="checkbox"/>	
Sab. dom. y días festivos	<input type="checkbox"/>		
<small>día mes año</small>	<small>día mes año</small>		

#### S U P L E A

Nombre:		R.F.C.	
Motivo: Incapacidad <input type="checkbox"/> Licencia prejubilaria <input type="checkbox"/> Licencia con sueldo <input type="checkbox"/> Cambio de plaza <input type="checkbox"/> Otro : _____		N° de plaza:	Fecha de movimiento:
Observaciones: _____			
Solicita	Vo.Bo.	Autorización	
Dirección de Área Requirente	Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal	Dirección de Administración y Finanzas	

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 17 de 20</b>

## 10.6 Toma de Posesión




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
 SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL  
 DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES



### TOMA DE POSESIÓN


FECHA DE ELABORACIÓN: _____		<b>(1)</b>
<b>DATOS DEL (LA) TRABAJADOR(A):</b>		
<b>(2)</b>		
NOMBRE: _____	R.F.C.: _____	
FUNCIÓN: _____	PLAZA: _____	
ADSCRIPCIÓN: _____		
<b>TIPO DE NOMBRAMIENTO:</b>		
<b>(3)</b>		
BASE ( )	CONFIANZA ( )	
PROVISIONAL ( )	INTERINO ( )	
OTROS _____ ( )		
VIGENCIA: _____	DE: _____	A: _____
NUEVO INGRESO ( )	REINGRESO ( )	
<b>OBSERVACIONES:</b> <b>(4)</b>		
_____		
<b>ALTA EN LECTOR BIOMÉTRICO PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA:</b>		
<b>(5)</b>		
TURNO: MATUTINO ( )	VESPERTINO ( )	NOCTURNO ( )
FIN DE SEMANA ( )		
HORARIO DE: _____ A: _____		
DÍAS DE DESCANSO: _____ DE ACUERDO A ROLL ( )		
EN CASO DE QUE LAS FUNCIONES QUE DESEMPEÑA AMERITEN NO REGISTRAR ASISTENCIA, FAVOR DE OBTENER VISTO BUENO DE LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE.		
<b>OBSERVACIONES:</b> <b>(6)</b>		
_____		
<b>SERVICIO DE COMEDOR:</b>		
<b>(7)</b>		
DESAYUNO ( )	COMIDA ( )	CENA ( )
<b>OBSERVACIONES:</b> <b>(8)</b>		
_____		
<b>(9)</b>		Vo.Bo.
<b>(10)</b>		
_____ JEFATURA DE DEPARTAMENTO		_____ SUBDIRECCIÓN
ORIGINAL BLANCO: EXPEDIENTE		COPIA VERDE: FORMALIZACIÓN LABORAL
COPIA AMARILLA: CONTROL DE ASISTENCIA		COPIA AZUL: INTERESADO
		<b>5120-06</b>

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 18 de 20</b>



## 10.6 Toma de Posesión

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO “TOMA DE POSESIÓN” 5120-06


N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	Día, mes y año de la elaboración del presente formato
2	DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A	Nombre completo, R.F.C., Función, Plaza y adscripción del/la trabajador/a
3	TIPO DE NOMBRAMIENTO	Especificar si es base, confianza, provisional, interino u otro tipo de nombramiento, la vigencia y si es de nuevo ingreso o reingreso
4	OBSERVACIONES	Describir sí es el caso, observaciones referentes al tipo de nombramiento
5	ALTA EN LECTOR BIOMÉTRICO PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA	Dar de alta al/la trabajador/a según el turno: matutino, vespertino, nocturno o de fin de semana, horario, días de descanso o de acuerdo a roll
6	OBSERVACIONES	Describir sí es el caso, observaciones referentes al registro de asistencia
7	SERVICIO DE COMEDOR	Indicar si se otorga desayuno, comida o cena al /la trabajador/a
8	OBSERVACIONES	Describir sí es el caso, observaciones referentes al servicio de comedor
9	JEFATURA DE DEPARTAMENTO	Nombre completo y firma del/la Jefe/a de Departamento a cargo
10	Vo.Bo. SUBDIRECCIÓN	Nombre completo y firma del/la subdirector/a a cargo

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 19 de 20</b>

## 10.7 Documentación que Integra el Expediente Único de Personal

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL	 INPer Ética y Humanismo	
<b>DOCUMENTACIÓN QUE INTEGRA EL EXPEDIENTE ÚNICO DE PERSONAL</b>			
<b>FOTOCOPIA DE:</b>		<b>NOMBRE:</b> _____	
<input type="checkbox"/>	1 EXAMEN PSICOMÉTRICO		
<input type="checkbox"/>	2 SOLICITUD DE EMPLEO		
<input type="checkbox"/>	3 6 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL		
<input type="checkbox"/>	4 ACTA DE NACIMIENTO		
<input type="checkbox"/>	5 REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (RFC)		
<input type="checkbox"/>	6 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)		
<input type="checkbox"/>	7 CREDENCIAL DE ELECTOR (INE)		
<input type="checkbox"/>	8 CARTILLA DEL SERVICIO MILITAR		
<input type="checkbox"/>	9 COMPROBANTE DE DOMICILIO (RECIBO DE LUZ, AGUA, PREDIAL O TELÉFONO)		
<input type="checkbox"/>	10 CONSTANCIA DE ESTUDIOS CORRESPONDIENTE AL ÚLTIMO CICLO DE ESTUDIOS		
<input type="checkbox"/>	11 CONSTANCIAS DE CURSOS (ÚLTIMO AÑO)		
<input type="checkbox"/>	12 CURRICULUM VITAE		
<input type="checkbox"/>	13 EXAMEN MÉDICO FECHA: _____		
<input type="checkbox"/>	14 HOJA COMPROMISO		
<input type="checkbox"/>	15 CONSTANCIA DE NO INHABILITACIÓN		
<input type="checkbox"/>	16 MANIFIESTO DE COMPATIBILIDADES DE EMPLEO		
<input type="checkbox"/>	17 CONSTANCIA DE COMPATIBILIDAD DE EMPLEOS		
<input type="checkbox"/>	18 CARTA COMPROMISO DE DECLARACIÓN PATRIMONIAL INICIAL		
<input type="checkbox"/>	19 DOCUMENTOS MIGRATORIOS		
<input type="checkbox"/>	20 SAR (ÚLTIMO RECIBO, EN CASO DE CONTAR CON EL)		
<input type="checkbox"/>	21 HOJA ÚNICA DE SERVICIOS		
<input type="checkbox"/>	22 AVISO DE PRIVACIDAD		
<input type="checkbox"/>	23 CARTA DEL ASPIRANTE (CONFLICTO DE INTERESES)		
<input type="checkbox"/>	24 CARTA DEL ASPIRANTE (JURÍDICA-LABORAL)		
<input type="checkbox"/>	25 OTROS		
N/A NO APLICA			
<b>ENTREGA</b>	<b>RECIBE</b>	<b>SUPERVISA</b>	<b>AUTORIZA</b>
<b>RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN</b>	<b>ARCHIVO DE PERSONAL</b>	<b>JEFATURA DE RELACIONES LABORALES</b>	<b>SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL</b>
Ciudad de México, a      de      de			



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>32.- Selección y Contratación de Personal</b>	<b>Hoja: 20 de 20</b>



## 10.7 Documentación que Integra el Expediente Único de Personal

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



#### “DOCUMENTACIÓN QUE INTEGRA EL EXPEDIENTE ÚNICO DE PERSONAL”

(5120-42)

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FOTOCOPIA DE	Marcar con una “X” la documentación de la cuál se entrega fotocopia a la Oficina de Reclutamiento y Selección de Personal
2	ENTREGA	Nombre completo y firma del personal que hace entrega de la documentación recibida, al personal de la Oficina de Archivo de Personal
3	RECIBE	Nombre completo y firma del personal que recibe la documentación en Archivo de Personal
4	SUPERVISA	Nombre completo y firma del personal que supervisa la acción
5	AUTORIZA	Nombre completo y firma del personal a cargo de la Subdirección

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-SADP- DCCDP-33</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		Rev. 6
	33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)		Hoja: 1 de 8

### 33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-SADP- DCCDP-33</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		Rev. 6
	33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)		Hoja: 2 de 8

## 1.0 Propósito


- 1.1 Elaborar el Programa Anual de Capacitación con base en la detección y diagnóstico de necesidades con la finalidad de que las acciones de capacitación que se programen coadyuven al desempeño de las funciones del personal.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración y Finanzas, a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, al Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal y al personal administrativo del INPer.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Secretaría de la Función Pública, Secretaría de Salud y Empresas Capacitadoras.


## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal, verificar que el Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Aplicar y analizar la Cédula de detección de necesidades de capacitación (5130-01/5130-02), para determinar las áreas críticas que justifiquen las acciones de capacitación a programar.
  - Solicitar mediante oficio el apoyo de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud para la asignación de aulas con la finalidad de impartir los cursos a programar.
  - El Programa Anual de Capacitación una vez autorizado por las instancias correspondientes podrá sufrir modificaciones con base en las necesidades.
- 3.2 Será responsabilidad de las áreas cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos.
- Solicitar la programación de los cursos previendo los cambios en la normatividad que aplique en las funciones, así como el fortalecimiento de conocimientos técnicos del personal.
  - Validar que las solicitudes del personal en la detección de necesidades de capacitación sea acorde al objetivo del Departamento, en caso contrario justificar la solicitud para determinar la ejecución.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)	Hoja: 3 de 8

