

SECRETARIA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL INSTITUTO  
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

VOLUMEN I

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION  
SEPTIEMBRE 20 DE 2000



## VOLUMEN I

## ÍNDICE

	HOJA
PRESENTACIÓN	1
I.- OBJETIVO DEL MANUAL	5
II.- MARCO JURÍDICO	6
III.- PROCEDIMIENTOS:	19
1.- PARTICIPACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	20
2.- SUPERVISIÓN EN PISOS DE HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADAS	29
3.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS	41
4.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES CONCERTADOS	51
5.- COORDINAR LOS SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	61
6.- OTORGAR SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	82
7.- OTORGAR CONSULTAS DE URGENCIAS	100
8.- CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO	112
9.- ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O DE PARTO A PACIENTES	131
10.- CONTROL DE MEDICAMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA	146
11.- CONSULTA DE 1ª. VEZ Y SUBSECUENTE EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	158





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

FECHA AUT  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
AÑO 2001

ÍNDICE

	HOJA
12.- OTORGAR CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA A MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	187
13.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES	195
14.- ATENCIÓN DE PACIENTES INFÉRTILES	213
15.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR	226
16.- LLEVAR A CABO EDUCACIÓN CLIMATÉRICA A LA COMUNIDAD EN GENERAL	250
17.- ATENCIÓN INTEGRAL A NEONATOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO	256
18.- ALOJAMIENTO CONJUNTO	271
19.- OTORGAR SERVICIO DE LABORATORIO CENTRAL	290
20.- ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO A PACIENTES	314



## PRESENTACIÓN

LA POBLACIÓN MEXICANA ESTA CONFORMADA EN SU MAYOR PARTE POR PERSONAS JÓVENES CUYAS EXPECTATIVAS DE SALUD PÚBLICA A FUTURO HAN SIDO CONSIDERADAS EN EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO, EN EL QUE SE SEÑALA QUE LA PLENITUD DE LAS CAPACIDADES PARA EL TRABAJO, LA EDUCACIÓN Y LA CULTURA SOLO ES POSIBLE CUANDO EXISTEN CONDICIONES DE SALUD ADECUADAS. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA SE PONE DE MANIFIESTO AL ABORDARSE EL CAPÍTULO DE DESARROLLO SOCIAL, EN DONDE SE PLANTEA COMO UNO DE LOS PROPÓSITOS, EL FORTALECIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA; PARA ASÍ, CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA CONDICIÓN DE LA MUJER.

COMO PARTE DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, QUE PROPORCIONAN APOYO CIENTÍFICO PARA EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y ATENCIÓN MÉDICA DE EXCELENCIA, CORRESPONDE AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA OFRECER ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN A LA PROBLEMÁTICA PERINATAL DEL PAÍS, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE ACCIONES EN ESTA ÁREA DE LA MEDICINA.

EL TÉRMINO PERINATOLOGÍA SE REFIERE AL CONJUNTO DE CONOCIMIENTOS MÉDICOS, CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS SOBRE LA REPRODUCCIÓN HUMANA Y SUS EFECTOS SOBRE LA MADRE Y EL HOMOGÉNITO, COMPRENDIENDO EL PERÍODO DE LA VIDA HUMANA ENTRE LA VIGÉSIMA SEMANA DE GESTACIÓN Y EL VIGÉSIMO OCTAVO DÍA DE LA VIDA EXTRAUTERINA.

EN ESTE SENTIDO SE COMPRENDE EL ACTUAL EMBLEMA DE NUESTRA INSTITUCIÓN QUE ES UNA ALUSIÓN DEL NACIMIENTO DEL HIJO DE LA PRINCESA "3 PEDERNAL", QUE SE ENCUENTRA EN POSICIÓN DE DAR A LUZ, AÚN UNIDA AL RECIÉN NACIDO POR EL CORDÓN UMBILICAL. ESTA BELLA EVOCACIÓN FUE TOMADA DEL "CÓDICE NUTALL" PERTENECIENTE A LA CULTURA MIXTECA.



SECRETARÍA DE SALUD	
DIRECCIÓN	AÑO
PROGRAMACIÓN	
OCT. 2	2000

SU ANTECEDENTE COMO INSTITUCIÓN DE SALUD, SE ENCUENTRA EN EL AÑO DE 1921, EN EL PERÍODO PRESIDENCIAL DEL GENERAL ALVARO 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.

EN 1937 EL PRESIDENTE LÁZARO CÁRDENAS ESTABLECIÓ LA SECRETARÍA DE ASISTENCIA PÚBLICA, MISMA QUE ABSORBIÓ A TODOS LOS ORGANISMOS QUE TENÍAN FUNCIONES EN LA MATERIA.

DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DEL PRESIDENTE LUIS ECHEVERRÍA, EN EL AÑO DE 1976, SE EXPROPIÓ EL PREDIO DONDE ACTUALMENTE SE ASIENTA EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, CONOCIDO ENTONCES CON EL NOMBRE DE MATERNIDAD DR. ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES, QUE HASTA ESA FECHA DEPENDIÓ DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA, PARA LUEGO FORMAR PARTE DEL INSTITUTO MEXICANO DE ASISTENCIA A LA NIÑEZ (IMAN).

POR DECRETO PRESIDENCIAL EL 10 DE ENERO DE 1977 Y CONSIDERANDO QUE EL INPI Y EL IMAN TENÍAN OBJETIVOS Y PROGRAMAS COMUNES QUE DEBÍAN REALIZARSE A TRAVÉS DE UN SÓLO ORGANISMO QUE SE DENOMINÓ SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF), EL YA ENTONCES INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PASÓ A FORMAR PARTE DE DICHO SISTEMA.

EN EL PERÍODO DEL PRESIDENTE MIGUEL DE LA MADRID HURTADO SE EXPIDIÓ UN DECRETO CON FECHA 20 DE DICIEMBRE DE 1982, DONDE SE MODIFICÓ LA ESTRUCTURA ORGÁNICO FUNCIONAL DEL DIF, INCORPORÁNDOLE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL Y REHABILITACIÓN, ASIMISMO SE DISPUSO QUE SE DESLIGARAN DEL SISTEMA LOS INSTITUTOS NACIONALES DE PEDIATRÍA Y PERINATOLOGÍA.

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, CON PERSONALIDAD JURÍDICA Y PATRIMONIO PROPIOS, DELIMITANDO COMO OBJETIVOS PRINCIPALES LA COBERTURA DE ATENCIÓN DE EMBARAZOS DE RIESGO ELEVADO, LA INVESTIGACIÓN Y LA DOCENCIA EN MATERIA PERINATAL.

ASIMISMO SE CREARON CUERPOS COLEGIADOS PARA SU ORGANIZACIÓN, APOYO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO Y VIGILANCIA, TALES COMO LA JUNTA DIRECTIVA, EL CONSEJO TÉCNICO CONSULTIVO Y EL COMISARIO.



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.

EN 1992 SE PROMOVió ANTE LAS DIFERENTES ÁREAS RECTORAS LA ACEPTACIÓN DE UNA NUEVA ESTRUCTURA ORGÁNICA, QUE ORIENTARA LOS RECURSOS DE ASISTENCIA, INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ADMINISTRATIVOS HACIA EL CUMPLIMIENTO MÁXIMO DE LOS OBJETIVOS DEL INPER. DICHA ESTRUCTURA FUE AUTORIZADA A PARTIR DEL 1 DE ABRIL DE 1993.

POSTERIORMENTE, CON EL PROPÓSITO DE FORTALECER AL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL PARA AFRONTAR CON MAYOR EFICIENCIA Y EFICACIA LA PROBLEMÁTICA DERIVADA DEL CRECIMIENTO DEL INSTITUTO, SE AUTORIZÓ SU ELEVACIÓN A NIVEL DE DIRECCIÓN DE ÁREA, A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 1994.

EN LA MISMA FECHA SE READSCRIBIÓ EL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA PERINATAL A LA DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA, ÁREA QUE CORRESPONDÍA ADECUADAMENTE A SU OBJETIVO Y FUNCIONES.

UN AÑO DESPUÉS, SE PLANTEA UNA NUEVA PROPUESTA DE MODIFICACIÓN ESTRUCTURAL CON EL PROPÓSITO DE AMPLIAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ASIGNADOS AL INPER, YA NO SÓLO AL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS EN MEDICINA PERINATAL, SINO INCREMENTANDO SUS ALCANCES EN EL ÁMBITO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA. SU VIGENCIA SE AUTORIZA A PARTIR DEL 1º DE JULIO DE 1996.

DE LOS 77 ÓRGANOS QUE INTEGRAN EL INPER, 37 FUERON MODIFICADOS EN CUANTO A SU DENOMINACIÓN Y/O ADSCRIPCIÓN. APARECEN POR PRIMERA VEZ EN NUESTRA ESTRUCTURA LA SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN Y LOS DEPARTAMENTOS DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA, ESTERILIDAD E INFERTILIDAD, CLIMATERIO, REPRODUCCIÓN ASISTIDA Y EPIDEMIOLOGÍA REPRODUCTIVA. ASIMISMO SE MODIFICÓ LA DEPENDENCIA JERÁRQUICA DE LOS DEPARTAMENTOS DE EVALUACIÓN MÉDICA, MEDICINA FETAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ENDOCRINOLOGÍA, NEUROLOGÍA E INGENIERÍA BIOMÉDICA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

4

FECHA AUT

DIA MES AÑO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

TAMBIÉN SE INCLUYÓ EL CAMBIO DE LAS 5 SUBDIRECCIONES GENERALES A DIRECCIONES DE AREA Y DE LAS 16 DIVISIONES A SUBDIRECCIONES DE AREA, CON LO CUAL LA ESTRUCTURA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA SE HOMOLOGA CON LA DE NIVEL CENTRAL, PROPORCIONANDO UNA EXPRESIÓN MÁS CLARA DE LOS NIVELES JERÁRQUICOS Y LÍNEAS DE COMUNICACIÓN.

PARA EL DESEMPEÑO DE SUS FUNCIONES EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA CUENTA CON UNA DIRECCIÓN GENERAL, 5 DIRECCIONES DE APOYO (MÉDICA, INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA, ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Y CONTRALORÍA INTERNA), 16 SUBDIRECCIONES Y 55 DEPARTAMENTOS.

EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ES UN ORGANISMO DE 3er. NIVEL, EL CUAL DEPENDE DIRECTAMENTE DE LA SECRETARÍA DE SALUD (SSA). ESTÁ SUSTENTADO POR LA COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD (INSALUD) Y A LA VEZ, SIGUE LOS LINEAMIENTOS DICTAMINADOS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO (DGPOP) DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y DE LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO (SECODAM) DE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO (SHCP).