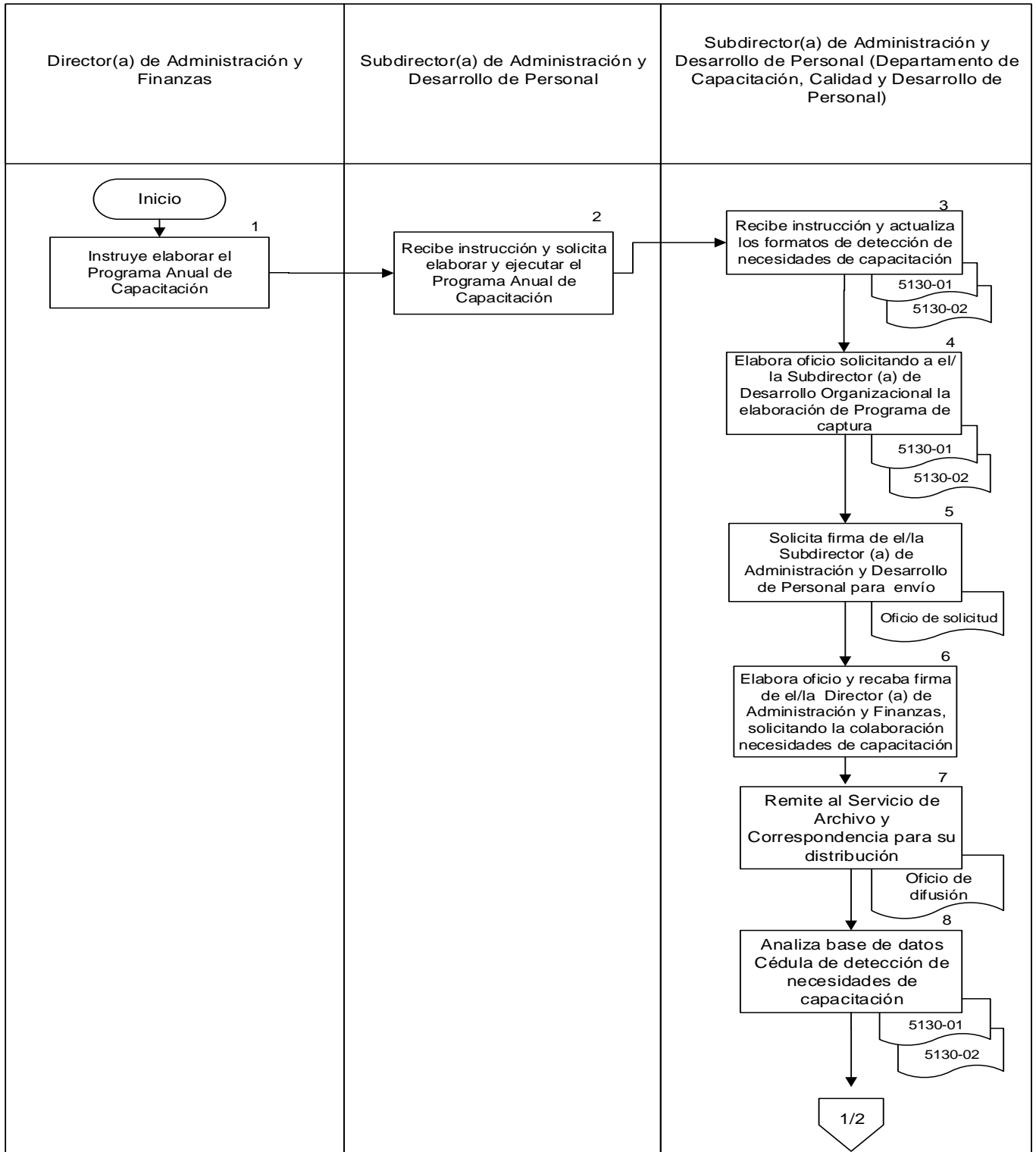
#### 4.0 Descripción del procedimiento

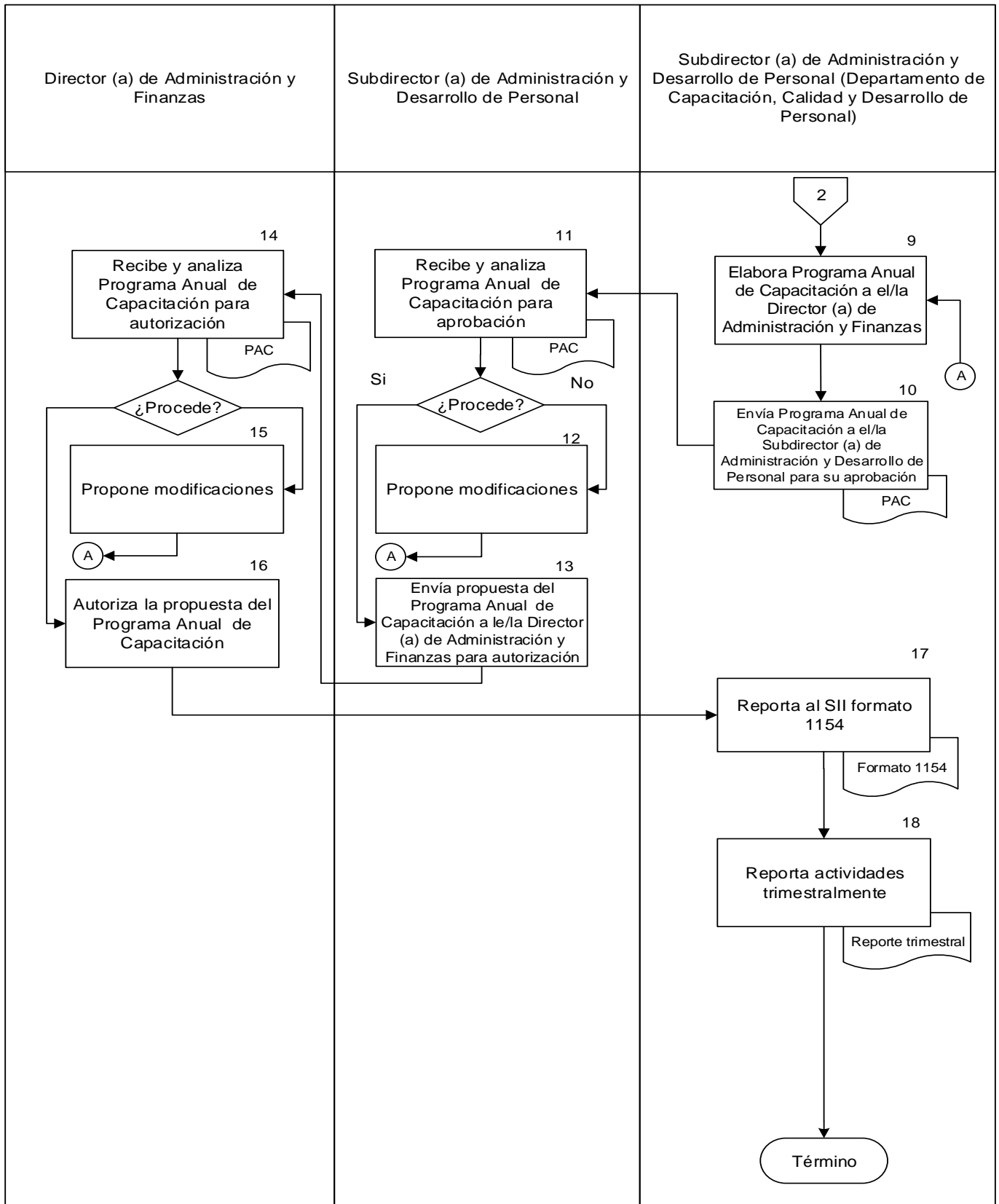
Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) de Administración y Finanzas	1	Instruye a la Subdirección de Administración y Desarrollo de Personal elaborar y ejecutar el Programa Anual de Capacitación (PAC), con base en lo establecido en la Norma emitida por la Secretaría de la Función Pública.	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal elaborar y ejecutar el Programa Anual de Capacitación (PAC), de acuerdo a la normatividad establecida.	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal)	3	Recibe instrucción y actualiza los formatos de detección de necesidades de capacitación para personal de mando y operativo "Cédula de detección de necesidades de capacitación".	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5130-01</li> <li>• 5130-02</li> </ul>
	4	Elabora oficio solicitando a el/la Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional la elaboración de Programa de captura y base de datos e integración de los formatos "Cédula de detección de necesidades de capacitación" a la Intranet Institucional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5130-01</li> <li>• 5130-02</li> </ul>
	5	Solicita firma de el/la Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal para envío.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de Solicitud</li> </ul>
	6	Elabora oficio y recaba firma de el/la Director de Administración y Finanzas, solicitando la colaboración para la captura de necesidades de capacitación a través de la intranet del personal administrativo de las diferentes áreas en los formatos "Cédula de detección de necesidades de capacitación".	
	7	Remite al Servicio de Archivo y Correspondencia para su distribución.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de difusión</li> </ul>
	8	Analiza base de datos Cédula de detección de necesidades de capacitación, por puesto y área para determinar las acciones de capacitación a programar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5130-01</li> <li>• 5130-02</li> </ul>
	9	Elabora Programa Anual de Capacitación (PAC) para el/la Director de Administración y Finanzas.	
	10	Envía Programa Anual de Capacitación (PAC) a el/la Subdirector de Administración y Desarrollo de Personal para su aprobación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAC</li> </ul>


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)	Hoja: 4 de 8

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal	11	Recibe y analiza Programa Anual de Capacitación (PAC) para aprobación. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAC</li> </ul>
	12	<b>No:</b> Propone modificaciones. <b>Regresa a la actividad N° 9.</b>	
	13	<b>Sí:</b> Envía propuesta del Programa Anual de Capacitación (PAC) a el/la director(a) de Administración y Finanzas para autorización. <b>Continúa Procedimiento.</b>	
Director(a) de Administración y Finanzas	14	Recibe y analiza Programa Anual de Capacitación (PAC) para autorización. <b>¿Procede?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAC</li> </ul>
	15	<b>No:</b> Propone modificaciones. <b>Regresa a la actividad N° 9.</b>	
	16	<b>Sí:</b> Autoriza la propuesta del Programa Anual de Capacitación (PAC).	
Subdirector(a) de Administración y Desarrollo de Personal (Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal)	17	Reporta al SII formato 1154.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato 1154</li> <li>• Reporte Trimestral</li> </ul>
	18	Reporta actividades trimestralmente.	
<b>Termina Procedimiento</b>			

### 5.0 Diagrama de Flujo





	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)	Hoja: 7 de 8


## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Cédula de Detección de Necesidades de Capacitación para Operativos"	2 Años	Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal	4C.2/5130-01
7.2 "Cédula de Detección de Necesidades de Capacitación para Directivos"	2 Años	Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal	4C.1/5130-02
7.3 Copia de Oficio Secretaría de Hacienda y Crédito Público	2 años	Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal	4C.1
7.4 Acuse de Oficio de Solicitud para Cédula de Detección de Necesidades	2 Años	Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal	4C.1
7.5 Programa Anual de Capacitación (PAC)	2 Años	Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal	4C.2
7.6 Informe Trimestral, Semestral y Anual al SII	2 Años	Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal	4C.2
7.7 Reporte trimestral	2 años	Departamento de Capacitación, Calidad y Desarrollo de Personal	4C.2



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	33.- Elaboración del Programa Anual de Capacitación (PAC)	Hoja: 8 de 8

## 8.0 Glosario



- 8.1 **PAC:** Programa Anual de Capacitación, plan de trabajo donde se esquematizan las acciones de capacitación programada para la Dirección de Administración y Finanzas, en el ejercicio correspondiente.
- 8.2 **SII:** Sistema Integral de Información de los Ingresos y Gasto Público
- 8.3 **SII 1151:** Formato donde se reporta a la SHCP y a la SFP las acciones de capacitación programadas en la Institución para el ejercicio fiscal que se reporta.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

- 10.1 Cédula de Detección de Necesidades de Capacitación para personal operativo (5130-01/Sistema)
- 10.2 Cédula de Detección de Necesidades de Capacitación para personal directivo (5130-02/Sistema)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-34</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida</b>		<b>Hoja: 1 de 9</b>

### **34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DAF-MP-34</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida</b>		<b>Hoja: 2 de 9</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Calendarizar y alimentar el Sistema Automatizado de Control Presupuestal, a nivel Capítulo y Partida de gasto, tanto de recursos fiscales como de recursos propios, de acuerdo al presupuesto autorizado al INPer por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

## 2.0 Alcance


2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Recursos Financieros (Departamento de Programación y Presupuestación).

2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto y la Dirección General de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas a través de la Subdirección de Recursos Financieros verificar que el Departamento de Programación y Presupuestación cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

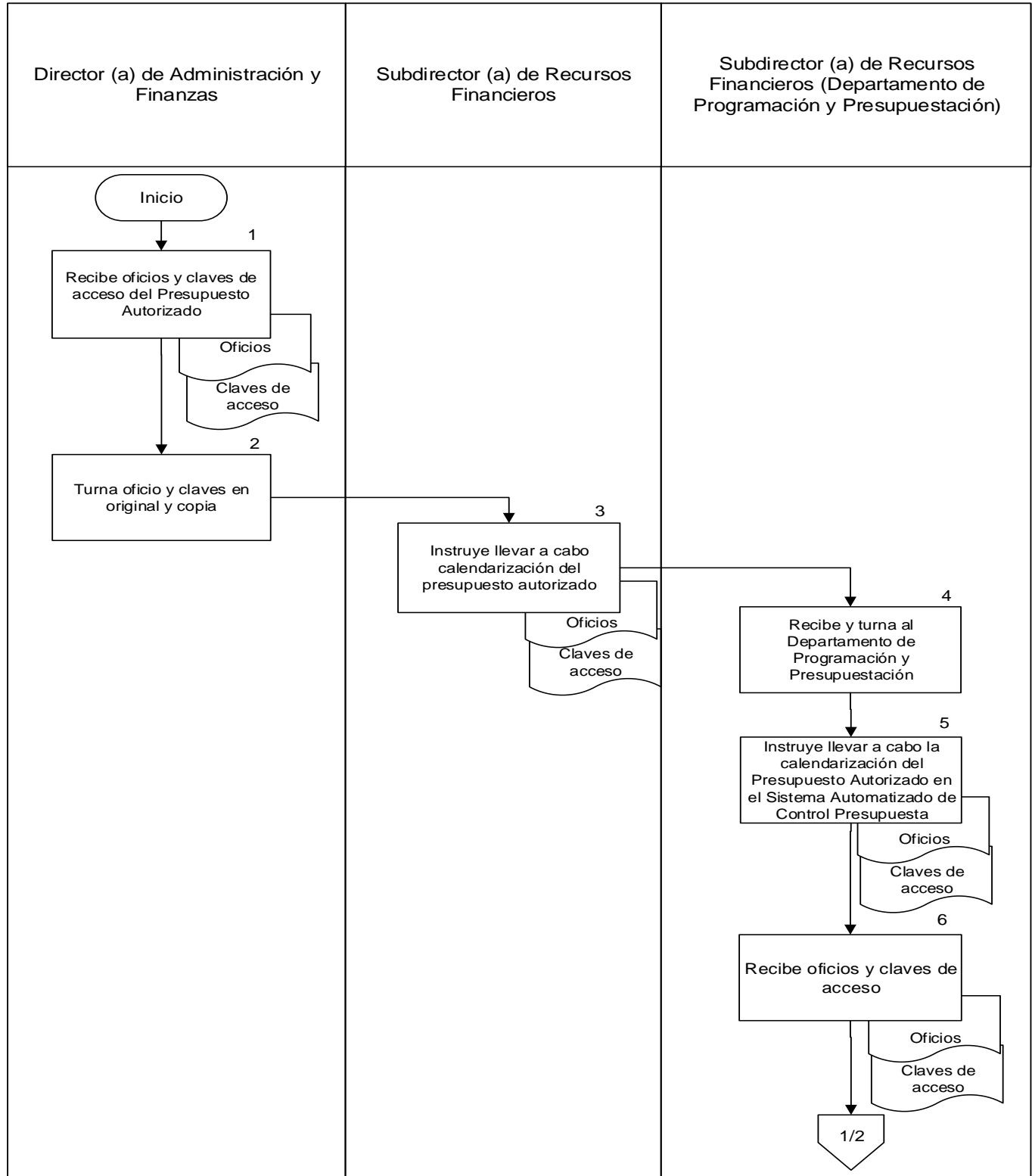
- Recibir de la Subdirección de Recursos Financieros oficios, del presupuesto autorizado y claves de acceso, girados por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud (DGPOP) y de la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH).
- Calendarizar los recursos autorizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, desglosándolos por proyecto, capítulo y partida; así como por su origen (Fiscales o Propios).
- Realizar la captura del Calendario autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal.
- Emitir reporte de la calendarización de los recursos, a nivel capítulo, partida de gasto y origen y enviarlo a la Dirección de Administración y Finanzas, con copia a la Subdirección de Recursos Financieros.

	<b>Manual de Procedimientos</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida</b>	<b>Hoja: 3 de 7</b>

#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de Actividades	Documento anexo
Director(a) de Administración y Finanzas	1	Recibe de la Dirección General del INPer, oficios y claves de acceso del Presupuesto Autorizado; girados por la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la SSA (DGPOP) y la Dirección General de Recursos Humanos (DGRH).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> <li>• Claves de Acceso</li> </ul>
	2	Turna oficio y claves de acceso en original y copia, al el/la Subdirector(a) de Recursos Financieros.	
	3	Instruye a el/la Subdirector(a) de Recursos Financieros, lleve a cabo la calendarización del presupuesto autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a nivel capítulo, proyecto y partida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> <li>• Claves de acceso</li> </ul>
Subdirector(a) de Recursos Financieros	4	Recibe oficios y claves del presupuesto autorizado y los turna al Departamento de Programación y Presupuestación.	
	5	Instruye al Departamento de Programación y Presupuestación, lleve a cabo la calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a nivel capítulo, proyecto y partida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> <li>• Claves de acceso</li> </ul>
Subdirector(a) de Recursos Financieros (Departamento de Programación y Presupuestación)	6	Recibe de la Subdirección de Recursos Financieros, oficios y claves de acceso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> <li>• Claves de</li> </ul>
	7	Revisa oficios y claves de acceso proporcionados por la Subdirección de Recursos Financieros. <b>¿Procede?</b>	
	8	<b>No:</b> Informa a la Subdirección de Recursos Financieros. <b>Regresa a la actividad N° 4.</b>	
	9	<b>Si:</b> Turna copias de los oficios y claves de acceso a los responsables de cada capítulo para captura del calendario autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> <li>• Claves de acceso</li> </ul>
	10	Emite reporte de la calendarización de los recursos autorizados, de acuerdo a su procedencia (Fiscales o Propios), a nivel proyecto, capítulo y partida.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficios</li> <li>• Claves de acceso</li> <li>• Calendario Autorizado</li> </ul>
11	Envía reporte a la Dirección de Administración y Finanzas con copia para la Subdirección de Recursos Financieros.  <b>Termina Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte</li> </ul>	

### 5.0 Diagrama de Flujo





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**Manual de Procedimientos**

**Dirección de Administración y Finanzas**

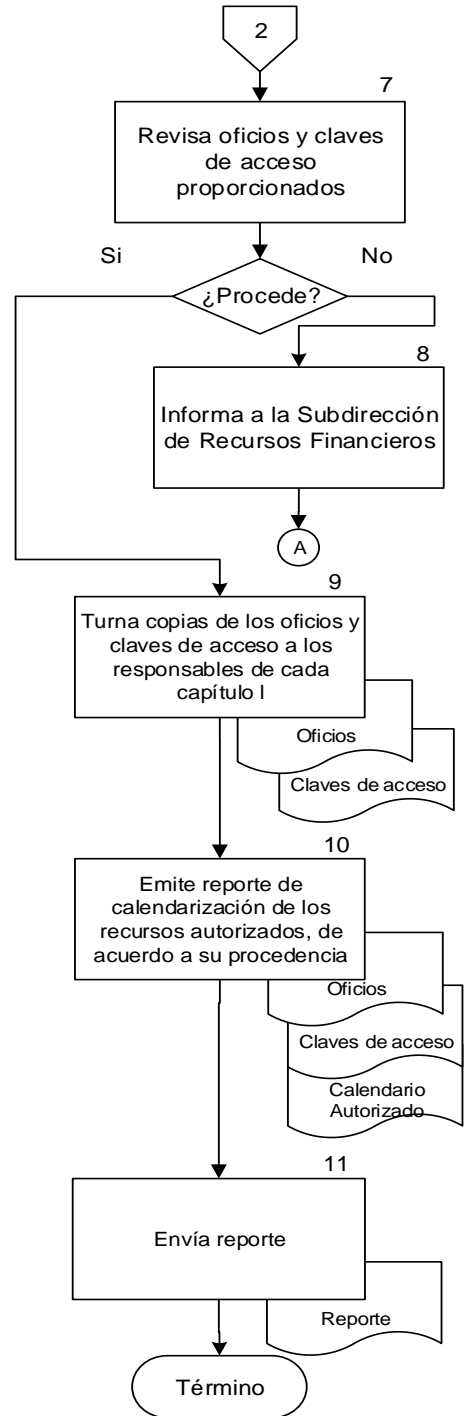
**34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida**


Hoja: 5 de 7

Director (a) de Administración y Finanzas

Subdirector (a) de Recursos Financieros

Subdirector (a) de Recursos Financieros (Departamento de Programación y Presupuestación)



	<b>Manual de Procedimientos</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida</b>	<b>Hoja: 6 de 7</b>

## 6.0 Documentos de referencia


<b>Documentos</b>	<b>Código (cuando aplique)</b>
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

<b>Registros</b>	<b>Tiempo de conservación</b>	<b>Responsable de conservarlo</b>	<b>Código de registro o identificación única</b>
7.1 Oficios	2 Años	Departamento de Programación y Presupuestación	3C.1
7.2 Claves de Acceso	2 Años	Departamento de Programación y Presupuestación	3C.1
7.3 Calendario Autorizado	2 Años	Departamento de Programación y Presupuestación	3C.2
7.4 Copia de Reporte	2 Años	Departamento de Programación y Presupuestación	3C.2

## 8.0 Glosario

- 8.1 **Calendarización Presupuestal:** Es la dosificación temporal de los gastos, que realizara la Administración Pública Federal para la ejecución de sus programas.
- 8.2 **Capítulo de Gasto:** Son los elementos de la clasificación por Objeto del Gasto que constituyen un conjunto homogéneo, claro y ordenado de los bienes y servicios que el Gobierno Federal y las entidades paraestatales adquieren para la consecución de sus objetivos y metas. La unidad básica de registro que forman un capítulo presupuestario es la “**partida**”, un conjunto de partidas forman un “**concepto**” y un grupo de conceptos integran un “**capítulo**”. Este nivel de agregación hace posible el análisis retrospectivo de los planes o programas de acuerdo con la naturaleza del gasto a realizar.
- 8.3 **Clasificador por Objeto del Gasto:** Es el documento que ordena e identifica en forma genérica, homogénea y coherente, los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, que requieren las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para cumplir con los objetivos y programas que se establezcan en el Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).
- 8.4 **Normatividad Presupuestaria:** Conjunto de normas, lineamientos, metodologías, procedimientos y sistemas emitidos por la Secretaria de Hacienda y Crédito Público, con la finalidad de dirigir hacia los objetivos deseados la formulación, ejercicio, control y evaluación del presupuesto, estableciendo el marco al que deben ajustarse las entidades, organismos y empresa que constituyen la Administración Pública Federal.
- 8.5 **Partidas de Gasto:** Constituyen elementos afines, integrales de cada concepto, y representan expresiones concretas y detalladas del bien o servicio que se adquiere, permitiendo la cuantificación monetaria y contable de los mismos. Elemento presupuestario en que se subdividen los conceptos y que clasifica las erogaciones de acuerdo con el objeto específico del gasto.
- 8.6 **PEF:** Presupuesto de Egresos de la Federación.

	<b>Manual de Procedimientos</b>	
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>	
	<b>34.- Calendarización del Presupuesto Autorizado en el Sistema Automatizado de Control Presupuestal a Nivel Capítulo, Proyecto y Partida</b>	<b>Hoja: 7 de 7</b>

- 8.7 **Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF):** Es el documento jurídico, contable y de política económica, aprobado por la H. Cámara de Diputados del Congreso de la Unión a iniciativa del Presidente de la República, en el cual se consigna el gasto público, de acuerdo con su naturaleza y cuantía, que debe realizar el Gobierno Federal y el Sector paraestatal de control directo, en el desempeño de sus funciones en ejercicio fiscal.
- 8.8 **Presupuesto Original Autorizado:** Estimación de gasto autorizado por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación y que es el resultado de la iniciativa que el ejecutivo envía a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para desarrollar las actividades de la Administración Pública Federal, durante el periodo de un año a partir del primero de enero.
- 8.9 **Presupuesto:** Estimación financiera anticipada, generalmente anual, de los egresos e ingresos del Sector Público Federal, necesarios para cumplir con las metas de los programas establecidos. Así mismo, constituye el instrumento operativo básico que expresa las decisiones en materia política, económica y de planeación.
- 8.10 **Recursos Fiscales:** Son aquellas percepciones que reciben las entidades o dependencias del estado a través de apoyos o transferencias que les otorga el gobierno federal.
- 8.11 **Recursos Propios:** Ingresos de las entidades paraestatales provenientes de la venta de bienes y servicios, incluyéndose como tales los ingresos ordinarios por operaciones ajenas; en el caso del gobierno federal se consideran los ingresos tributarios y no tributarios.
- 8.12 **Recursos:** Conjunto de personas, bienes materiales, financieros y técnicas con que cuenta y utiliza una dependencia, entidad, u organización para alcanzar sus objetivos y producir los bienes o servicios que son de su competencia.



## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia



## 10.0 Anexos

- 10.1 No Aplica



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DP-35</b>
	<b>Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central (Ventanillas de Información General)</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

**35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central  
(Ventanillas de Información General)**

 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INPer</b>	<b>INPer-DP-35</b>
	<b>Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central (Ventanillas de Información General)</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Controlar el acceso de visitantes o usuarios(as) a los diferentes servicios del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes desde el módulo central ventanillas de información general; así como la orientación e información de trámites y servicios que se otorgan para garantizar la seguridad tanto de los/las trabajadores(as) del Instituto como de los/las usuarios(as).

## 1.2 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección de Planeación, Subdirección de Desarrollo Organizacional (Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a los/las usuarios(as) del INPer.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:


- Orientar e informar al público en general sobre los servicios que proporciona el Instituto para ofrecerlos a los/las usuarios(as) que requieran del servicio.
- Proporcionar orientación e información personalizada y vía telefónica demostrando una actitud profesional y amable sobre los servicios que brinda la institución, los requisitos y trámites a seguir por los/las usuarios(as) para su atención médica, además de distribuir los folletos informativos correspondientes al Departamento.
- Controlar el acceso de los visitantes que acuden al INPer mediante la entrega del “Pase de Acceso a Visitante” (9103-01) previa autorización, una vez autorizado su acceso, el/la usuario(a) deberá registrarse en el formato de “Registro de visitantes” (9103-02) al mismo tiempo dejará momentáneamente una identificación vigente con fotografía en los módulos de orientación a cambio del pase de visitante, a excepción del área de urgencias.
- Proporcionar a las diferentes áreas del Instituto el servicio de voceo para localizar a familiares, pacientes y/o usuarios, así como la comunicación de los mismos vía telefónica para su orientación y de ser el caso su acceso.
- Permitir la entrada a las instalaciones del Instituto únicamente con el pase de acceso proporcionado por los módulos de Torre de Investigación, Área de Administración, Módulo Central y \*Módulo de Urgencias (\*por las noches), mediante una identificación oficial vigente y con fotografía.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Materiales y Conservación, verificar que el Departamento de Servicios, a través del personal de vigilancia cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Canalizar a los/las visitantes al módulo de orientación correspondiente, con la finalidad de que se les otorgue el pase de acceso al servicio solicitado, previa identificación oficial vigente y autorización del personal del Departamento al que visitará.
- Verificar que todo visitante porte el gafete y/o pase de acceso en un lugar visible para permitirle el acceso únicamente al área que indica el mismo, en caso contrario deberá referirlo al módulo de orientación más cercano para que le proporcione la orientación adecuada para su acceso.

3.3 Será responsabilidad del personal adscrito al Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación.

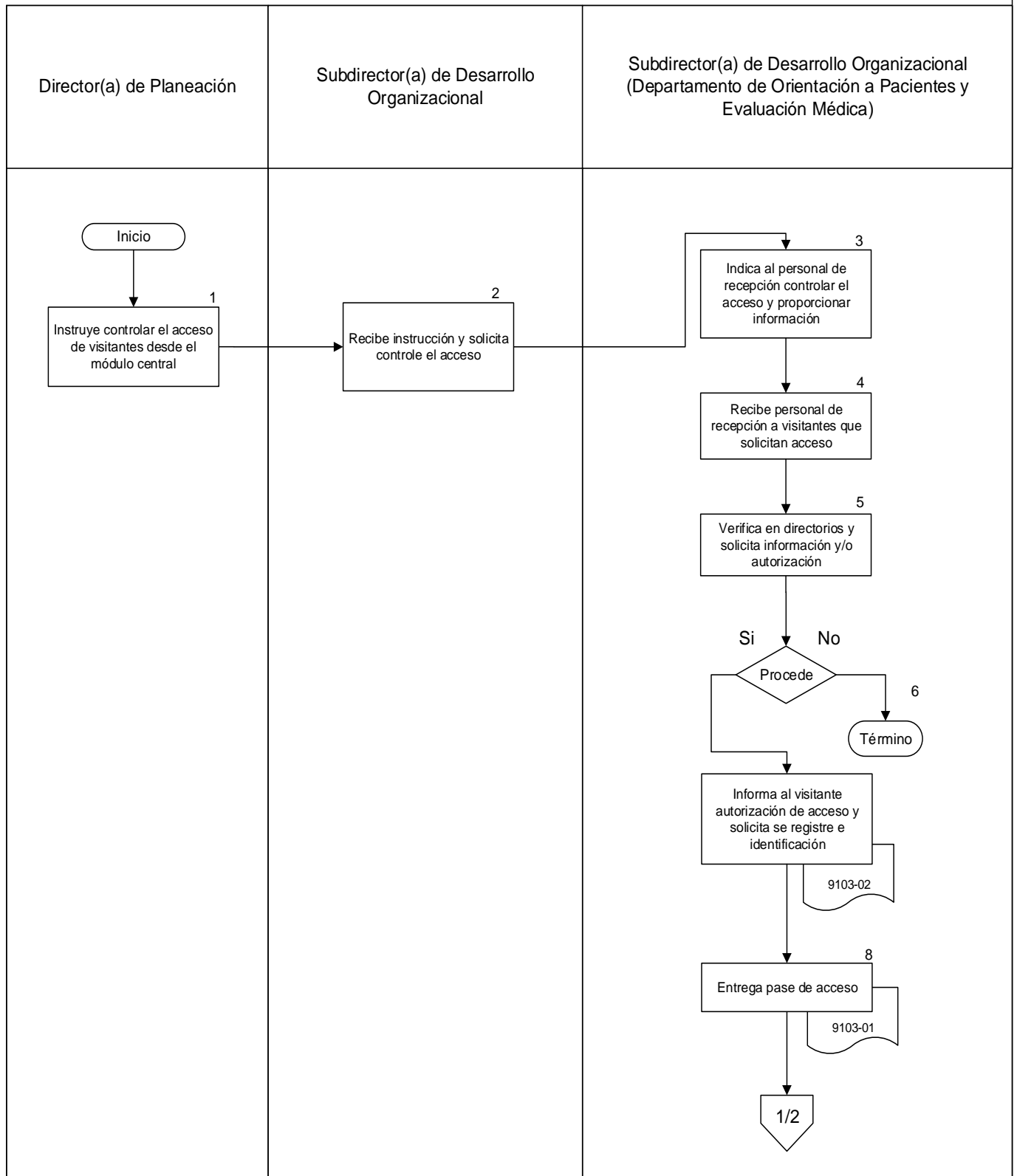
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica</b>	
	<b>35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central (Ventanillas de Información General)</b>	<b>Hoja: 3 de 10</b>

#### 4.0 Descripción del Procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) de Planeación	1	Instruye a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, controlar el acceso de los visitantes al INPer.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, controle el acceso de los visitantes al INPer.	
Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional (Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica)	3	Recibe instrucción e indica al personal de la Recepción controle el acceso al INPer y proporcione la información a los/las usuarios(as).	
	4	Recibe a los/las visitantes que se presentan en el módulo central ventanilla general, que solicitan acceso a las instalaciones del INPer.	
	5	Verifica en sus directorios llamando a la extensión del servicio (si el área lo requiere para autorización del pase de acceso) y solicita información y/o autorización en su caso. <b>¿Procede?</b>	
	6	<b>No: Termina Procedimiento.</b>	
	7	<b>Sí:</b> Informa a la/el visitante que efectivamente puede acceder al área solicitada y le solicita se registre en el formato "Registro de visitantes" y que entregue una identificación con fotografía.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9103-02</li> </ul>
	8	Entrega "Pase de Acceso a la/el Visitante"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 9103-01</li> </ul>
	9	Devuelve identificación cuando regresa el/la visitante a recepción y entrega "Pase de Acceso"	
	10	Recibe la petición de las diferentes áreas del Instituto y voce a la/el paciente, familiar o usuario(a) y espera respuesta. <b>¿Procede?</b>	
	11	<b>No: Termina Procedimiento</b>	
	12	<b>Sí:</b> Comunica vía telefónica u orienta para su acceso, según sea el caso.	
	13	Anota el concentrado de las visitas diarias y la información más importante del día en la libreta de registro para el llenado del "Informe Mensual del Módulo de Orientación"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de registro</li> <li>• 9103-42</li> </ul>
	14	Resguarda la libreta de registro y el "Informe Mensual del Módulo de Orientación" (9103-42) para fines de consultas específicas del Departamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libreta de registro</li> <li>• 9103-42</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	



### 5.0 Diagrama de Flujo





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica**

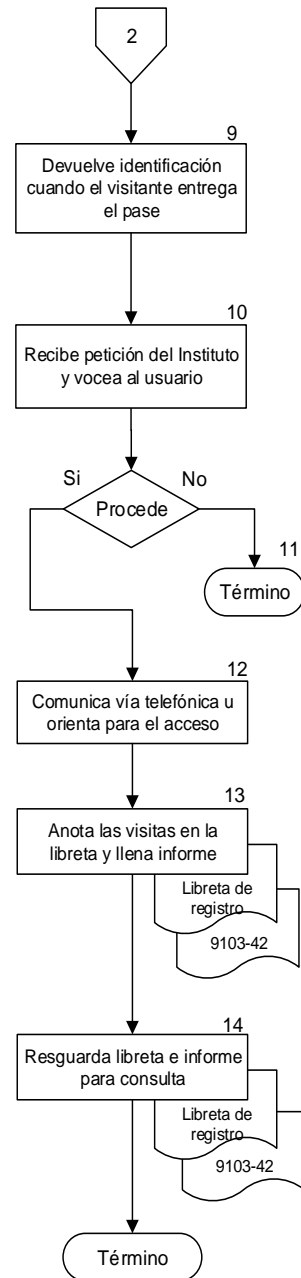
**35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central  
(Ventanillas de Información General)**


Hoja: 5 de 10

Director(a) de Planeación

Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional

Subdirector(a) de Desarrollo Organizacional  
(Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica</b>	
	<b>35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central (Ventanillas de Información General)</b>	<b>Hoja: 6 de 10</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Registro de visitantes	1 año	Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica	9103-02/Documento de comprobación inmediata
7.2 Pase de Acceso a Visitantes	1 año	Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica	9103-01/Documento de comprobación inmediata
7.3 Informe Mensual del Módulo de Orientación	1 año	Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica	9103-42/Documento de comprobación inmediata
7.4 Libreta de registro	1 año	Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

8.1 **Acceso de visitantes:** Proceso de admisión a las visitas de los/las pacientes.


## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia


## 10.0 Anexos

10.1 Registro de visitantes	(9103-02)
10.2 Pase de Acceso a Visitantes	(9103-01)
10.3 Informe Mensual del Módulo de Orientación	(9103-42)




	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica</b>	
	<b>35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central (Ventanillas de Información General)</b>	<b>Hoja: 8 de 10</b>

## 10.2 Pase de Acceso a Visitantes

	<p>INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN A PACIENTES Y EVALUACIÓN MÉDICA</p>	
<b>PASE DE ACCESO A VISITANTE</b>		
<b>SERVICIO:</b> (1) _____		
<b>NOMBRE:</b> (2) _____		
<b>FECHA:</b> (3) _____		
_____ (4) <b>NOMBRE DE LA REPCIONISTA Y TURNO</b>		

9103-01



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica</b>	
	<b>35.- Control del Acceso de Visitantes al INPer desde el Módulo Central (Ventanillas de Información General)</b>	<b>Hoja: 9 de 10</b>

## 10.2 Pase de Acceso a Visitantes

### INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

#### PASE DE ACCESO A VISITANTE

9103-01

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SERVICIO	Nombre del servicio
2	NOMBRE	El nombre completo de la o el paciente, empezando por su apellido paterno, materno y nombre(s).
3	FECHA	El día, mes y año en que se tramita el presente pase
4	RECEPCIONISTA Y TURNO	El nombre completo de la recepcionista y turno laboral

### 10.3 Informe Mensual del Módulo de Orientación



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN  
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL  
DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN A PACIENTES Y EVALUACIÓN MÉDICA



INFORME MENSUAL DEL MÓDULO DE ORIENTACIÓN CORRESPONDIENTE A: \_\_\_\_\_ (MES Y AÑO) TURNO: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL	
PASES 6° PISO																																	
PASES 5° PISO																																	
PASES 4° PISO																																	
PASES 3° PISO																																	
PASES 2° PISO																																	
PASES 1° PISO																																	
PASES PLANTA BAJA																																	
EGRESOS 5°, 4°, 3° Y 2° PISO																																	
ANEXO (TORRE DE INVESTIGACIÓN Y PISO ROJO)																																	
APOYO ADMINISTRATIVO																																	

OBSERVACIONES:

---



---



---



---





---





---

SUPERVISA: \_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-36</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo</b>		<b>Hoja: 1 de 10</b>

### 36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-DAF-MP-36</b>
	<b>Dirección de Administración y Finanzas</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo</b>		<b>Hoja: 2 de 10</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Realizar el levantamiento de inventario físico semestral de las existencias de los bienes de consumo para el control del abasto y surtimiento y regularizar las diferencias así como auxiliar a la integración del rubro respectivo a los estados financieros que procesa el Departamento de Contabilidad.

## 2.0 Alcance


2.1 A nivel interno el Procedimiento es aplicable a la Dirección de Administración y Finanzas, Subdirección de Recursos Materiales y Conservación (Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios).

2.2 A nivel externo el procedimiento no aplica.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos


3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Materiales y Conservación, verificar que el Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Elaborar el documento denominado “Guía y Programa de Actividades para el Levantamiento de Inventario Físico de Bienes de Consumo” que sirva para delinear el objetivo requerido para llevar a cabo el Levantamiento de Inventario Físico de Bienes de Consumo.
- Informar a los servicios del Instituto por medio de circular firmada por el Director de Administración y Finanzas las fechas de cierre del Almacén con motivo del inventario físico semestral.
- Integrar en grupos de monitores para efectuar el levantamiento físico de inventarios, designando las áreas y bienes a contar, solicitando el llenado de los marbetes para el registro y control.
- Indicar se realice la captura de la información en el sistema electrónico correspondiente.
- Elaborar si existieran diferencias en los resultados las cédulas de corrección para su aclaración y validación.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios</b>	
	<b>36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo</b>	<b>Hoja: 3 de 10</b>

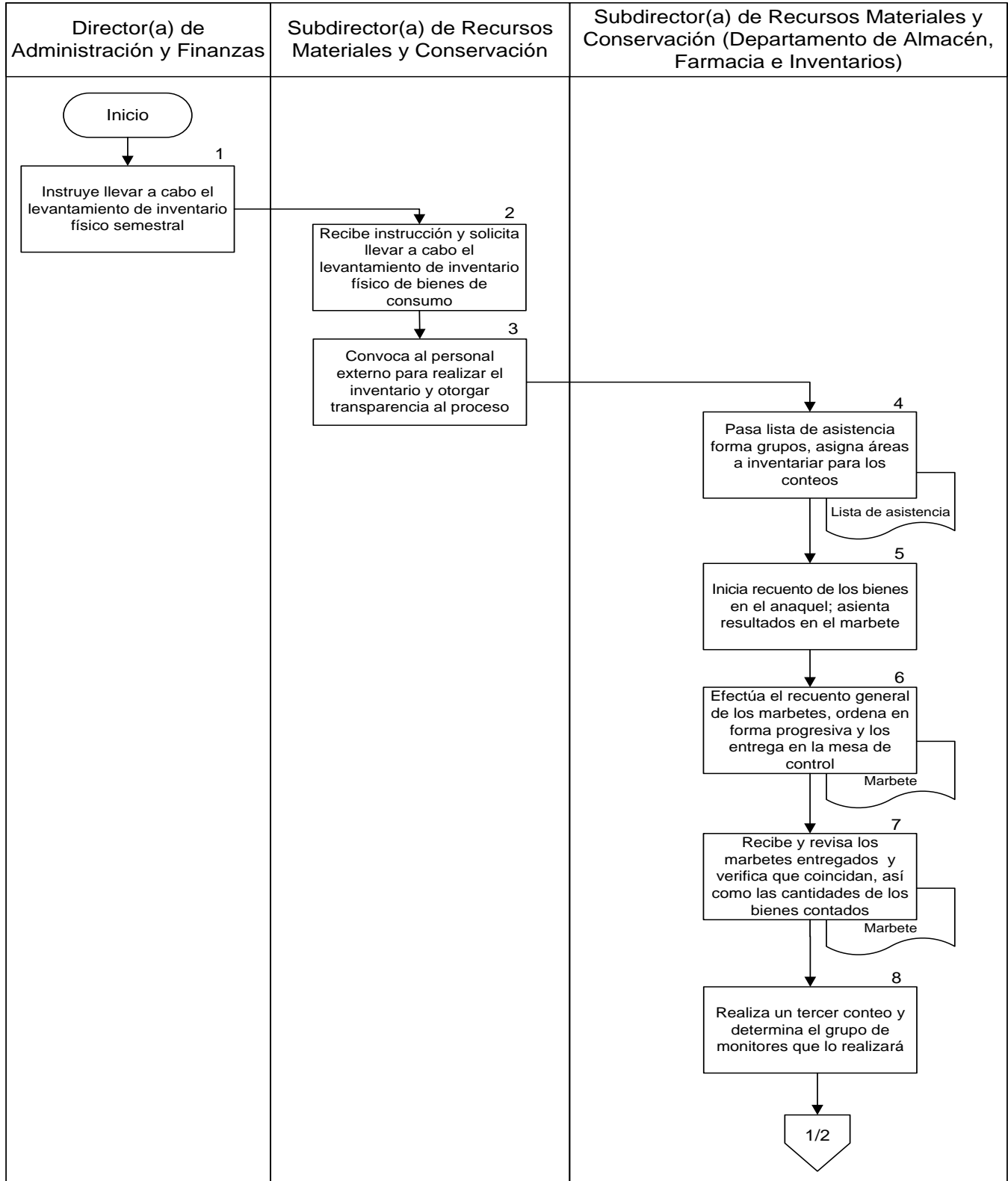
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Director(a) de Administración y Finanzas	1	Instruye a la Subdirección de Recursos Materiales y Conservación, llevar a cabo el Levantamiento de Inventario Físico semestral de bienes de consumo.	
Subdirector(a) de Recursos Materiales y Conservación	2	Recibe instrucción y solicita al Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios, llevar a cabo el Levantamiento de Inventario Físico de bienes de consumo por semestre.	
	3	Convoca al personal externo (Órgano Interno de Control y Despacho de Auditores Externos) al área para realizar el inventario y otorgar transparencia al proceso.	
Subdirector(a) de Recursos Materiales y Conservación (Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios)	4	Pasa lista de asistencia al personal convocado para efectuar el levantamiento de inventario físico; forma grupos y asigna áreas a inventariar para los conteos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de asistencia</li> </ul>
	5	Inicia el personal asignado para conteo el recuento de los bienes en las áreas asignadas y cuenta cada uno de los bienes que se encuentran en el anaquel, de acuerdo a la unidad de medida y presentación de los mismos; asienta los resultados del conteo en el marbete, los desprende, ordena, guarda e inicia recuento de otro artículo.	
	6	Efectúa, una vez terminado el conteo de los bienes, el recuento general de los marbetes cortados que se encuentran en su poder, contra el número de bienes del área que se les asignó; ordena los marbetes en forma progresiva y los entrega en la mesa de control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marbete</li> </ul>
	7	Recibe y revisa en mesa de control los marbetes entregados por los grupos (1º y 2º conteo) y verifica que el número de marbetes coincidan, así como las cantidades de los bienes contados de cada artículo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marbete</li> </ul>
	8	Realiza un tercer conteo y determina el grupo de monitores que lo realizará en el caso necesario. <b>¿Procede?</b>	
	9	<b>No:</b> Captura información y pasa actividad N°. 12.	
	10	<b>Si:</b> Efectúa el tercer grupo el recuento de los bienes que se le indicó e informa a la Mesa de Control de la cantidad resultante en su revisión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marbete</li> </ul>
	11	Recibe marbetes en mesa de control con la cantidad anotada y analiza las cantidades, toma como buena las del Tercer conteo.	
	12	Captura la información de los conteos, emite listado y turna ambos a la Jefatura de Almacén, Farmacia e Inventarios.	

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios</b>	
	<b>36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo</b>	<b>Hoja: 4 de 10</b>

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Subdirector(a) de Recursos Materiales y Conservación (Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios)	13	Recibe Jefatura listado y valida contra marbetes (2º conteo y 3º conteo en su caso) y firma de conformidad, turna el listado de diferencias de la siguiente forma: Original- Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios, 1ª copia-Departamento de Contabilidad, 2ª copia-Mesa de Control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado de diferencias</li> </ul>
	14	Revisa, aclaran el origen de la diferencia y elabora "Cédulas de Corrección", y las envía a la Oficina de captura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5350-19</li> </ul>
	15	Captura y valida los movimientos de corrección correspondientes y solicita impresión de listados definitivos al Departamento de Tecnologías de la información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimiento de corrección</li> </ul>
	16	Solicita al Departamento de Tecnologías de la Información la impresión del listado en original y dos copias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado definitivo</li> </ul>
	17	Revisa y distribuye: Original-Departamento de Contabilidad, 2ª copia-Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Listado definitivo</li> </ul>
	18	Recibe mesa de control copia, certifica correcciones efectuadas y autoriza que se registren los saldos de inventario, en el sistema automatizado para el control de Almacén.	
	19	Actualiza información certificada y solicita al Departamento de Contabilidad realice los registros contables correspondientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitud de registros contables</li> </ul>
		<b>Termina Procedimiento</b>	

### 5.0 Diagrama de Flujo





**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios**

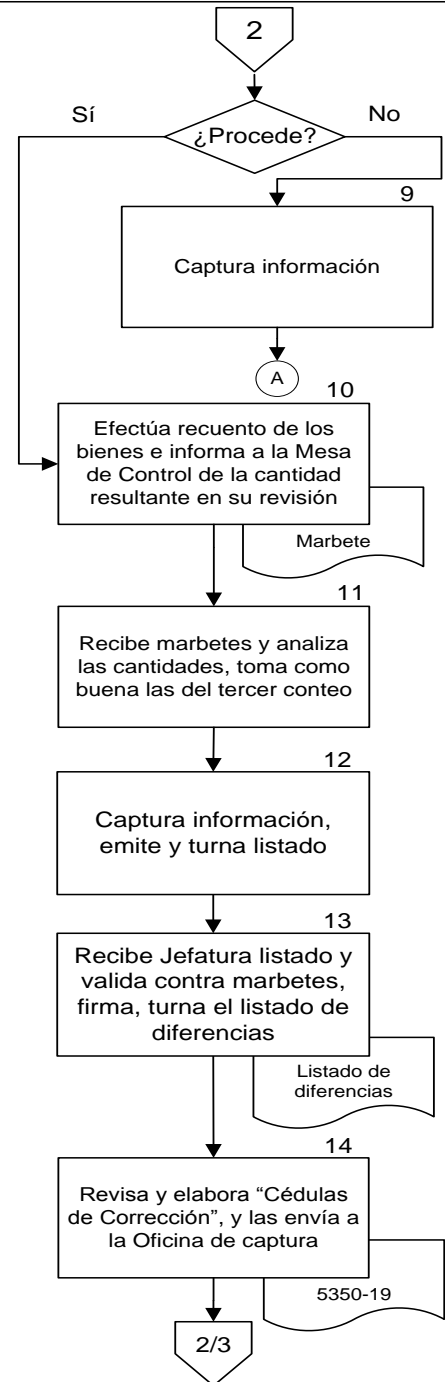
**36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo**