PARA LA DIFUSIÓN, IMPLANTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PRESENTE INSTRUMENTO EL RESPONSABLE DE ESTA ACTIVIDAD SERÁ EL DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

5

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

FECHA AUT  
DIA MES AÑO  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

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, BAJO LOS CRITERIOS DEL PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN ADMINISTRATIVA



## II. MARCO JURÍDICO

### - CONSTITUCION POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

D.O.F. 5-II-1917, REFORMAS: D.O.F. 18-I-1934, 5-XII-1960, 8-X-1974, 28-XII-1982, 3-II-1983, 7-IV-1986, 10-VII-1987, 6-VI-1990, 27-VI-1990, 28-I-1992, 5-III-1993, 20-VIII-1993, 3-IX-1993, 25-X-1993, 19-IV-1994, 31-XII-1994, 22-VIII-1996, 20-III-1997, 26-III-1999, 08-III-1999, 28-VI-1999

### LEYES

### - LEY DE INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA PARA EL DISTRITO FEDERAL

D.O.F. 02-I-1943. REFORMAS: D.O.F. 17-VII-1943, D.O.F. 28-II-1944, D.O.F. 8-III-1948. FE DE ERRATAS: D.O.F. 22-IV-1948, D.O.F. 23-XII-1974, D.O.F. 15-V-1978, D.O.F. 1-XII-1986. FE DE ERRATAS: D.O.F. 26-I-1987, D.O.F. 7-I-1991.

### - LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO, REGLAMENTARIA DEL APARTADO B) DEL ARTÍCULO 123 CONSTITUCIONAL

D.O.F. 28-XII-1963. REFORMAS: D.O.F. 20-I-1967, D.O.F. 28-XII-1972, D.O.F. 23-XII-1974, D.O.F. 24-XII-1974, D.O.F. 31-XII-1974, D.O.F. 31-XII-1975, D.O.F. 23-X-1978, D.O.F. 29-XII-1978, D.O.F. 31-XII-1979, D.O.F. 15-I-1980, D.O.F. 21-II-1983, D.O.F. 12-I-1984, D.O.F. 31-XII-1984, D.O.F. 22-XII-1987.

### - LEY FEDERAL DE DERECHOS

D.O.F. 31-XII-1981. REFORMAS: D.O.F. 31-XII-1982, D.O.F. 30-XI-1983, D.O.F. 31-XII-1984, D.O.F. 31-XII-1985, D.O.F. 31-XII-1986, D.O.F. 31-XII-1987, D.O.F. 31-XII-1988, D.O.F. 28-XII-1989, D.O.F. 26-XII-1990, D.O.F. 20-XII-1991, D.O.F. 18-XII-1992, D.O.F. 26-VII-1993, D.O.F. 03-XII-1993, D.O.F. 29-XII-1993, D.O.F. 02-VIII-1994, 24-XII-1994, 15-XII-1995, 10-V-1996, 30-XII-1996, 29-XII-1997.



SECRETARÍA DE SALUD	
SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD	SECRETARÍA DE SALUD
OCT. 2 2000	

- LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

D.O.F. 27-XII-1983. FE DE ERRATAS: D.O.F. 29-III-1985, REFORMAS: D.O.F. 07-XII-1985, D.O.F. 24-XII-1986. FE DE ERRATAS: D.O.F. 19-II-1987. REFORMAS: D.O.F. 4-V-1992. FE DE ERRATAS: D.O.F. 20-V-1992. REFORMAS: D.O.F. 25-V-1992, D.O.F. 23-VII-1992, D.O.F. 04-I-1993. FE DE ERRATAS: D.O.F. 6-I-1993. REFORMA: D.O.F. 22-VII-1994.

- LEY GENERAL DE SALUD

D.O.F. 07-II-1984. FE DE ERRATAS D.O.F. 6-IX-1984, D.O.F. 23-VII-1986, REFORMAS: D.O.F. 27-V-1987, D.O.F. 23-XII-1987, ADICIÓN: D.O.F. 21-X-1988, FE DE ERRATAS: D.O.F. 18-II-1988, REFORMA: D.O.F. 14-VI-1991, FE DE ERRATAS: 12-VII-1991, ADICIONES: D.O. 24-X-1994, D.O.F. 26-VII-1995, 9-VII-1996, REFORMA: D.O.F. 07-V-1997.

- LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL

D.O.F. 15-I-1987.

- LEY GENERAL DEL EQUILIBRIO ECOLÓGICO Y LA PROTECCIÓN AL AMBIENTE

D.O.F. 28-I-1988. REFORMA: D.O.F. 13-XII-1996

- LEY GENERAL DE EDUCACIÓN

D.O.F. 13-VII-1993. FE DE ERRATAS 29-VII-1993

- LEY AMBIENTAL DEL DISTRITO FEDERAL.

D.O.F. 09-VII-1996.

- LEY GENERAL DE POBLACIÓN

D.O.F. 7-I-1974, REFORMAS: D.O.F. 31-XII-1974, D.O.F. 3-I-1975, D.O.F. 31-XII-1979, D.O.F. 31-XII-1981, D.O.F. 17-VII-1990, D.O.F. 26-XII-1990, 22-VII-1992, D.O.F. 8-XI-1996.

- LEY FEDERAL SOBRE METROLOGÍA Y NORMALIZACIÓN

D.O.F. 1º -VII-1992. REFERENCIA: D.O.F. 24-XII-1996, 20-V-1997, 14-I-1999





SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT 2 2000

- LEY PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA Y DECRETO POR EL QUE SE REFORMA, ADICIONA Y DEROGA DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY QUE CREA EL CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

D.O.F. 21-V-1999

- LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

D.O.F. 18-I-1999

- LEY FEDERAL DE LAS ENTIDADES PARAESTATALES Y SU REGLAMENTO.

D.O.F. 13-VIII-1999

- LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.

D.O.F. 04-I-2000

- LEY DE OBRAS PUBLICAS Y SERVICIOS RELACIONADOS CON LAS MISMAS.

D.O.F. 04-I-2000

#### REGLAMENTOS

- REGLAMENTO INTERIOR DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

D.O.F. 11-XI-1974. REFORMA: D.O.F. 17-I-1983

- REGLAMENTO DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DEL CUADRO BÁSICO DE INSUMOS DEL SECTOR SALUD

D.O.F. 27-VII-1983. REFORMAS: D.O.F. 27-III-1987, D.O.F. 16-V-1990, D.O.F. 28-05-97.

- REGLAMENTO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES PARA LA REALIZACIÓN DEL INTERNADO DE PREGRADO DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA

D.O.F. 09-XII-1983.



- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE SANIDAD INTERNACIONAL  
D.O.F. 18-II-1985.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS  
D.O.F. 20-II-1985. REFORMA: D.O.F. 26-XI-1987.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA  
D.O.F. 14-V-1986.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA PUBLICIDAD  
D.O.F. 26-IX-1986. REFORMA: D.O.F. 10-VI-1993.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD  
D.O.F. 06-I-1987.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE ACTIVIDADES, ESTABLECIMIENTOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS  
D.O.F. 18-I-1988
- REGLAMENTO INTERIOR DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD.  
D.O.F. 10-VIII-1988.
- REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN  
D.O 31-VIII-1992.
- REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD.  
D.O.F. 31-XII-1992, D.O.F. 6-VIII-1997
- REGLAMENTO INTERNO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO.  
D.O.F. 12-IX-1996. ACLARACIÓN: D.O.F. 7-X-1996



SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN	MESES	AÑO
PROGRAMACIÓN		

OCT. 7 2000

- REGLAMENTO DE LA LEY DE PROTECCIÓN CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL.  
D.O.F. 21-X-1996.
- REGLAMENTO FEDERAL DE SEGURIDAD, HIGIENE Y MEDIO AMBIENTE DEL TRABAJO  
D.O.F. 21-I-1997.
- REGLAMENTO DE LA COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DEL CUADRO BÁSICO DE INSUMOS DEL SECTOR SALUD.  
D.O.F. 28-V-1997.
- CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE MATERIAL DE CURACIÓN Y PRÓTESIS 1997  
D.O.F. 29-XII-1997, SEGUNDA ACT., D.O.F. 20-I-1999, TERCERA ACT., D.O.F. 27-IV-1999
- REGLAMENTO DE INSUMOS PARA LA SALUD  
D.O.F. 4-II-1998
- PRIMERA ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DEL SECTOR SALUD  
D.O.F. 16-III-1998, TERCERA ACT. D.O.F. 06-V-1999
- CUARTA ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO MÉDICO  
D.O.F. 22-I-1999, QUINTA ACTUALIZACIÓN 24-II-1999
- REGLAMENTO DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DE QUEJAS DE LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO  
D.O.F. 29-IV-1999
- QUINTA ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO BÁSICO Y CATÁLOGO DE MEDICAMENTOS DEL SECTOR SALUD.  
D.O.F. 02-VI-1999
- REGLAMENTO DE CONTROL SANITARIO DE PRODUCTOS Y SERVICIOS.  
D.O.F. 09-VIII-1999



- REGLAMENTO DE LA LEY FEDERAL PARA EL CONTROL DE RECURSOS QUÍMICOS, PRODUCTOS QUÍMICOS ESENCIALES Y MAQUINAS PARA ELABORAR CAPSULAS, TABLETAS Y/O COMPRIMIDOS.

D.O.F. 15-X-1999

- REGLAMENTO DEL REGISTRO PÚBLICO DE LA PROPIEDAD FEDERAL.

D.O.F. 04-X-1999

- REGLAMENTO DE LA COMISIÓN DE AVALUOS DE BIENES NACIONALES.

D.O.F. 06-XII-1999

- CUARTA ACTUALIZACIÓN DEL CUADRO BÁSICO Y CATALOGO DE BIOLÓGICOS Y REACTIVOS DEL SECTOR SALUD.

D.O.F. 22-XII-1999

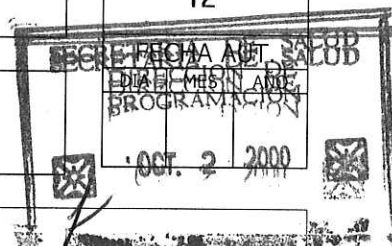
#### CONVENIOS

- CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, REGISTRADAS EN EL TRIBUNAL FEDERAL DE CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE EN EL QUINTO CUADERNO DEL EXPEDIENTE R.S. 13/86 DEL 08-VI-1993 Y AUTORIZADAS POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO MEDIANTE OFICIO NO. 101.-1346 DE FECHA 28-X-1997.

#### DECRETOS

- DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECE UN SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA DESCENTRALIZADA, LAS ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PARAESTATAL, COMPRENDIDAS DENTRO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN Y DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL, ASÍ COMO DE LOS DEMÁS ORGANISMOS DESCENTRALIZADOS, EMPRESAS DE PARTICIPACIÓN ESTATAL MAYORITARIA, FIDEICOMISOS Y EMPRESAS QUE SE ADHIERAN PARA EXTINGUIR ADEUDOS RECÍPROCOS Y CORRELACIONADOS QUE EXISTAN EN CANTIDAD LÍQUIDA Y EXIGIBLE

D.O.F. 16-II-1981.