**Hoja: 6 de 10**

Director(a) de  
Administración y Finanzas

Subdirector(a) de Recursos  
Materiales y Conservación

Subdirector(a) de Recursos Materiales  
y Conservación (Departamento de  
Almacén, Farmacia e Inventarios)







**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios**

**36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo**

**Hoja: 7 de 10**

Director(a) de Administración y Finanzas	Subdirector(a) de Recursos Materiales y Conservación	Subdirector(a) de Recursos Materiales y Conservación (Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios)
		<pre>graph TD; Start([3]) --&gt; Step15[15: Captura y valida las correcciones correspondientes y solicita impresión de listados definitivos]; Step15 -- "Movimiento de corrección" --&gt; Step16[16: Solicita la impresión del listado en original y dos copias]; Step16 -- "Listado definitivo" --&gt; Step17[17: Revisa y distribuye]; Step17 -- "Listado definitivo" --&gt; Step18[18: Recibe, certifica correcciones y autoriza se registren los saldos de inventario, en sistema automatizado]; Step18 --&gt; Step19[19: Actualiza información certificada y solicita se realicen los registros contables correspondientes]; Step19 --&gt; End([Término]);</pre>

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios</b>	
	<b>36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo</b>	<b>Hoja: 8 de 10</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 09/13 09-2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Lista de Asistencia	3 Años	Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios	Documento de comprobación inmediata
7.2 Marbete	3 Años	Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios	Documento de comprobación inmediata
7.3 Listado de diferencias	3 Años	Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios	Documento de comprobación inmediata
7.4 "Cédulas de Corrección"	3 Años	Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios	5350-19/ Documento de comprobación inmediata
7.5 Movimientos de corrección	N/P	Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios	N/P
7.6 Listado definitivo	12 Años	Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios	6C.17
7.7 Solicitud de registros contables	3 Años	Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

- 8.1 Marbete:** Etiqueta que se adhiere al soporte o estante y contiene la información o codificación de los materiales, cuenta con dos tarjetas desprendibles para conteos físicos y una de identificación con cinta adherible.
- 8.2 Cédulas de corrección:** Documento en el cual se plasman los movimientos o ajustes que se hacen para el ajuste del inventario.


## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 Cédulas de Corrección

(5350-19)

 <b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios</b>	
	<b>36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo</b>	<b>Hoja: 9 de 10</b>

## 10.1 Cédulas de Corrección



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES  
 DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS  
 SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONSERVACIÓN  
 DEPARTAMENTO DE ALMACÉN, FARMACIA E INVENTARIOS



<b>FOLIO:</b>	<b>(1)</b>
<b>FECHA DE CORRECCIÓN</b>	<b>(2)</b>

### CÉDULA DE CORRECCIÓN PARA ACLARACIÓN DE INVENTARIO

PUNTO N°	CLAVE	DESCRIPCIÓN	UNID.	CANTIDAD	P. U.	CANTIDAD	PRECIO PROM.	FOLIO	FECHA	LLAVE DE MOV.	OBSERVACIONES
	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
1	Dice										
	Debe decir										
2	Dice										
	Debe decir										
3	Dice										
	Debe decir										
4	Dice										
	Debe decir										
5	Dice										
	Debe decir										
6	Dice										
	Debe decir										
7	Dice										
	Debe decir										

CAPTURÓ

AUTORIZÓ

Vo. Bo.

(14)


(15)

(16)

OFICINA DE CAPTURA

DEPARTAMENTO DE ALMACEN,  
FARMACIA E INVENTARIOS

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS  
MATERIALES Y CONSERVACION



 <b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Departamento de Almacén, Farmacia e Inventarios</b>	
	<b>36.- Levantamiento de Inventario Físico Semestral de Bienes de Consumo</b>	<b>Hoja: 10 de 10</b>

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO



**“CEDULA DE CORRECCION”**

(5350-19)

N°	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1.	FOLIO	El número consecutivo utilizado por el Almacén del Instituto para llevar un control
2.	FECHA DE CORRECCIÓN	La fecha (DD/MM/AAAA), en que se hará la corrección
3.	CLAVE	Dice / debe decir corrección del número de clave
4.	DESCRIPCIÓN	Dice / debe decir corrección del nombre del producto solicitado
5.	UNIDAD	Dice / debe decir corrección de la cantidad en forma unitaria
6.	CANTIDAD	Dice / debe decir corrección de la cantidad
7.	P.U.	Dice / debe decir corrección del precio unitario del producto
8.	CANTIDAD	Dice / debe decir corrección de la cantidad del producto
9.	PRECIO PROM.	Dice / debe decir corrección del precio promedio
10.	FOLIO	Número de folio del documento
11.	FECHA	La fecha del documento (DD/MM/AAAA)
12.	LLAVE DE MOV.	Este espacio queda para el llenado del Almacén
13.	OBSERVACIONES	Especificar en su caso las observaciones pertinentes
14.	CAPTURÓ	El nombre completo, firma y clave de la persona que capturó
15.	AUTORIZÓ	El nombre completo y firma del responsable del Área
16.	Vo.Bo.	El nombre completo y firma del Visto Bueno de la persona que corresponda

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-OIC-MP-37</b>
	<b>Órgano Interno de Control</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>37.- Elaboración del Plan Anual de Trabajo (PAT)</b>		<b>Hoja: 1 de 6</b>

## 37.- Elaboración del Plan Anual de Trabajo (PAT)

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-OIC-MP-37</b>
	<b>Órgano Interno de Control</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>37.- Elaboración del Plan Anual de Trabajo (PAT)</b>		<b>Hoja: 2 de 6</b>

## 1.0 Propósito

1.1 Contar con un documento a través del cual se considere lo señalado en el Título Tercero de Acuerdo por el que emiten disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno, mediante la metodología de administración de riesgos, considerando que se deben identificar, analizar y evaluar, los riesgos inherentes o asociados a los procesos de la institución y por ende con los objetivos institucionales, estableciendo estrategias que permitan asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas.


## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el Procedimiento es aplicable al Órgano Interno de Control (Área de Auditoría Interna).
- 2.2 A nivel externo el Procedimiento es aplicable a la Secretaría de la Función Pública.

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

3.1 Será responsabilidad del Órgano Interno de Control, a través del Área de Auditoría Interna, verificar que se cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Elaborar el Plan Anual de Trabajo (PAT), con base en los lineamientos generales para la formulación de los planes anuales de trabajo de los Órganos Internos de Control y de las Unidades Productivas del Estado.
- Incorporar en el SIA (Sistema Integral de Auditorías), la información de la presentación electrónica, mapa de riesgos, ranking y cobertura con el PAA (Programa Anual de Auditorías), para conocimiento, registro y autorización de las SFP. Someter previo a la presentación del PAT ante la Unidad de Control y Evaluación de la Gestión Pública a la opinión del Comisario Público.

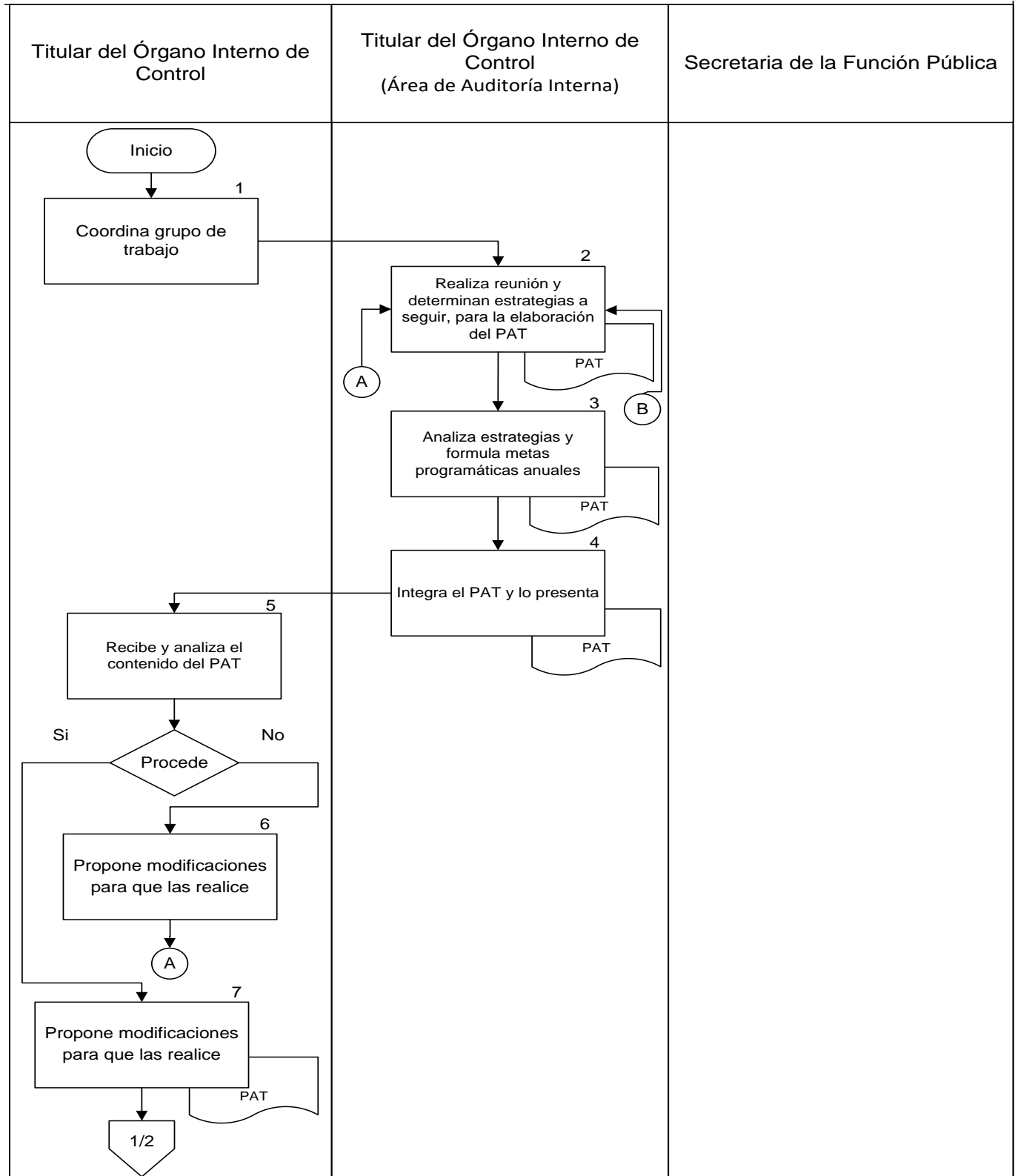
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Órgano Interno de Control</b>	
	<b>37.- Elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT)</b>	<b>Hoja: 3 de 6</b>

### Descripción del procedimiento

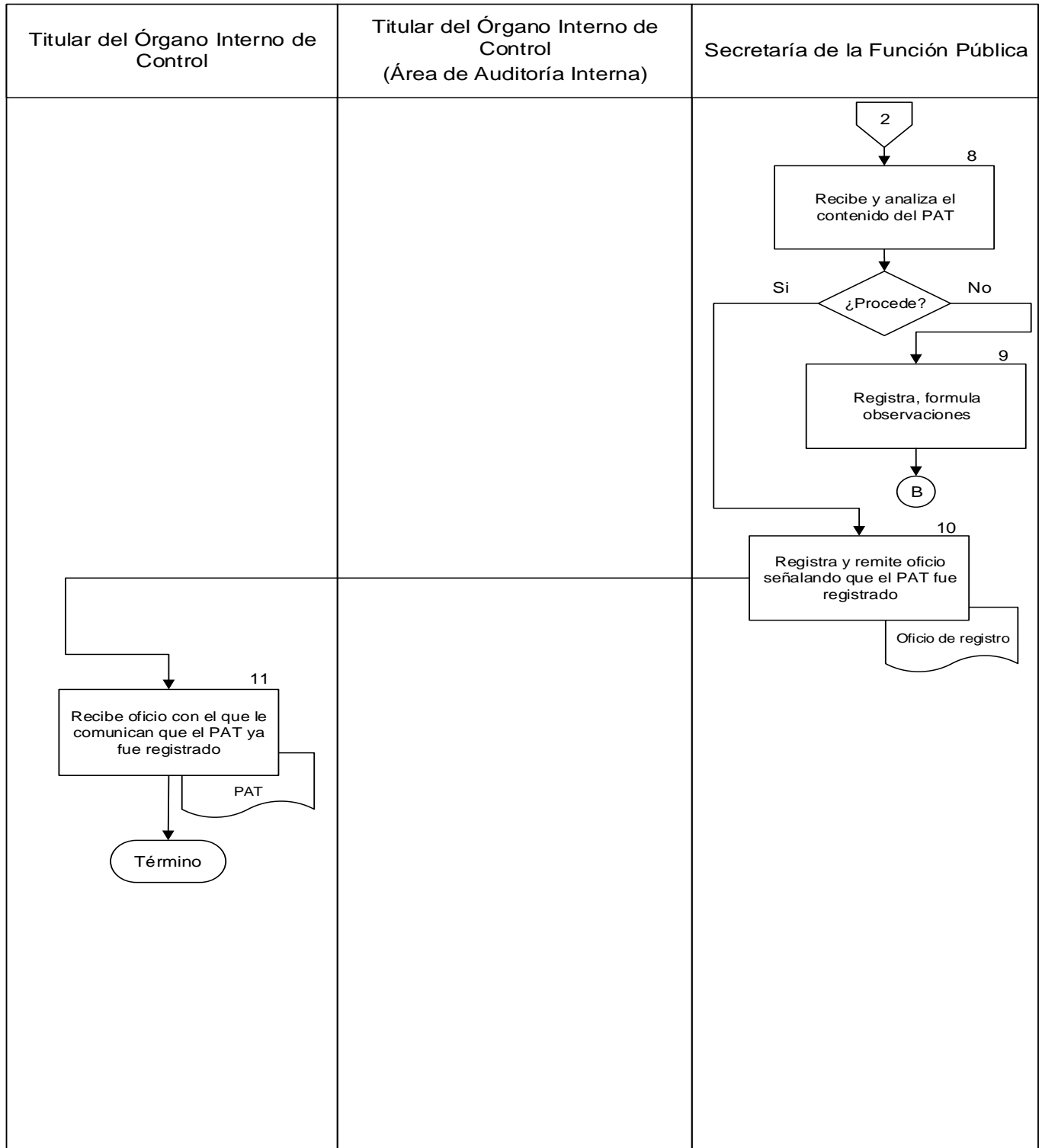
Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Titular del Órgano Interno de Control	1	Coordina grupo de trabajo con los titulares de las áreas.	
Titular del Órgano Interno de Control (Área de Auditoría Interna)	2 3 4	2 Realiza reunión con el titular del Órgano Interno de Control y determina estrategias a seguir, para la elaboración del Programa Anual de Auditoría y Control (PAT). 3 Analiza estrategias y formula metas programáticas anuales. 4 Integra el PAT y lo presenta al titular del Órgano Interno de Control.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAT</li> </ul>
Titular del Órgano Interno de Control	5 6 7	5 Recibe y analiza el contenido del PAT. <b>¿Procede?</b> 6 <b>No:</b> Realiza modificaciones y solicita al Titular del Área de Auditoría Interna que las realice. <b>Regresa a la actividad N° 2.</b> 7 <b>Si:</b> Envía el PAT a la Secretaría de la Función Pública para su registro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAT</li> </ul>
Secretaría de la Función Pública	8 9 10	8 Recibe y analiza el contenido del PAT. <b>¿Procede?</b> 9 <b>No:</b> Registra, formula observaciones. <b>Regresa a la actividad N° 2.</b> 10 <b>Si:</b> Registra y remite oficio dirigido al titular del Órgano Interno de Control señalando que el PAT fue registrado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficio de registro</li> </ul>
Titular del Órgano Interno de Control	11	Recibe oficio de la Secretaría de la Función Pública con el que le comunican que el PAT ya fue registrado.  <b>Termina Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PAT</li> </ul>




### 5.0 Diagrama de Flujo







	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Órgano Interno de Control</b>	
	<b>37.- Elaboración del Programa Anual de Trabajo (PAT)</b>	<b>Hoja: 6 de 6</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud	REV. 6 2013 09/2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 "Programa Anual de Auditoría y Control del OIC, en Materia de Auditoría y Control-Detallado. Anexo VIII "	2 años	Órgano Interno de Control	11C.8
7.2 "Programa Anual de Auditoría y Control del OIC, en Materia de Auditoría y Control Resumen. Anexo IX"	2 años	Órgano Interno de Control	11C.8
7.3 Oficio de registro	1 año	Órgano Interno de Control	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario



8.1 **PAT:** Programa Anual de Trabajo.

## 9.0 Cambios de esta versión



Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## Anexos

10.1 No Aplica.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-OIC-MP- 38</b>
	<b>Órgano Interno de Control</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>38.- Trámite de Quejas y Denuncias</b>		<b>Hoja: 1 de 9</b>

### **38.- Trámite de Quejas y Denuncias**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-OIC-MP- 38</b>
	<b>Órgano Interno de Control</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>38.- Trámite de Quejas y Denuncias</b>		<b>Hoja: 2 de 9</b>

## 1.0 Propósito


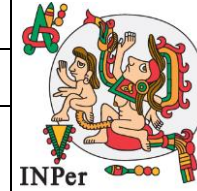
- 1.1 Establecer un conducto que permita, tanto a los particulares como a los servidores públicos, presentar denuncias ante un Órgano Fiscalizador respecto de la disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, rendición de cuentas, eficacia, y eficiencia: con que se rigen en el desempeño de sus funciones los servidores públicos del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”.

## 2.0 Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable al Órgano Interno de Control (Área de Quejas y Responsabilidades).
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable ante la Secretaría de la Función Pública (SFP).

## 3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad del Órgano Interno de Control, a través del Área de Quejas y Responsabilidades, verificar que se cumpla con la normatividad aplicable en materia de responsabilidad administrativa, aplicando las siguientes políticas de operación:
- Dirigir y substanciar los procedimientos de responsabilidades administrativas a partir de la recepción del informe de Presunta Responsabilidad Administrativa y sancionar las conductas que constituyan faltas Administrativas no Graves.
  - Ordenar el emplazamiento del presunto responsable de una Falta Administrativa para que comparezca a la celebración de la audiencia inicial, citando a las demás partes, en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
  - Emitir acuerdos y resoluciones correspondientes en los procedimientos de responsabilidad administrativa que hayan substanciado, incluido en envío de los autos originales de los expedientes de responsabilidad administrativa al Tribunal Federal de Justicia Administrativa para su resolución, cuando dichos procedimientos se refieran a Faltas Administrativas Graves y de Particulares por conductas sancionables en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
  - Formular requerimientos, llevar a cabo los actos necesarios para la atención de los asuntos en materia de responsabilidades, así como solicitar unidades administrativas de las Dependencias, las Entidades y la Procuraduría la información que se requiera para el cumplimiento de sus facultades.
  - Recibir y dar trámite a las impugnaciones presentadas por el Denunciante o la Autoridad Investigadora, a través del recurso de inconformidad, sobre la abstención de iniciar el procedimiento de responsabilidad administrativa o de imponer sanciones.
  - Imponer medios de apremio para hacer cumplir sus determinaciones establecidos en la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
  - Imponer las medidas cautelares a que se refiera la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
  - Llevar los registros de los asuntos de su competencia y expedir las copias certificadas de los documentos que se encuentren en sus archivos.
  - Dictar las resoluciones en los recursos de revocación interpuestos por los Servidores Públicos respecto de la imposición de sanciones administrativas, así como realizar la defensa jurídica de las resoluciones que emitan ante las diversas instancias jurisdiccionales, presentando al Titular de la Secretaría de la Función Pública.
  - Recibir, instruir y resolver las inconformidades interpuestas por los actos que contravengan las disposiciones jurídicas en materia de adquisiciones, arrendamientos servicios y obras públicas y servicios relacionados con las mismas, con excepción de aquellas que deba conocer la Dirección General de Controversias y Sanciones en Contrataciones Públicas, por acuerdo del Titular de la Secretaría de la Función Pública.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-OIC-MP- 38</b>
	<b>Órgano Interno de Control</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>38.- Trámite de Quejas y Denuncias</b>		<b>Hoja: 3 de 9</b>



- Iniciar, instruir y resolver el procedimiento de intervenciones de oficio, si así lo considera conveniente por presumir la inobservancia de las disposiciones en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios y obras públicas y servicios relacionados con las mismas.
- Tramitar, instruir y resolver los procedimientos administrativos de sanción a personas físicas o morales por infracciones a las disposiciones jurídicas en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios y obras públicas y servicios relacionados con las mismas y demás disposiciones en materia de Contrataciones Públicas, e imponer las sanciones correspondientes, así como informar a la Dirección General de Controversias y Sanciones en Contrataciones Públicas sobre el estado que guarda la tramitación de los expedientes de sanciones que sustancie, con excepción de los asuntos que aquella conozca.
- Registrar y mantener actualizado el Directorio de Proveedores y Contratistas Sancionados por parte de la Administración Pública Federal.
- Tramitar los procedimientos de conciliación en materia de adquisiciones arrendamientos, servicios y obras públicas y servicios relacionados con las mismas derivados de las solicitudes de conciliación que presenten los proveedores o contratistas por incumplimiento a los contratos o pedidos celebrados con el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, en los casos en que por acuerdo del Secretario así se determine. Para efectos de lo anterior, podrán emitir todo tipo de acuerdos, así como presidir y conducir las sesiones de conciliación y llevar a cabo las diligencias, requerimientos, citaciones, notificaciones y prevenciones a que haya lugar.
- Instruir los recursos de revisión que se hagan valer en contra de las resoluciones de inconformidades e intervenciones de oficio, así como en contra de las resoluciones por las que se impongan sanciones a los licitantes, proveedores y contratistas en los términos de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público y la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas y someterlos a la resolución del titular del Órgano Interno de Control.