- DECRETO POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA LA LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, ( DONDE CAMBIA DE SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA A SECRETARÍA DE SALUD).  
D.O.F. 21-I-1985.
- DECRETO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA  
D.O.F. 2-VIII-1988.
- DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.  
D.O.F. 24-VIII-1988.
- DECRETO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL, COMO ÓRGANO CONSULTIVO DE COORDINACIÓN DE ACCIONES Y DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA PLANEACIÓN DE LA PROTECCIÓN CIVIL  
D.O.F. 11-V-1990.
- DECRETO POR EL QUE SE CREA LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO.  
D.O.F. 03-VI-1996.
- DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECEN LOS CRITERIOS PARA EL OTORGAMIENTO DE CONDECORACIÓN Y PREMIOS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA  
D.O.F. 12-III-1997.
- DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 13 DE LA LEY FEDERAL DE METROLOGÍA Y NORMALIZACIÓN.  
D.O.F. 19-V-1999
- DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN LOS ARTÍCULOS 94, 97, 100 Y 107 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.  
D.O.F. 11-VI-1999
- DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 58 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.  
D.O.F. 21-VII-1999



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

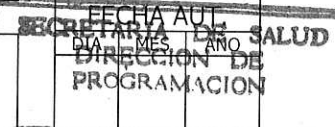
OCT. 2 2000

- DECRETO QUE REFORMA EL REGLAMENTO INTERIOR DE LA SECRETARÍA DE SALUD.  
D.O.F. 04-VIII-1999
- DECRETO POR EL QUE SE REFORMA Y ADICIONA EL ARTÍCULO 102 APARTADO "B" DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.  
D.O.F. 13-IX-1999
- DECRETO POR EL QUE SE CREA LA COMISIÓN NACIONAL PARA EL AHORRO DE ENERGÍA, COMO ORGANO DESCONCENTRADO DE LA SECRETARÍA DE ENERGÍA.  
D.O.F. 20-IX-1999
- DECRETO POR EL QUE SE INFORMA LA LEY FEDERAL DE INSTITUCIONES DE FIANZAS.  
D.O.F. 10-XI-1999
- DECRETO POR EL QUE SE DECLARA REFORMADO EL ARTÍCULO 115 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA.  
D.O.F. 23-XII-1999
- DECRETO POR EL QUE SE REFORMAN Y ADICIONAN DISPOSICIONES DEL CODIGO PENAL FEDERAL Y DEL CODIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES.  
D.O.F. 04-I-2000

ACUERDOS DEL EJECUTIVO

- 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.  
D.O.F. 26-IX-1994.





- ACUERDO NACIONAL PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

D.O.F. 25-IX-1996.

- ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE QUE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL QUE PRESTEN SERVICIOS DE SALUD APLICARÁN, PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA EL CUADRO BÁSICO Y EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL, EL CATÁLOGO DE INSUMOS

D.O.F. 06-XI-1996. REFORMA: D.O. 16-V-1997

- ACUERDO POR EL QUE SE ADICIONA LA RELACIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS SUSCEPTIBLES DE INCORPORARSE AL CATÁLOGO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS INTERCAMBIABLES

D.O.F. 16-II-1999; 02-VI-1999

- ACUERDO QUE ESTABLECE EL PROGRAMA DE AUSTRERIDAD PRESUPUESTARIA EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL PARA EL EJERCICIO FISCAL 1999

D.O.F. 22-II-1999

- ACUERDO POR EL QUE SE EXPIDE EL MANUAL DE NORMAS PRESUPUESTARIAS PARA LA ADMÓN. PÚBLICA FEDERAL

D.O.F. 20-IV-1999

#### ACUERDOS DEL SECRETARIO

- ACUERDO NO. 55 POR EL QUE SE INTEGRAN PATRONATOS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y SE PROMUEVA SU CREACIÓN EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

D.O.F. 17-III-1986

- ACUERDO NO. 71 POR EL QUE SE CREA EL SISTEMA DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD.

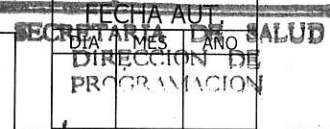
D.O.F. 20-IV-1987.



SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUT.	DÍA	MES
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
OCT. 2 2000		

- ACUERDO NO. 114 POR EL QUE SE ORDENA LA DISTRIBUCIÓN DE HABITACIONES PARA LOS INVESTIGADORES DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.  
D.O.F. 08-X-1993.
- ACUERDO NO. 121 POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA.  
D.O.F. 8-V-1995.
- ACUERDO NO. 127 POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA.  
D.O.F. 2-VIII-1995.
- ACUERDO NO. 130 POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.  
D.O.F. 6-IX-1995
- ACUERDO NO. 140 POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD  
D.O.F. 4-XII-1996
- ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMARIO  
D.O.F. 6-X-1997
- ACUERDO POR EL QUE SE REESTRUCTURA EL CENTRO NACIONAL DE DISPLASIAS  
D.O.F. 6-X-1997
- ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL CONSEJO NACIONAL DE TRASPLANTES, COMO UNA COMISIÓN INTERSECRETARIAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL, QUE TENDRÁ POR OBJETO PROMOVER, APOYAR Y COORDINAR LAS ACCIONES EN MATERIA DE TRASPLANTES QUE REALIZAN LAS INSTITUCIONES DE SALUD DE LOS SECTORES PÚBLICO, SOCIAL Y PRIVADO.





007 2 2000

ACUERDO QUE ESTABLECE LAS BASES DE INTEGRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS COMITÉS DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DE LAS COMISIONES CONSULTIVAS MIXTAS DE ABASTECIMIENTO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL.

D.O.F. 05-VIII-1999

- ACUERDO POR EL QUE SE CREA EL COMITÉ NACIONAL DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO.

D.O.F. 12-VIII-1999

- ACUERDO POR EL QUE SE DELEGAN FACULTADES DE LA LEY DEL REGISTRO NACIONAL DE VEHÍCULOS.

D.O.F. 26-VIII-1999

- ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE LA EXPLANADA DE MÉDICOS ILUSTRES.

D.O.F. 09-IX-1999

- ACUERDO POR EL QUE SE MODIFICAN LOS ARTÍCULOS 1° Y 2° DEL DIVERSO NÚMERO 45 POR EL QUE SE CREA UNA COMISIÓN INTERNA ENCARGADA DE ESTUDIAR Y DICTAMINAR SOBRE LAS PROPUESTAS DE IMPOSICIÓN DE NOMBRES A LOS ESTABLECIMIENTOS SECTORIZADOS, SUS INSTALACIONES O LAS DESTINADAS AL SERVICIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

D.O.F. 04-VIII-1999

- PROGRAMA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA 1995-2000

D.O.F. 05-VI-1996.

- PROGRAMA DE PROTECCIÓN CIVIL 1995-2000

D.O.F. 17-VII-1996.

- PROGRAMA DE SEGURIDAD PÚBLICA 1995-2000

D.O.F. 18-VII-1996.

- PROGRAMA NACIONAL DE LA MUJER 1995-2000

D.O.F. 21-VIII-1996.



- PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR 1995-2000  
D.O.F. 13-IX-1996.
- PROGRAMA DE COMERCIO INTERIOR, ABASTO Y PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR 1997-2000  
D.O.F. 2-II-1998
- PROGRAMA PARA SUPERAR LA POBREZA 1995-2000  
D.O.F. 27-II-1998
- PROGRAMA NACIONAL DE NORMALIZACIÓN  
D.O.F. 15-IV-1998, REFORMA; 14-IV-1999

#### NORMAS PLANES Y PROGRAMAS

- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-014-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, CONTROL Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.  
D.O.F. 16-I-1995, MODIFICACIÓN: D.O.F. 6-III-1998
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-NUCL-1995, REQUERIMIENTOS DE SEGURIDAD RADIOLÓGICAS PARA EGRESAR A PACIENTES A QUIENES SE LES HA ADMINISTRADO MATERIAL RADIATIVO.  
D.O.F. 11-I-1999
- NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-177-SSA1-1998, QUE ESTABLECE LAS PRUEBAS Y PROCEDIMIENTOS PARA DEMOSTRAR QUE UN MEDICAMENTO ES INTERCAMBIABLE, REQUISITOS A QUE SE DEBEN SUJETARSE LOS TERCEROS AUTORIZADOS QUE REALICEN LAS PRUEBAS.  
D.O.F. 07-V-1999
- MODIFICACIÓN A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES, PUBLICADA EL 6 DE ENERO DE 1995.  
D.O.F. 21-I-1999



FECHA AUT. SALUD		
SECRETARÍA DE SALUD	DÍA	MES Y AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
OCT. 2 2009		

- NORMA QUE REGULA LAS JORNADAS Y HORARIOS DE LABORES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CENTRALIZADA.

D.O.F. 15-III-1999

- BOLETÍN NÚMERO 158, RELATIVOS DE PRECIOS DE INSUMOS PARA LA CONSTRUCCIÓN.

D.O.F. 26-I-1999

- OFICIO/CIRCULAR RELATIVO AL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES LEGALES Y ADMINISTRATIVAS VIGENTES QUE REGULAN LAS DILIGENCIAS Y ACTUACIONES DE LOS PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS QUE SE INSTRUYEN EN LA SECRETARÍA DE CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO.

D.O.F. 01-IV-1999

- REGLAS DE OPERACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE CONSEJO NACIONAL DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍA.

D.O.F. 28-V-1999

- CUARTA ADICIÓN A LA RELACIÓN DE TERCEROS AUTORIZADOS ANTE LA SECRETARÍA.

D.O.F. 22-VI-1999

- CRITERIOS PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES.

D.O.F. 28-I-1999

- CONVOCATORIA DIRIGIDA A LAS PERSONAS FÍSICAS O MORALES INTERESADAS EN PARTICIPAR EN LA EVALUACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES.

D.O.F. 21-VII-1999





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
20

FECHA AUT.

DIA MES AÑO  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2000

1.- PROCEDIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE  
ENFERMERÍA



FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
OCT. 2 2000		

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROGRAMAR, DISTRIBUIR Y CONTROLAR AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN LOS DIFERENTES DEPARTAMENTOS DEL ÁREA MÉDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PARA LOGRAR UNA ATENCIÓN DE ALTA CALIDAD.



DIRECCIÓN MÉDICA

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA LA CORRECTA ATENCIÓN QUE SE DE A LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL INSTITUTO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA LA ELABORACIÓN DEL "PLAN DE TRABAJO ANUAL", EL CUAL SERÁ PRESENTADO A LA DIRECCIÓN MÉDICA PARA SU APROBACIÓN.
- SE DISTRIBUIRÁ AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA SIGUIENTE FORMA:
  - 40% DE LAS PLAZAS PARA EL TURNO MATUTINO
  - 20% DE LAS PLAZAS PARA EL TURNO VESPERTINO
  - 40% DE LAS PLAZAS PARA EL TURNO NOCTURNO
- EL HORARIO DEL PERSONAL SERÁ FIJADO PERMANENTEMENTE POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO Y SERÁ EL SIGUIENTE:

TURNOS	HORARIO	JORNADA DE TRABAJO
MATUTINO	7:00 A 15:00 HRS.	8 HORAS
VESPERTINO	14:00 A 21:30 HRS.	7 HORAS Y MEDIA
NOCTURNO	20:00 A 8:00 HRS.	12 HORAS CONTINUAS

- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PERMANECERÁ CON LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE SU JORNADA LABORAL Y SOLO PODRÁ RETIRARSE EN SITUACIONES ESTRICTAMENTE NECESARIAS Y JUSTIFICADAS, CON LA AUTORIZACIÓN DE LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO.
- EL "TURNO MENSUAL DE TRABAJO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA" SERÁ ELABORADO POR LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO Y LAS SUPERVISORAS DE LOS SERVICIOS QUE ASISTE EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

23

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT 2 2000

- EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SERÁ EL RESPONSABLE DE AUTORIZAR LAS INASISTENCIAS DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- DEBERÁN SER AUTORIZADAS POR LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO TODAS LAS LICENCIAS CON Y SIN GOCE DE SUELDO.
- SERÁN TRATADOS POR EL JEFE DE DEPARTAMENTO Y LA ENFERMERA RESPONSABLE, CADA UNO DE LOS PROBLEMAS QUE PUEDAN RESULTAR CON LAS PACIENTES DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA Y EN CASOS DE DEMANDA JURÍDICA, ESTOS SE TURNARÁN A LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS PARA SU SEGUIMIENTO.
- LAS ENFERMERAS QUE HAYAN CUMPLIDO CON SU JORNADA LABORAL COMPLETA TENDRÁN DOS DÍAS DE DESCANSO A LA SEMANA POR CADA CINCO DÍAS LABORADOS.
- LOS TURNOS DE TRABAJO SE DARÁN A CONOCER A TODO EL PERSONAL, EN LA OFICINA DE LAS SUPERVISORAS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
24  
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA  
PROCEDIMIENTO: 1.- PARTICIPACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA PARA QUE ELABORE SU "PLAN DE TRABAJO ANUAL"
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	2	ELABORA "PLAN DE TRABAJO ANUAL" Y PRESENTA PARA SU APROBACIÓN A LA DIRECCIÓN MÉDICA.
DIRECCIÓN MÉDICA	3	RECIBE "PLAN DE TRABAJO ANUAL" Y ANALIZA.  ¿PROCEDE?  NO: REALIZA LAS CORRECCIONES PERTINENTES Y VUELVE A LA ACTIVIDAD No.2.  SÍ: TURNA AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA PARA QUE ELABORE LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA (FORMATO 2010-15).
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	4	RECIBE PLAN DE TRABAJO ANUAL AUTORIZADO, ELABORA "TURNOS DE TRABAJO" Y DISTRIBUYE: ORIGINAL- JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, 1ª COPIA- DEPTO. DE RELACIONES LABORALES, 2ª COPIA- DIRECCIÓN MÉDICA
	5	INFORMA A LAS ENFERMERAS CON LETREROS VISIBLES EN LAS ÁREAS DE TRABAJO LOS TURNOS Y ÁREA ASIGNADA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

25

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

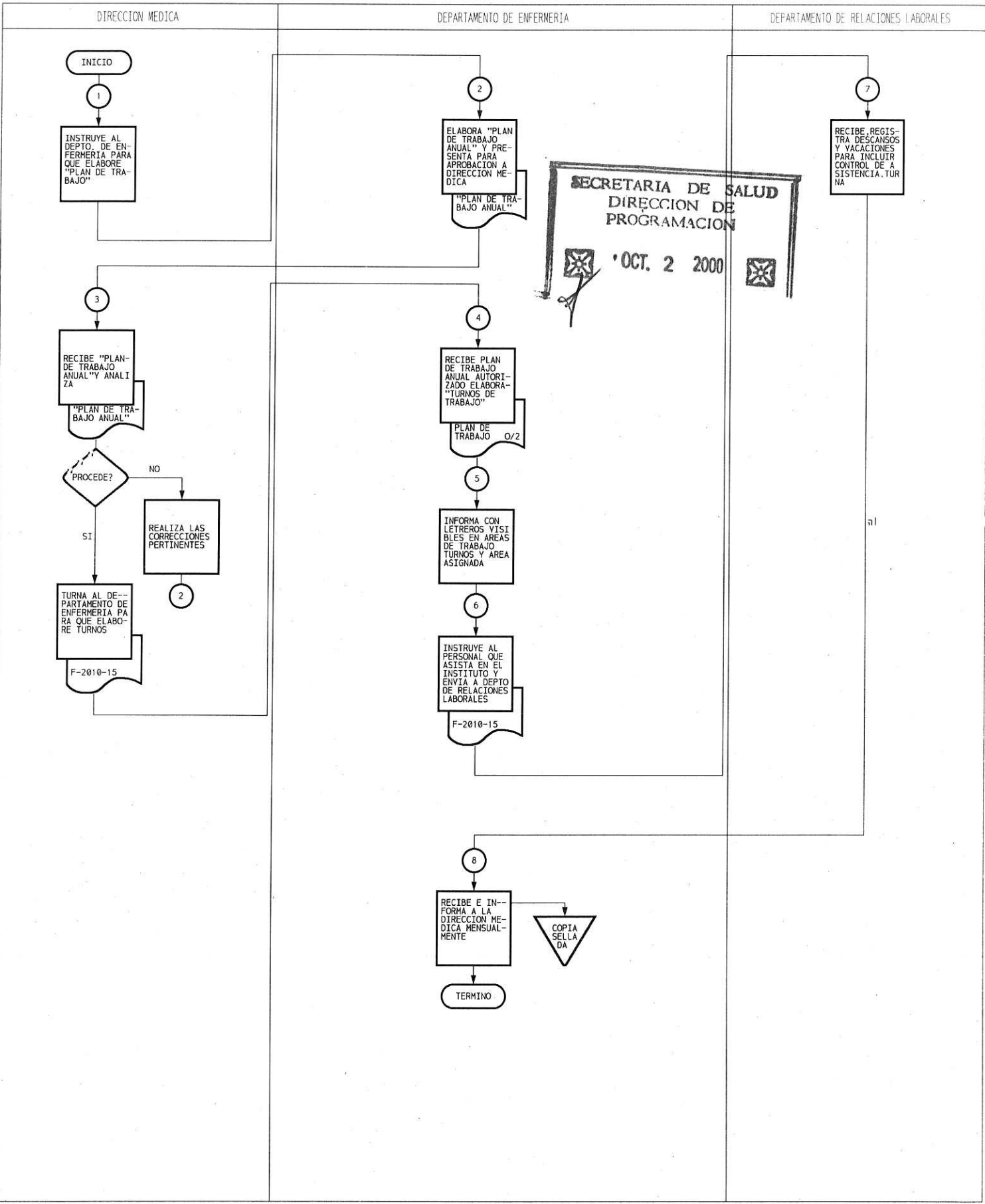
PROCEDIMIENTO: 1.- PARTICIPACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

SECRETARÍA DE SALUD	DÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	OCT.	2	2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
	6	INSTRUYE AL PERSONAL DEL INSTITUTO EN TODOS LOS SERVICIOS QUE ASISTE EN EL INSTITUTO. TURNA 1ª COPIA DEL FORMATO 2010-15 AL DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES PARA REGISTRO.
DEPARTAMENTO DE RELACIONES LABORALES	7	RECIBE COPIA, REGISTRA MANUALMENTE LOS DESCANSOS Y VACACIONES EN UNA LIBRETA PARA INCLUIR EN EL CONTROL DE ASISTENCIA GENERAL DEL INSTITUTO. TURNA COPIA SELLADA AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	8	RECIBE COPIA SELLADA, ARCHIVA E INFORMA MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN MÉDICA MENSUALMENTE.  TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 1.-PARTICIPACION DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA







MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
28  
FECHA AUT.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

DIA	MES	AÑO
SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCION DE PROGRAMACION		
	OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DE LA FORMA

"TURNOS DE TRABAJO ENFERMERIA" (2010-15)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA:
1	SERVICIO	EL SERVICIO MÉDICO AL QUE ESTÉN ASIGNADAS LAS ENFERMERAS.
2	MES	EL MES CORRESPONDIENTE QUE SE LLENA LA FORMA.
3	AÑO	EL AÑO EN CURSO EN QUE SE LLENA LA FORMA.
4	CATEGORÍA Y CLAVE	EL TIPO DE CATEGORÍA DE LA ENFERMERA Y EL NÚMERO DE CLAVE ASIGNADA POR EL INSTITUTO.
5	NOMBRE COMPLETO	EL NOMBRE COMPLETO DE LA ENFERMERA.
6	DÍA DE ASISTENCIA MENSUAL	EL DÍA DE LA ASISTENCIA.
7	TOTAL DE DÍAS ASISTIDOS	EL TOTAL DE DÍAS ASISTIDOS DURANTE EL MES SEÑALADO.
8	TURNOS	EL TURNO LABORAL CORRESPONDIENTE (MATUTINO, VESPERTINO Y NOCTURNO)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

29

FECHA AUT

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2000

2.- PROCEDIMIENTO PARA SUPERVISIÓN EN PISOS DE HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADOS



FECHA AUT

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

### OBJETIVO ESPECÍFICO

RECIBIR, DISTRIBUIR Y VIGILAR A LOS PACIENTES QUE SÉ ENCUENTRAN INTERNADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PARA CONTROLAR SU EVOLUCIÓN MÉDICA, ASÍ COMO BRINDARLES UNA ESTANCIA CÓMODA Y SEGURA.



SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
PROGRAMACION		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000
<input checked="" type="checkbox"/>		

### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA LA CORRECTA ATENCIÓN QUE SE OTORGE A LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL INSTITUTO.
- SE DISTRIBUIRÁ AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA SIGUIENTE FORMA:
  - 40% DE LAS PLAZAS PARA EL TURNO MATUTINO
  - 20% DE LAS PLAZAS PARA EL TURNO VESPERTINO
  - 40% DE LAS PLAZAS PARA EL TURNO NOCTURNO
- EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PERMANECERÁ CON LOS PACIENTES ASIGNADOS DURANTE SU JORNADA LABORAL Y SOLO PODRÁ RETIRARSE EN SITUACIONES ESTRICAMENTE NECESARIAS Y JUSTIFICADAS, CON LA AUTORIZACIÓN DE LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO.
- SE AUTORIZARÁN LAS INASISTENCIAS DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- DEBERÁN SER AUTORIZADAS SOLAMENTE POR LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO TODAS LAS LICENCIAS CON Y SIN GOCE DE SUELDO.
- EL CAMBIO DE TURNO (FORMATO "NOTA INFORMATIVA" 2010-24) SE REALIZARÁ DIARIAMENTE EN LOS TRES DIFERENTES TURNOS, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE CADA ENFERMERA PORTAR EL UNIFORME QUE SE LE OTORQUE DE UNA MANERA LIMPIA Y CORRECTA; Y POR NINGÚN MOTIVO SE LE PERMITIRÁ EL ACCESO A SU ÁREA LABORAL SIN EL MISMO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LAS ENFERMERAS ENCARGADAS DE CADA SERVICIO SUPERVISAR EL CAMBIO DE TURNO DE LAS ENFERMERAS DEL INSTITUTO.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

32

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 2-SUPERVISIÓN EN PISOS DE HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADAS

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	1	INSTRUYE ANUALMENTE AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR LA SUPERVISIÓN EN PISOS DE HOSPITALIZACIÓN A LAS PACIENTES QUE HAN SIDO INTERNADAS DENTRO DEL INSTITUTO CON BASE EN EL "PROGRAMA DE ROTACIÓN ANUAL DE ENFERMERÍA".
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	2	RECIBE INSTRUCCIONES, SUPERVISA DIARIAMENTE EL NÚMERO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR SERVICIO "INFORME DE SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA" (FORMATO 2010-09) EN ORIGINAL Y UNA COPIA
	3	INFORMA (EN CASO NECESARIO) LOS CASOS SOBRESALIENTES POR MEDIO DE OFICIO A LA DIRECCIÓN MÉDICA; (ORIGINAL-DIRECCIÓN MÉDICA, 1ª COPIA-DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y VERBALMENTE INFORMA LA CARENCIA DE MATERIAL, EQUIPO, ROPA, ETC.
	4	LLENA "NOTA INFORMATIVA" (FORMATO 2010-24) PARA CAMBIAR DE TURNO Y DAR A CONOCER EL NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS, ASÍ COMO EL NÚMERO DE PERSONAL CON QUE REALMENTE SE TRABAJA, EN CASO DE QUE HAYA HABIDO AUSENCIA DE ALGUNA ENFERMERA EN LA JORNADA LABORAL.



ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 2-SUPERVISIÓN EN PISOS DE HOSPITALIZACIÓN A PACIENTES HOSPITALIZADAS

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

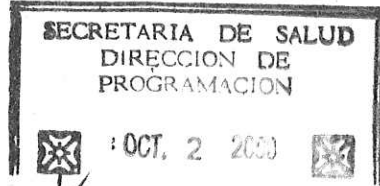
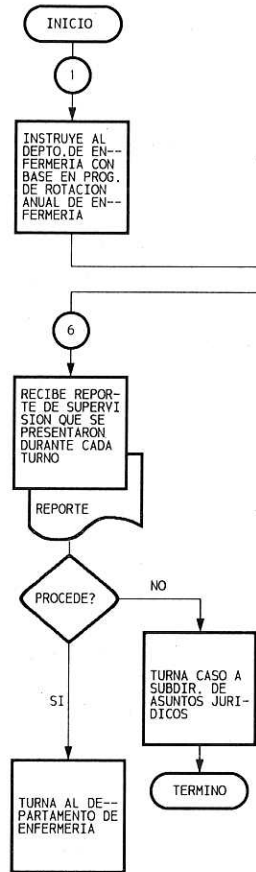
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	5	<p>TURNA A LA DIRECCIÓN MÉDICA REPORTE DE SUPERVISIÓN "INFORME 24 HRS." (SIN NÚMERO) EN ORIGINAL Y UNA COPIA.</p>
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	7	<p>RECIBE EL REPORTE DE SUPERVISIÓN Y CONJUNTAMENTE CON EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA RESUELVE LAS SITUACIONES QUE SE PRESENTARON DURANTE CADA TURNO.</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: TURNA AL CASO A LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS PARA SU SEGUIMIENTO LEGAL (MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y UNA COPIA PARA LA DIRECCIÓN GENERAL).</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p> <p>SÍ: TURNA AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.</p>
		<p>INFORMA DIARIAMENTE (FORMATO "INFORME 24 HRS. [S/N]") A LA DIRECCIÓN MÉDICA. ORIGINAL- ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, 1ª COPIA- ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>

AREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 2.-SUPERVISION EN PISOS DE HOSPITALIZACION A PACIENTES HOSPITALIZADAS

DIRECCION MEDICA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
INFORME DE SUPERVISION DE ENFERMERIA

SERVICIO _____		JEFE DE SERVICIO _____	
FECHA _____		ENCARGADA 2º _____	
SUP. DIR. ( ) INDIR. ( )		ENCARGADA 3º _____	
(1)		(3)	
P	A	C	I
E	N	T	E
(2)		(4)	
PERSONAL Y DOCENCIA		SERVICIO	

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000



DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA - MES - AÑO  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "INFORME DE SUPERVISIÓN ENFERMERÍA" (2010-09)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	DATOS GENERALES	EL NOMBRE Y JEFE DEL SERVICIO DEL 1º, 2º Y 3er. TURNO
2	PACIENTE	LA ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL 1º, 2º Y 3 ER TURNO.
3	PERSONAL Y DOCENCIA	EL PERSONAL DE PLANTA QUE PARTICIPO EN EL TURNO Y EL PERSONAL DOCENTE DEL MISMO.
4	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO, DONDE ESTA UBICADA LA PACIENTE.
5	TIEMPO DESTINADO A:	LAS HORAS QUE SE DEDICARON A LA PACIENTE, AL PERSONAL, AL SERVICIO, A LA DOCENCIA Y A OTRAS ACTIVIDADES. LOS DEMÁS DATOS LOS LLENARÁ LA JEFA DEL SERVICIO DONDE SELLENO EL FORMATO.





# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
NOTA INFORMATIVA

PERSONAL DE ENFERMERIA

FECHA: ①

ASISTENCIA PROGRAMADO  
FALTAS REAL

②

1er. TURNO

2do. TURNO

3er. TURNO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

NUMERO DE PACIENTES	ADULTO R.N.		ADULTO R.N.		ADULTO R.N.	
	1er. TURNO		2do. TURNO		3er. TURNO	
URGENCIAS						
CONSULTA EXTERNA						
UCIA						
CEYE						
UCIN						
UCIREN						
U. T. Q.						
A. C. 2do. PISO						
CUNERO 2do. PISO						
A. C. 4to. PISO						
CUNERO 4to. PISO						
A. C. 5to. PISO						

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

③

FAVOR DE ANOTAR EN EL CUADRO INFERIOR DERECHO EL NUMERO DE PERSONAL REAL CON QUE TRABAJO EL SERVICIO.

④

FIRMA

FIRMA

FIRMA

FECHA AUT  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT 2 2001

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "NOTA INFORMATIVA" (2010-24)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FECHA	EL DÍA, MES Y AÑO EN EL CUAL SE LLENA ESTE FORMATO
2	PERSONAL DE ENFERMERÍA	LA ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL 1º, 2º Y 3 ER TURNO.
3	No. DE PACIENTES	EL NÚMERO DE PACIENTES ADULTOS Y RECIÉN NACIDOS DE LOS TRES TURNOS EN LOS SERVICIOS QUE ASISTE EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
4	FIRMA	FIRMA DE LAS ENCARGADAS DE LOS SERVICIOS QUE ASISTE EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA EN LOS TRES TURNOS
5	REUBICACIÓN DEL PERSONAL	LOS NOMBRES DE LOS SERVICIOS DE DONDE PROVIENE EL PERSONAL A DONDE SE REUBICA.
6	INASISTENCIAS	EL NUMERO DE INASISTENCIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
7	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO (URGENCIAS, CONSULTA EXTERNA, UCIA, CEYE, UCIN, UCIREN, UTQ, A.C. 2º PISO, A.C. 4º PISO, CUNERO 4º PISO, A.C. 5º PISO).
8	CONCEPTO	LO LLENARÁ ALGUNA DE LAS SUBJEFAS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
9	TURNO MATUTINO	LAS OBSERVACIONES DEL TURNO MATUTINO
10	TURNO VESPERTINO	LAS OBSERVACIONES DEL TURNO VESPERTINO
11	TURNO NOCTURNO	LAS OBSERVACIONES DEL TURNO NOCTURNO

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 INFORME DE 24 HORAS

FECHA 1 FIRMA DE SUPERVISOR 2

SERVICIO	Numero de pacientes			Personal programado			Personal real			CONCEPTOS	INASISTENCIAS POR TURNO				TOTAL	
	1er.	2do	3er	1er	2do	3er	1er	2do	3er		Serv.	Mat.	Serv.	Vesp.		Serv.
JEFATURA																
URGENCIAS																
C.EXTERNA																
UCIA																
CEYE																
UCIN																
UCIREN																
U.T.Q.																
A.C. 2DO. P.																
A.C. 3ER. P.																
A.C. 4TO. P.																
CUNERO 4TO																
A.C. 5TO. P.																
MED FET																
CAMILL.																
TOTAL R.N.																
TOTAL																

SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000

5

4

3





DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2000

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "INFORME DE 24 HORAS" (SIN NÚMERO)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FECHA	EL DÍA, MES Y AÑO EN EL QUE SE LLENA EL FORMATO
2	FIRMA SUPERVISOR	LA FIRMA DE LA ENFERMERA SUPERVISORA
3	SERVICIO	EL NÚMERO DE PACIENTES, PERSONAL PROGRAMADO Y PERSONAL REAL EN LOS DIFERENTES SERVICIOS QUE ASISTE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
4	CONCEPTOS	LAS INASISTENCIAS DE CADA TURNO POR SERVICIO
5	TOTAL	EL NÚMERO TOTAL DE INASISTENCIAS
6	REUBICACIÓN DEL PERSONAL	LOS NOMBRES DE LAS ENFERMERAS REUBICADAS EN LOS TRES DIFERENTES TURNOS.



SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
OCT.	2	2000

DIRECCIÓN MÉDICA

3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS



DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROCESAR LOS INFORMES DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LAS ÁREAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, A FIN DE DETERMINAR EL COMPORTAMIENTO Y ANÁLISIS DE LAS METAS EN ASISTENCIA MÉDICA, INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA, COMPROMETIDAS CON LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.



DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
PROGRAMACION		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT.	2 2000
<input checked="" type="checkbox"/>		

## POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

- LAS PROPUESTAS DE LAS METAS DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS SERÁN RESPONSABILIDAD DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, VALIDADAS POR LA DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y AUTORIZADAS POR LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.
- SERÁN AUTORIZADOS Y ENVIADOS LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS POR CADA DIRECTOR DE ÁREA DEL INSTITUTO AL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA PARA SU ENVÍO A LA DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD A MÁS TARDAR EL PRINMER DÍA DE CADA MES.
- EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ENVIARÁ A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA A LA DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD DURANTE LOS PRIMEROS CINCO DÍAS NATURALES DE CADA MES, LOS RESULTADOS Y JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS CORRESPONDIENTES AL MES ANTERIOS.
- LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS SERÁ RETOMADA PARA LOS DATOS CONSIGNADOS EN TODOS LOS INFORMES POSTERIORES QUE SE EMITAN: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN, INDICADORES CONCERTADOS, JUNTA DE GOBIERNO Y ANUARIO ESTADÍSTICO.
- LA INTEGRACIÓN Y ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS DE LOS INDICADORES SERÁ RESPONSABILIDAD DE:
  - a) DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA: LOS RELATIVOS A LA ACTIVIDAD 420 "PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA".
  - b) DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN: EL CORRESPONDIENTE A LA ACTIVIDAD 433 "LLEVAR A CABO LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA".
  - c) SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES: EL INHERENTE A LA ACTIVIDAD 438 "CONSERVAR Y MANTENER LA INFRAESTRUCTURA BÁSICA".
  - d) DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA: EL ALUSIVO A LA ACTIVIDAD 703 "CAPACITAR Y FORMAR SERVIDORES PÚBLICOS".



ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ENÁLISIS Y ESTADÍSTICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
DIRECCIÓN DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA

PROCEDIMIENTO: 3.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	1	RECIBE OFICIO Y NORMATIVIDAD SOBRE INDICADORES ESTRATÉGICOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD, Y TURNA COPIA AL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA PARA SU APLICACIÓN.
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA	2	RECIBE OFICIO, ANALIZA, Y CONVOCA VERBALMENTE A LA DIRECCIÓN MÉDICA, DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS; PARA ESTABLECER LAS METAS A CUBRIR DURANTE EL EJERCICIO FISCAL VIGENTE.
	3	INTEGRA METAS Y TURNA PARA ENVÍO A LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO.
DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	4	RECIBE METAS Y ENVÍA MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO LAS METAS DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS PARA SU VALIDACIÓN Y REGISTRO.
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD	5	RECIBE, VALIDA LAS METAS DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS Y ENVÍA MEDIANTE OFICIO AL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA DEL INSTITUTO EN FORMA IMPRESA Y DISKETTE, CALENDARIO DE METAS DE INDICADORES ESTRATÉGICOS Y LOS FORMATOS: SEGUIMIENTO DE METAS DE INDICADORES ESTRATÉGICOS Y EXPLICACIÓN A LA VARIACIÓN DE INDICADORES.(ANEXOS 1 Y 2)



ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ENÁLISIS Y ESTADÍSTICA

PROCEDIMIENTO: 3.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
<p>DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA</p> <p><i>Chcar con gen e correspond</i></p>	6	RECIBE COPIA DEL OFICIO Y FORMATOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y CALENDARIO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS REGISTRADOS EN LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO.
	7	TURNA COPIA A LOS ENCARGADOS DE LOS INDICADORES EN LAS DIRECCIONES DE INVESTIGACIÓN, ENSEÑANZA Y ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, PARA SU CONOCIMIENTO Y ELABORACIÓN.
	8	RECIBEN COPIA LOS ENCARGADOS DE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS EN EL INSTITUTO, CALCULAN INDICADORES Y TURNAN AL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA PARA SU ENVÍO.
	9	<p>RECIBE INDICADORES, REvisa CIFRAS Y JUSTIFICACIONES.</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: ACLARA DUDAS CON RESPONSABLES DEL REPORTE DE INDICADORES EN CADA ÁREA. REGRESA A LA CATEGORÍA NO. 7.</p> <p>SÍ: CAPTURA EN BASE DE DATOS E IMPRIME LAS METAS PROGRAMADAS AUTORIZADAS POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN EL FORMATO SEGUIMIENTO DE METAS DE INDICADORES ESTRATÉGICOS.</p>
	10	ANALIZA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS INDICADORES Y REDACTA JUSTIFICACIONES PARA EXPLICAR LAS VARIACIONES ENTRE LO PROGRAMADO Y ALCANZADO.



ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ENÁLISIS Y ESTADÍSTICA

PROCEDIMIENTO: 3.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS

FECHA AUT.	
SECRETARÍA DE SALUD	
DÍA DE EMISIÓN DE PROGRAMACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2 2000 <input checked="" type="checkbox"/>

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
	11	CAPTURA LAS JUSTIFICACIONES REALIZADAS PARA LOS INDICADORES EN EL FORMATO "EXPLICACIÓN A LA VARIACIÓN DE INDICADORES". (ANEXO 1 Y 2).
	12	<p>REVISA FORMATOS Y TURNA PARA VISTO BUENO DE LA DIRECCIÓN MÉDICA:</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: REALIZA LOS CAMBIOS NECESARIOS Y REGRESA A LA ACTIVIDAD No. 11.</p> <p>SÍ: ENVÍA POR FAX A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.</p>
	13	<p>ELABORA OFICIO EN ORIGINAL Y OCHO COPIAS PARA ENVÍO Y ANEXA LOS FORMATOS REQUISITADOS:</p> <p>ORIGINAL.- DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD  1ª. COPIA.- SUBDIRECCIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, SECRETARÍA DE SALUD, 2ª.- DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, 3ª.- DIRECTOR MÉDICO, 4ª.- DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN, 5ª.- DIRECTOR DE ENSEÑANZA, 6ª.- CONTRALORÍA INTERNA, 7ª.- SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS Y 8ª.- DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.</p>





FECHA AUT.		
SECRETARIA DE SALUD		
DIA	MESES	AÑO
PROGRAMACION		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000
<input checked="" type="checkbox"/>		

ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ENÁLISIS Y ESTADÍSTICA

PROCEDIMIENTO: 3.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES ESTRATÉGICOS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	14	<p>REVISA LA INFORMACIÓN DE LOS INDICADORES:</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: REALIZAN LOS CAMBIOS NECESARIOS Y ENVÍA NUEVAMENTE POR FAX A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD.</p> <p>SÍ: FIRMA OFICIO Y REMITE AL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA.</p>
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA	15	<p>ENTREGA COPIAS INTERNAS DE LOS INDICADORES A LAS ÁREAS INVOLUCRADAS Y AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS EL ORIGINAL Y COPIA EXTERNA PARA SU ENVÍO. RECABA ACUSES DE RECIBO, ARCHIVA E INFORMA MENSUALMENTE A LA DIRECCIÓN MÉDICA.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>

ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y ESTADISTICA

PROCEDIMIENTO: 3.- ELABORACION E INFORME SOBRE LOS INDICADORES ESTRATEGICOS

DIRECCION GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA	DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y ESTADISTICA	DIRECCION GENERAL DE PROGRAMACION, ORGANIZACION Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD
-----------------------------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

INICIO

1

RECIBE NORMATIVIDAD SOBRE INDICADORES ESTRATEGICOS DE DIR. GRAL. DE PROGR. ORGANIZACION Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD, Y TURNA.

OFICIO

NORMATIVIDAD

4

RECIBE METAS Y ENVIA A DIR. GRAL. DE PROGR. ORGANIZACION Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD METAS DE INDICADORES ESTRATEGICOS

METAS DE INDICADORES ESTRATEGICOS

OFICIO

14

REvisa LA INFORMACION DE LOS INDICADORES

PROCEDE?

NO

REALIZAN LOS CAMBIOS NECESARIOS Y ENVIA NUEVAMENTE POR FAX A LA DIRECCION GENERAL DE PROGR. ORG. Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD

SI

FIRMA OFICIO Y REMITE AL DEPTO. DE ANALISIS Y ESTADISTICA

15

DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y ESTADISTICA

2

RECIBE, ANALIZA, CONVOCA CON LA DIRECCION MEDICA, DE INVEST. DE ENSEÑANZA Y DE ADMON. Y FIN. PARA ESTABLECER METAS A SEGUIR

OFICIO

3

INTEGRA METAS Y TURNA

METAS

6

RECIBE DE DIRECCION GENERAL DE PROGR. Y PTO. DE LA SECRETARIA DE SALUD CALENDARIO DE INDICADORES REGISTRADOS EN LA S.H.C.P.

OFICIO Y FORMATOS

CALENDARIO DE INDICADORES ESTRATEGICOS

7

TURNA ENCARGADOS DE INDICADORES EN DIRECCION DE INVESTIGACION ENSEÑANZA Y ADMINISTRACION Y FINANZAS

OFICIO Y FORMATOS

8

RECIBEN, CALCULAN INDICADORES Y TURNA

OFICIO Y FORMATOS

9

RECIBEN INDICADORES REvisa CIFRAS Y JUSTIFICACIONES

PROCEDE?

NO

DIRECCION GENERAL DE PROGRAMACION, ORGANIZACION Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD

5

RECIBE, VALIDA METAS DE INDICADORES ESTRATEGICOS Y ENVIA AL DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y ESTADISTICA

METAS DE INDICADORES ESTRATEGICOS

OFICIO

CALENDARIO DE METAS

FORMATOS

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

DELS DEL REPORTE DE INDICADORES EN CADA AREA

CAPTURA E IMPRIME LAS METAS PROGRAMADAS AUTORIZADAS POR LA DIRECCION GRAL DE PROGR.ORG. Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD

10

ANALIZA RESULTADOS OBTENIDOS EN INDICADORES Y REDACTA JUSTIFICACIONES.

11

CAPTURA JUSTIFICACIONES REALIZADAS PARA INDICADORES.

12

REVISA FORMATOS PARA VOTO DE DIRECCION MEDICA.

PROCEDE?

NO

SI

ENVIA POR FAX A DIREC. GRAL DE PROG. Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARIA DE SALUD.

REALIZA LOS CAMBIOS NECESARIOS

13

ELABORA PARA ENVIO Y ANEXA FORMATOS REQUISITADOS.

OFICIO.

0/8

FORMATOS REQUISITADOS

14

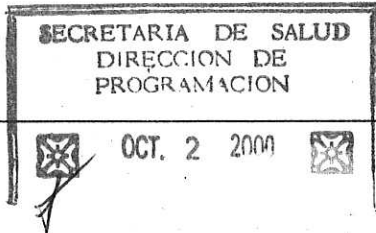
15

ENTREGA INDICADORES A LAS AREAS INVOLUCRADAS Y AL DEPTO. DE SERVICIOS.

INDICADORES (COPIA)

TERMINO

SEGUIMIENTO DE METAS DE INDICADORES ESTRATEGICOS DEL AÑO 2000

DEPENDENCIA Y/O ENTIDAD:		12250 INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA						Avance físico y financiero							
Categorías Programáticas		Demostración						Ejercicio							
F	SE	PS	PE	AI	PT	UR	Nombre del Indicador	Formulación del Indicador	Unidad de Medida	Meta	Mes	Alcanzado	Programado	Acumulado	Alcanzado
08	02	27	000	420	N00		<p>SALUD</p> <p>ATENCION MEDICA</p> <p>Programa de Reforma del Sector Salud</p> <p>Programa Normal de Operación</p> <p>Proporcionar atención médica</p> <p>OBJETIVO: Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, buscando evitar daños y riesgos, mediante la ruptura del ciclo natural de las enfermedades, disminuyendo las incidencias de éstas, con el fin de reducir los índices de morbilidad y mortalidad a través de consulta, hospitalización, rehabilitación y urgencias. Así como contribuir con el control de la fecundidad realizando acciones de planificación familiar.</p>	<p>Consultas subsiguientes sobre consultas de primera vez</p> <p>Días paciente sobre días cama, por cien</p> <p>Consultas de urgencias realizadas sobre consultas totales, por cien</p> <p>Defunciones de más de cuarenta y ocho horas sobre total de egresos, por cien</p> <p>Artículos científicos publicados sobre número de investigadores</p> <p>Obras de conservación y mantenimiento terminadas sobre obras de conservación y mantenimiento programadas, por cien</p> <p>Número de egresados sobre número de inscritos, por cien</p>	<p>Consulta</p> <p>Por ciento</p> <p>Consulta</p> <p>Persona</p> <p>Artículo</p> <p>Obra</p> <p>Persona</p>	<p>Indicador=&gt;</p> <p>Var 1 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Var 2 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Indicador=&gt;</p> <p>Var 1 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Var 2 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Indicador=&gt;</p> <p>Var 1 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Var 2 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Indicador=&gt;</p> <p>Var 1 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Var 2 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Indicador=&gt;</p> <p>Var 1 &gt;&gt;&gt;&gt;</p> <p>Var 2 &gt;&gt;&gt;&gt;</p>	<p>3.1</p> <p>7.818</p> <p>2.504</p> <p>78.5</p> <p>3.480</p> <p>4.433</p> <p>10.3</p> <p>1.288</p> <p>12.817</p> <p>0.7</p> <p>7</p> <p>1.040</p> <p>0.1</p> <p>5</p> <p>87</p> <p>0.0</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>87.0</p> <p>480</p> <p>470</p>				
															
08	02	27	019	433	N00		<p>Llevar a cabo la investigación científica y tecnológica</p> <p>OBJETIVO: Realizar acciones que permitan conocer los procesos biológicos y psicológicos, los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica, la estructura social y los efectos nocivos del medio ambiente, así como el estudio y desarrollo de técnicas y métodos para la prestación de los servicios y la producción de insumos.</p>	<p>Promedio de artículos publicados por investigador</p>	Artículo	Indicador=>	0.1				
08	02	27	000	438	N00		<p>Conservar y mantener la infraestructura básica</p> <p>OBJETIVO: Mejorar, desarrollar, regular y optimar la prestación de servicios de salud a nivel nacional a través de la coordinación, capacitación, conservación y evaluación de los procesos de planeación, programación, presupuestación, ejecución y normatividad, de las acciones de conservación y mantenimiento que se realicen centralmente y aquellas que se circunscriben en el marco del proceso de la descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas.</p>	<p>Índice de conservación y mantenimiento</p>	Obra	Indicador=>	0.0				
08	02	27	000	703	N00		<p>Capacitar y formar servidores públicos</p> <p>OBJETIVO: Incluir al mejoramiento de los servicios de salud a través de la formación y capacitación de los recursos humanos.</p>	<p>Índice de formación y capacitación de personal en materia de salud</p>	Persona	Indicador=>	87.0				





SECRETARÍA DE SALUD	
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
OCT. 2	2000

4.- PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES CONCERTADOS



DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
FECHA AUT  
OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

INFORMAR A LA SECRETARÍA DE CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LAS ÁREAS BÁSICAS DE LA DIRECCIÓN MÉDICA CON RELACIÓN A LOS ESTANDARES COMPROMETIDOS.





DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT.		
SECRETARÍA DE SALUD	DÍA	MES AÑO
DIRECCIÓN	PROGRAMACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000

## POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

- 1 - LA INTEGRACIÓN Y ENTREGA OPORTUNA DE RESULTADOS DE LOS INDICADORES SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA.
- 2 - LOS ESTÁNDARES DE LOS INDICADORES CONCERTADOS SERÁN PROPUESTOS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA Y AUTORIZADOS POR LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO.
- 3 - EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA ENVIARÁ MEDIANTE OFICIO A LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO, DURANTE LOS PRIMEROS VEINTICINCO DÍAS NATURALES DE CADA MES, LOS RESULTADOS Y JUSTIFICACIÓN A LAS VARIACIONES DE LOS INDICADORES CONCERTADOS CORRESPONDIENTES AL MES ANTERIOR.
- 4 - LOS DATOS REGISTRADOS EN LOS INDICADORES CONCERTADOS SERÁN GUARDADOS EN UNA BASE DE DATOS DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA Y SE RETOMARÁN PARA INFORMAR A LA JUNTA DE GOBIERNO Y ANUARIO ESTADÍSTICO.
- 5 - EL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA SERÁ RESPONSABLE DE ENTREGAR A LA SUBDIRECCIÓN DE INFORMÁTICA LOS INDICADORES CONCERTADOS, CON EL OBJETO DE TRANSMITIRLOS VÍA INTERNET A LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO.
- 6 - EL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA INTEGRARÁ LOS INDICADORES CONCERTADOS CONFORME AL CATÁLOGO DE FORMATOS E INDICADORES DE GESTIÓN QUE EMITIRÁ LA COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.
- 7 - SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA INTEGRAR LOS INDICADORES CONCERTADOS DE LOS DEPARTAMENTOS DE CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN, TOCOCIRUGÍA Y SERVICIO DE RADIOLOGÍA.



ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ENÁLISIS Y ESTADÍSTICA

PROCEDIMIENTO: 4.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES CONCERTADOS

FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2006

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO	1	ENVÍA LINEAMIENTOS MEDIANTE OFICIO A LA COORDINACIÓN GENERAL DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD PARA DAR SEGUIMIENTO A LOS INDICADORES CONCERTADOS.
COORDINACIÓN GENERAL DE LOS INSTITUTOS DE SALUD	2	RECIBE LINEAMIENTOS, ANALIZA Y ENVÍA MEDIANTE OFICIO EL CATÁLOGO DE FORMATOS E INDICADORES DE GESTIÓN CORRESPONDIENTES AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	3	RECIBE Y TURNA MEDIANTE OFICIO A LOS DEPARTAMENTOS DE PLANEACIÓN Y ANÁLISIS Y ESTADÍSTICAS PARA SU APLICACIÓN.
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA	4	RECIBE, ANALIZA, INTEGRA Y CONCERTA LOS INDICADORES CON LAS ÁREAS DEL INSTITUTO INVOLUCRADAS Y CON LA DIRECCIÓN MÉDICA.
DIRECCIÓN MÉDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	5	REVISA Y VALIDA ESTÁNDARES E INDICADORES CONCERTADOS:  ¿PROCEDE?  NO: INDICA MODIFICACIONES A REALIZAR. REGRESA A LA ACTIVIDAD NO. 4.  SÍ: TURNA A LA DIRECCIÓN GENERAL PARA SU APROBACIÓN.
DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	6	REVISA, APRUEBA Y ENVÍA MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y TRES COPIAS: ORIGINAL.- SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO, PARA SU APROBACIÓN, 1ª. COPIA.- DIRECCIÓN MÉDICA, 2ª. COPIA.- DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA Y 3ª. COPIA.- ARCHIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL, PARA SU CONOCIMIENTO.



ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ENÁLISIS Y ESTADÍSTICA

PROCEDIMIENTO: 4.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES CONCERTADOS

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN DE  
MÉS AÑO  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO	7	RECIBE, ANALIZA Y REMITE MEDIANTE OFICIO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, COPIA DE LOS FORMATOS Y DISKETTE CON EL SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN AUTORIZADO.
DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA	8	RECIBE Y REvisa FORMATOS (ANEXOS 1 Y 2) Y DISKETTE, TURNA AL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA PARA SU SEGUIMIENTO MENSUAL.
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA	9	RECIBE OFICIO, COPIA DE LOS FORMATOS (ANEXOS 1 Y 2) Y DISKETTE CON EL SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN.
	10	RECOPILA MEDIANTE OFICIO Y MENSUALMENTE LA INFORMACIÓN DE LAS ÁREAS INVOLUCRADAS Y LA INCLUYE EN LA BASE DE DATOS DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA CORRESPONDIENTE A LOS INDICADORES CONCERTADOS (ANEXOS 1 Y 2).
	11	ANALIZA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS INDICADORES Y REDACTA JUSTIFICACIONES PARA EXPLICAR LAS VARIACIONES ENTRE LOS ESTÁNDARES COMPROMETIDOS Y LOS ALCANZADOS.
	12	CAPTURA LAS JUSTIFICACIONES EN EL SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN.
	13	ENVÍA FORMATOS (ANEXOS 1 Y 2) CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES Y LOS COMENTARIOS DE LOS MISMOS PARA REVISIÓN DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.



ÁREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE ENÁLISIS Y ESTADÍSTICA

PROCEDIMIENTO: 4.- ELABORACIÓN E INFORME SOBRE LOS INDICADORES CONCERTADOS

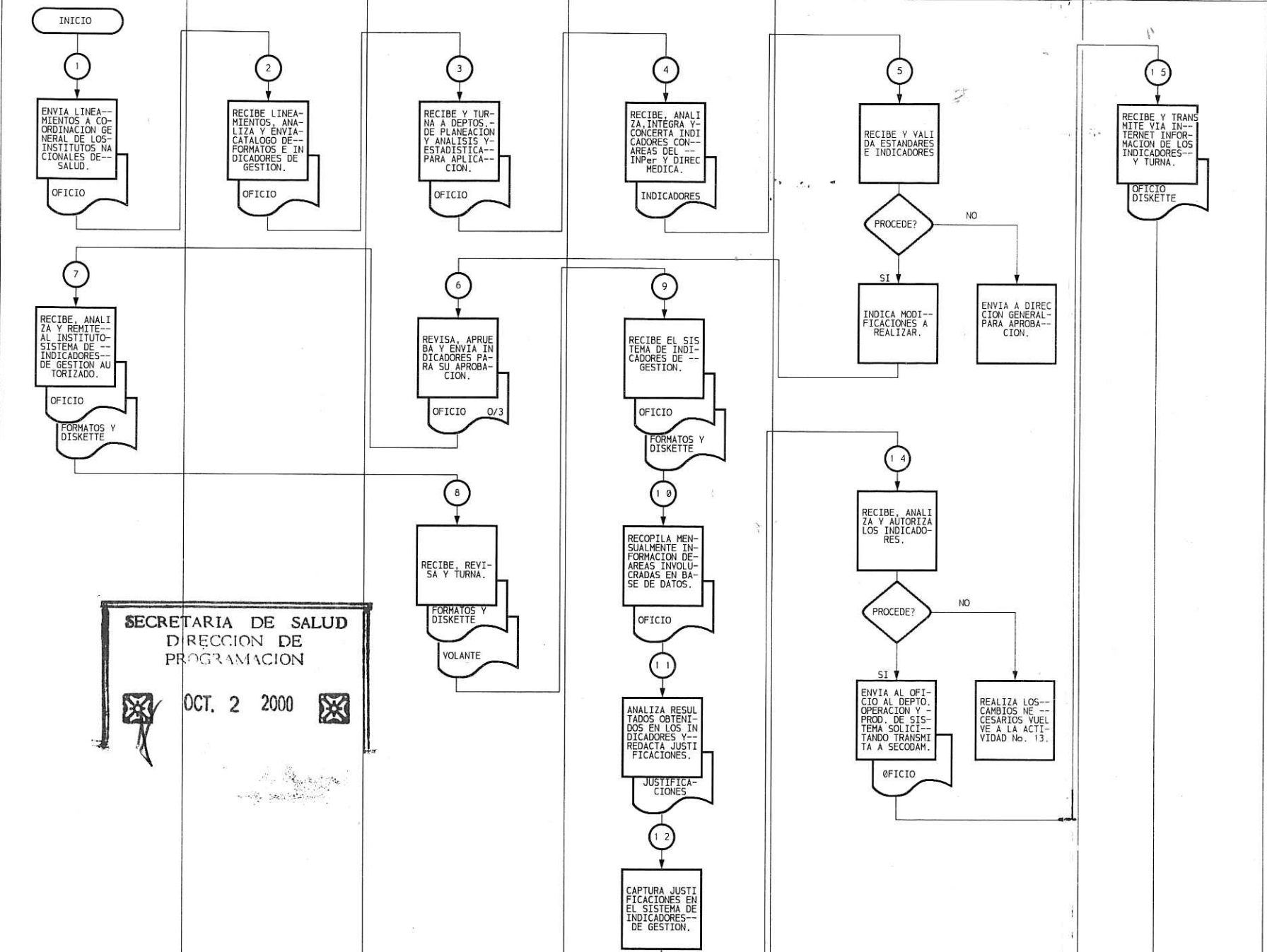
FECHA AUT.	
SECRETARÍA DE SALUD	
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2 2000
<input checked="" type="checkbox"/>	

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	14	<p>RECIBE, ANALIZA Y AUTORIZA LOS INDICADORES.</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: REALIZA LOS CAMBIOS NECESARIOS. VUELVE A LA ACTIVIDAD NO. 13.</p> <p>SÍ: ENVÍA OFICIO Y DISKETTE AL DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN Y PRODUCCIÓN DE SISTEMAS SOLICITANDO TRANSMITA A LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO, LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL MISMO.</p>
DEPARTAMENTO DE OPERACIÓN Y PRODUCCIÓN DE SISTEMAS	14	RECIBE OFICIO Y DISKETTE Y TRANSMITE VÍA INTERNET INFORMACIÓN DE LOS INDICADORES, TURNA COPIA DEL OFICIO AL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA PARA QUE DISTRIBUYA A LAS ÁREAS CONCERTADAS.
DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS Y ESTADÍSTICA	15	RECIBE Y ENTREGA COPIA DEL OFICIO Y DE LOS INDICADORES A LAS ÁREAS CORRESPONDIENTES, RECABA ACUSES DE RECIBO, ARCHIVA E INFORMA MENSUALMENTE MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN MÉDICA..
		TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y ESTADISTICA