3.2 Será responsabilidad del Órgano Interno de Control, a través del Área de Quejas y Responsabilidades, verificar que se cumpla con la normatividad aplicable en materia de responsabilidad administrativa, aplicando las siguientes políticas de operación:


- Recibir las denuncias que se formulen por posibles actos u omisiones que pudieran constituir Faltas Administrativas cometidas por Servidores Públicos o Particulares por conductas sancionables, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas incluidas las que deriven de los resultados de las auditorías practicadas por las autoridades competentes, o en su caso, de auditores externos.
- Recibir las denuncias que se formulen en contra de personas físicas o morales por infracciones a las disposiciones jurídicas en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios y obras públicas, servicios relacionados con las mismas y demás disposiciones en materia de Contrataciones Públicas.
- Practicar de oficio, por denuncia o derivado de auditorías practicadas por las autoridades competentes, las investigaciones por posibles actos u omisiones que pudieran constituir Faltas Administrativas por parte de los Servidores Públicos o de los Particulares por conductas sancionables, en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, con excepción de aquéllas que deba llevar a cabo la Dirección General de Investigadores, por acuerdo del Secretario, así como informar a dicha administrativa sobre el estado que guarde la tramitación de los procedimientos de investigación que conozca.
- Practicar de oficio, o por denuncia las investigaciones en contra de personas físicas o morales por infracciones a las disposiciones jurídicas en materia de adquisiciones, arrendamientos, servicios y obras públicas y servicios relacionados con las mismas y demás disposiciones en materia de Contrataciones Públicas, con excepción de aquéllas que deba conocer la Dirección General de Controversias y Sanciones de Contrataciones Públicas, así como informar a dicha unidad administrativa sobre el estado que guarde la tramitación de los procedimientos de investigación que conozca.

 <p><b>SALUD</b> SECRETARÍA DE SALUD</p>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p><b>INPer</b></p>	<b>INPer-OIC-MP- 38</b>
	<b>Órgano Interno de Control</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>38.- Trámite de Quejas y Denuncias</b>		<b>Hoja: 4 de 9</b>

- Citar, cuando lo estime necesario, a cualquier Servidor Público que pueda tener conocimiento de hechos relacionados con presuntas responsabilidades administrativas a fin de constatar la veracidad de los mismos, así como solicitarles que aporten, en su caso, elementos, datos o indicios que permitan advertir la presunta responsabilidad administrativa del Servidor Público o del particular por conductas sancionables en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Practicar las actuaciones y diligencias que se estimen procedentes, a fin de integrar debidamente los expedientes relacionados con las investigaciones que realice con motivo de actos u omisiones que pudieran constituir Faltas Administrativas, de conformidad con la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Solicitar la información necesaria para el esclarecimiento de los hechos materia de la investigación en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, incluyendo aquella que las disposiciones jurídicas en la materia consideren con carácter de reservada o confidencial, siempre que esté relacionada con la comisión de Faltas Administrativas a que se refiere la Ley General de Responsabilidades Administrativas, con la obligación de mantener la misma con reserva o secrecía, conforme a dichas disposiciones.
- Ordenar la práctica de visitas de verificación, las cuales se sujetaran a lo previsto en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.
- Formular requerimientos de información a particulares, que sean sujetos de investigación por haber cometido presuntas Faltas Administrativas, en términos de la Ley General de Responsabilidades Administrativas.
- Dictar los acuerdos que correspondan en los procedimientos de investigación que realice, incluido el de conclusión y archive del expediente cuando así proceda, como el informe de Presunta Responsabilidad Administrativa para turnarlo a la Autoridad Substanciadora en el que se incluirá la calificación de la Falta Administrativa.
- Conocer previamente a la presentación de una inconformidad, las irregularidades que a juicio de los interesados se hayan cometido en los procedimientos de adjudicación de adquisiciones, arrendamientos y servicios, así como respecto de obras públicas y servicios relacionados con las mismas que lleve a cabo el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, a efecto de que dichas irregularidades se corrijan cuando así proceda.
- Auxiliar al titular del Órgano Interno de Control en la formulación de requerimientos, información y demás actos necesarios para la atención de los asuntos en la materia, así como solicitar a las unidades administrativas de la Dependencia, y a cualquier persona física moral, la información que se requiera para el esclarecimiento de los hechos.
- Llevar los registros de los asuntos de su competencia y expedir las copias certificadas de los documentos que se encuentren en sus archivos.
- Promover los recursos que como Autoridad investigadora le otorga la Ley General de Responsabilidades Administrativas y demás disposiciones jurídicas aplicables.
- Imponer las medidas de apremio que establece la Ley General de Responsabilidades Administrativas para las Autoridades investigadoras para hacer cumplir sus determinaciones, y solicitar las medidas cautelares que se estimen necesarias para la mejor conducción de sus investigaciones.
- Formular denuncias ante el Ministerio Público, cuando de sus investigaciones advierta la presunta comisión de delitos y coadyuvar en el procedimiento penal respectivo cuando exista enriquecimiento inexplicable de Servidores Públicos.
- Llevar el seguimiento de la evolución y verificación de la situación patrimonial de los Declarantes y verificar que las declaraciones sean integradas al sistema de evolución patrimonial, de declaración de intereses y constancia de presentación de declaración fiscal.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>INPer-OIC-MP- 38</b>
	<b>Órgano Interno de Control</b>		<b>Rev. 6</b>
	<b>38.- Trámite de Quejas y Denuncias</b>		<b>Hoja: 5 de 9</b>

- Realizar una verificación aleatoria de las declaraciones de situación patrimonial, de intereses y la constancia de presentación de declaración fiscal de los Servidores Públicos así como de su evolución patrimonial, emitiendo en su caso la certificación correspondiente por no detectarse anomalía o iniciar la investigación respectiva, en caso de detectarlas.
- Solicitar a los Declarantes la información que se requiera para verificar la evolución de su situación patrimonial, incluyendo la de sus cónyuges, concubinas o concubinarios y dependientes económicos directos.

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Órgano Interno de Control</b>	
	<b>38- Trámite de Quejas y Denuncias</b>	<b>Hoja: 6 de 9</b>

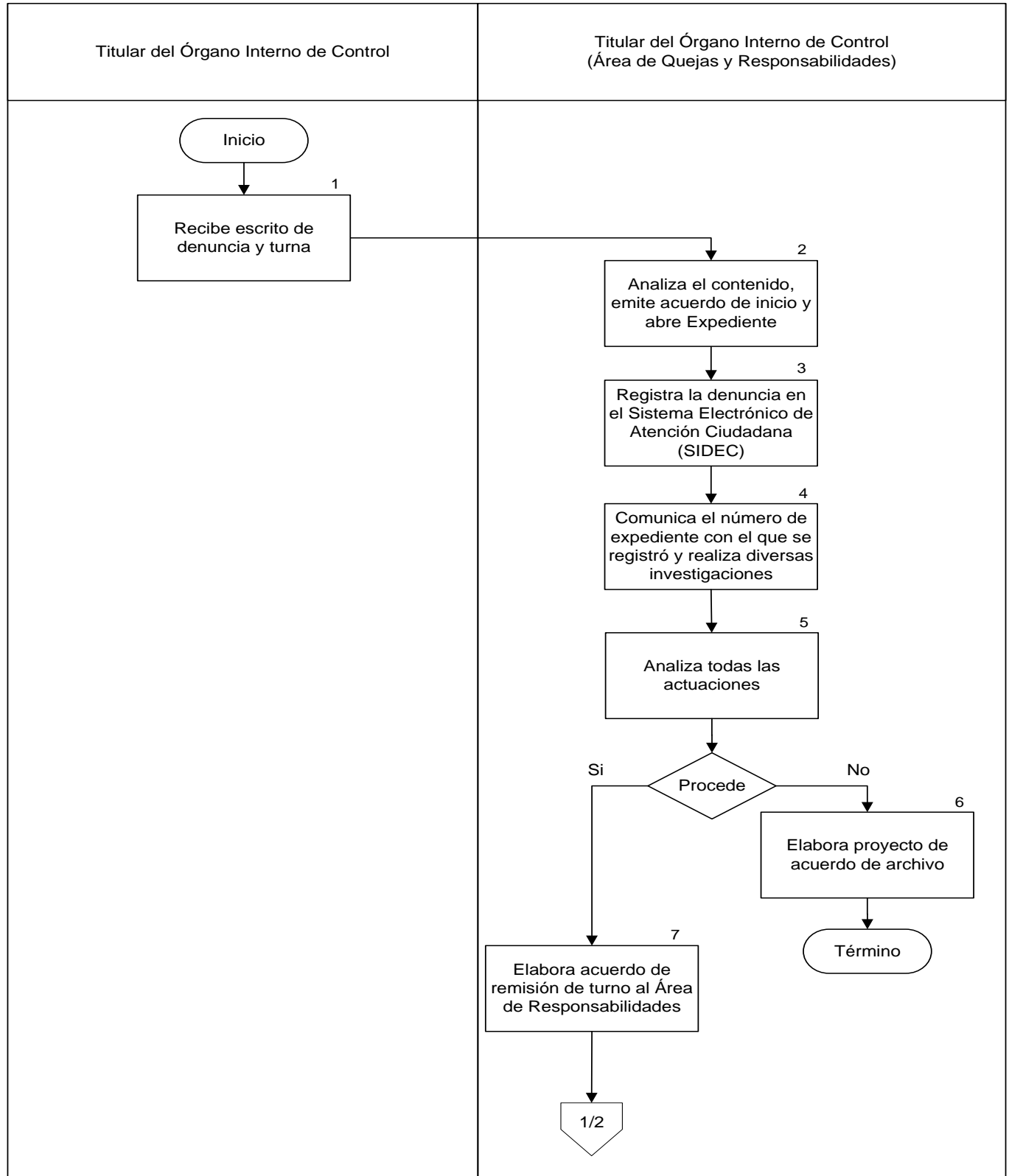
#### 4.0 Descripción del procedimiento

Responsable	N° Act.	Descripción de actividades	Documento anexo
Titular del Órgano Interno de Control	1	Recibe escrito de denuncia y turna al Área de Quejas y Responsabilidades y el informe de presunta responsabilidad y lo turna al área de Responsabilidades.	
Titular del Órgano Interno de Control (Área de Quejas y Responsabilidades)	2	Analiza el contenido de la denuncia. Se emite acuerdo de inicio y se apertura el Expediente.	
	3	Registra la queja o denuncia en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SIDECA) de la SFP.	
	4	Comunica al/la quejoso (a) o denunciante el número de expediente con el que se registró su escrito y realiza diversas diligencias de investigación.	
	5	Analiza todas las actuaciones.	
	6	<b>¿Procede?</b> <b>No:</b> Elabora proyecto de acuerdo de archivo por: falta de elementos procedencia o incompetencia y notifica al/la quejoso(a) o denunciante del acuerdo emitido. <b>Termina Procedimiento.</b>	
	7	<b>Si:</b> Elabora acuerdo de remisión de responsabilidades. Turna al Área de Quejas y Responsabilidades.	
	8	Notifica al quejoso o denunciante que su asunto se turnó a Responsabilidades.	
	9	Realiza el registro en Sistema Electrónico de Atención Ciudadana (SIDECA).	
		<b>Termina Procedimiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acuerdo de Remisión a Responsabilidades</li> </ul>





### 5.0 Diagrama de Flujo






Titular del Órgano Interno de Control

Titular del Órgano Interno de Control  
(Área de Quejas y Responsabilidades)



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	
	<b>Órgano Interno de Control</b>	
	<b>38- Trámite de Quejas y Denuncias</b>	<b>Hoja: 9 de 9</b>

## 6.0 Documentos de referencia

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.	REV. 6 2013 09/2013

## 7.0 Registros

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Acuerdo de Remisión de Responsabilidades	3 años	Órgano Interno de Control (Área de Quejas y Responsabilidades)	Documento de comprobación inmediata

## 8.0 Glosario

8.1 **Acuerdo:** Es la determinación emitida por el Órgano Interno de Control.

8.2 **Denuncia:** Manifestación de hechos presuntamente irregulares, en los que se encuentran involucrados servidores públicos, en ejercicio de sus funciones, que afectan la esfera jurídica de una persona que se hace del conocimiento de la autoridad por un tercero.

## 9.0 Cambios de esta versión

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
6	30-11-2017	Actualización por vigencia

## 10.0 Anexos

10.1 No Aplica.