PROCEDIMIENTO : 4.- ELABORACION E INFORME SOBRE LOS INDICADORES CONCERTADOS

SECRETARIA DE LA CONTRALORIA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO      COORDINACION GENERAL DE LOS INSTITUTOS DE SALUD      DIRECCION GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PARINATOLOGIA      DEPARTAMENTO DE ANALISIS Y ESTADISTICA      DIRECCION MEDICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PARINATOLOGIA      DEPARTAMENTO DE OPERACION Y PRODUCCION DE SISTEMAS



SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000

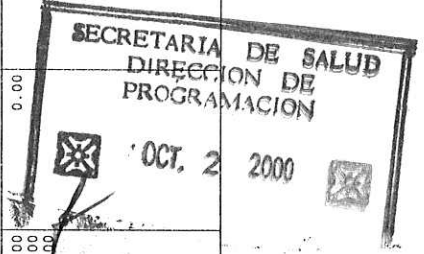
SECRETARIA DE CONTRALORIA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO  
INDICADORES DE GESTION

SECTOR: SALUD

EJERCICIO: 2000

DEPENDENCIA: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA (INPER)

GRUPO INDICADOR	OBJETIVOS	UNIDAD DE MEDIDA	RESULTADO DEL MES DE ABRIL DE LOS INDICADORES			
			INDICADOR ESTANDAR	REPORTADO	PROMEDIO	ACUMULADO
<b>OPERATIVO Y DE SERVICIOS</b>						
O1 FORCIENTO DE OCUPACION HOSPITALARIA	EXPRESA EL GRADO DE UTILIZACION DE LA CAPACIDAD INSTALADA EN HOSPITALIZACION	PORCENTAJE	70.00 78.00	3,396.00 4,290.00 79.16	0.00	77.76
O2 INTERVENCIONES QUIRURGICAS DIARIAS POR SALA DE OFE QUIROFANOS	EXPRESA LA UTILIZACION DE LA PLANTA FISICA EN QUIROFANOS	INTERVENCIONES QX	4.00 7.00	32.88 6.00 5.48	0.00	4.62
O3 ESTUDIOS DE LABORATORIO CLINICO POR C/100 CONSULTA	EXPRESA EL GRADO DE UTILIZACION DEL SERVICIO DE LABORATORIO PARA LA ATENCION DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA	ESTUDIOS DE LABORATO	80.00 150.00	1,896,100.00 10,512.00 180.37	0.00	188.76
O4 ESTUDIOS DE RADIOLOGIA POR C/100 CONSULTAS OTORGAD	EXPRESA EL GRADO DE UTILIZACION DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA PARA LA ATENCION DE PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA	ESTUDIOS DE RADIOLOG	1.00 4.00	8,300.00 10,512.00 0.75	0.00	0.01
O5 CONSULTAS OBSTETRICAS SUBSEC. SOBRE 1A. VEZ	EXPRESA EL PROMEDIO DE CONSULTAS OBSTETRICAS SUBSECUENTES QUE SE OTORGAN POR CADA UNA DE PRIMERA VEZ OBSTETRICA	CONSULTA	5.00 10.00	1,919.00 338.00 5.68	0.00	5.30
O6 CONS. SUBSEC. GINECOL. EN RELACION A LAS DE 1A. VEZ	EXPRESA EL PROMEDIO DE CONSULTAS GINECOLOGICAS SUBSECUENTES QUE SE OTORGAN POR CADA UNA DE PRIMERA VEZ GINECOLOGICA	CONSULTA	5.00 10.00	1,998.00 192.00 10.41	0.00	9.25
O7 CONS. SUBSEC. DE OTRAS ESPECIAL. EN REL. A 1A. VEZ	EXPRESA EL PROMEDIO DE CONSULTAS DE OTRAS ESPECIALIDADES, SUBSECUENTES QUE SE OTORGA POR CADA UNA DE PRIMERA VEZ	CONSULTA	0.80 2.50	4,089.00 1,976.00 2.07	0.00	2.12
O8 TOTAL DE CONS. OBSTETRICAS OTORGADAS POR HR. MEDIC	EXPRESA LA PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO POR HORA EN LA ATENCION DE CONSULTA OBSTETRICA	CONSULTA	3.00 5.00	2,257.00 560.00 4.03	0.00	4.15
O9 TOTAL DE CONS. GINECOL. OTORGADAS POR HR. MEDICO	EXPRESA LA PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO POR HORA EN LA ATENCION DE CONSULTA GINECOLOGICA	CONSULTA	3.00 6.00	2,190.00 371.00 5.30	0.00	6.01
O10 TOTAL DE CONS. DE OTRAS ESPECIAL. POR HORA MEDICO	EXPRESA LA PRODUCTIVIDAD DEL MEDICO POR HORA EN LA ATENCION DE CONSULTA DE OTRAS ESPECIALIDADES (EXCLUYEN GINECOLOGIA Y OBSTETRICA), EN CONSULTA EXTERNA.	CONSULTA	1.00 3.00	6,065.00 3,094.00 32.00	0.00	2.09

RESPONSABLE:  
TELEFONO:



SECRETARIA DE CONTRALORIA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO  
INDICADORES DE GESTION

SECTOR: SALUD

EJERCICIO: 2000

DEPENDENCIA: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA (INPER)

NOTA EVALUATORIA

MES ABRIL

01 PORCIENTO DE OCUPACION HOSPITALARIA

El resultado mensual es ligeramente superior al estandar máximo establecido, debido a la saturación de la Unidad de Cuidados intensivos Neonatales, que durante el mes de abril tuvo una ocupación hospitalaria de 92.3%, mientras que en la Terapia Intermedia fue 85.2% y en Gineco-Obstetricia 73.3%.

02 INTERVENCIONES QUIRURGICAS DIARIAS POR SALA DE OPE

Los promedios obtenidos tanto en el mes como en el primer cuatrimestre se encuentran dentro del rango de aceptación. Del total de cirugías realizadas 81.1% fueron obstétricas, 18.4% Ginecológicas y 0.5% pediátricas.

03 ESTUDIOS DE LABORATORIO CLINICO POR C/100 CONSULTA

Ambos resultados se mantienen con excedentes respecto al límite superior establecido, sin embargo la alta demanda ha podido ser atendida sin disminuir la calidad de los estudios realizados.

04 ESTUDIOS DE RADIOLOGIA POR C/100 CONSULTAS OTORGAD

Se tiene programado realizar de 1 a 4 estudios de laboratorio por cada 100 consultas otorgadas, estimación que no se ha cumplido por remodelación del servicio. Aun cuando todavía hay pequeñas fallas por calibración del equipo, normales después de su instalación, el servicio se encuentra funcionando normalmente desde fines de abril

05 CONSULTAS OBSTETRICAS SUBSEC. SOBRE 1A. VEZ

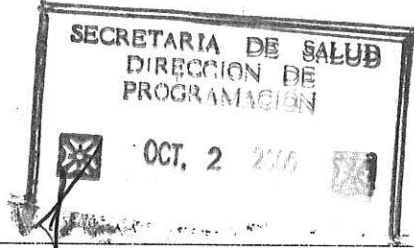
Por cada consulta de primera vez se otorgaron 5.68 subsecuentes en el mes y 5.3 en el período acumulado, promedios que se ubican dentro del estandar programado. Los principales motivos de atención de 1ra vez fueron: Antecedente de dos o más cesáreas, Endocrinopatía y Embarazo múltiple.

06 CONS. SUBSEC. GINECOL. EN RELACION A LAS DE 1A. VEZ

El número de consultas subsecuentes otorgadas durante el mes de abril rebasa en 0.41 el promedio máximo establecido, cifra no relevante. Entre las causas de atención de 1ra. vez más frecuentes, se encontraron: Esterilidad por factores Endócrino-ovárico y Tubo-peritoneal, Síndrome Climatérico y Neoplasias benignas en Utero.

07 CONS. SUBSEC. DE OTRAS ESPECIAL. EN REL. A 1A. VEZ

Su promedio mensual y acumulado se ubica dentro de los rangos de aceptación. Las especialidades donde se otorgó el mayor número de





SECRETARIA DE CONTRALORIA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO  
INDICADORES DE GESTION

SECTOR: SALUD

EJERCICIO: 2000

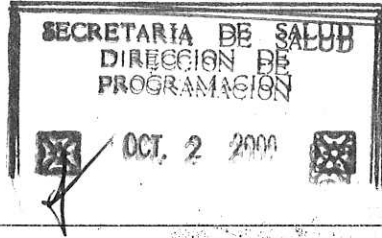
DEPENDENCIA: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA (INPER)

consultas subsecuentes por cada una de primera vez fueron:  
Endocrinología 4.6, Planificación Familiar 3.7 y Andrología 3.4.

08 TOTAL DE CONS. OBSTETRICAS OTORGADAS POR HR. MEDIC  
La cantidad de consultas obstétricas otorgadas por hora médico fue 4.03 en abril y 4.15 en el período acumulado, ubicándose dentro de los valores esperados. Los diagnósticos más frecuentes en la consulta subsecuente fueron: Diabetes Mellitus, Otra Endocrinopatía, Embarazo Múltiple e Hipertensión Crónica.

09 TOTAL DE CONS. GINECOL. OTORGADAS POR HR. MEDICO  
En Ginecología se otorgaron 5.9 consultas por hora médico durante abril, así como 6.0 en los cuatro primeros meses del año 2000. Ambos promedios son acordes a lo esperado. Las entidades con mayor repetición en la consulta subsecuente fueron las mismas de 1ra vez, adicionando Esterilidad por factor masculino.

010 TOTAL DE CONS. DE OTRAS ESPECIAL. POR HORA MEDICO  
Los promedios para este indicador también registran resultados acordes a lo esperado, aunque las especialidades consideradas muestran enormes diferencias en el número de consultas totales durante abril, que van desde 393 en Planificación Familiar hasta 20 en Nutrición.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

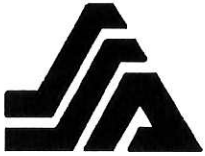
HOJA  
61

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

5.- PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA  
62

FECHA AUT.

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

: OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

DETECTAR Y BRINDAR ATENCIÓN PRINCIPALMENTE A PERSONAS CON ALTO RIESGO PERINATAL. Y/O CON DIVERSOS PROBLEMAS GINECOLÓGICOS PARA QUE DEPENDIENDO DE LOS PADECIMIENTOS QUE SE OBSERVAN EN LA CONSULTA DE VALORACIÓN, PUEDAN SER CANALIZADAS A LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, ASÍ COMO LLEVAR UN CONTROL EN LA PROGRAMACIÓN DE CITAS A LAS ÁREAS O SERVICIOS QUE OTORGA EL INSTITUTO.



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA  
63

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

#### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁN ENTREGADAS LAS FICHAS DE VALORACIÓN A LA PACIENTE A LAS 8:30 HRS., EN DÍAS HÁBILES, ÉSTAS SERÁN ENTREGADAS POR LA PERSONA DESIGNADA EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA.
- SERÁ DE 7:00 A 20:00 HRS., EL HORARIO PARA PROGRAMACIÓN DE CITAS A CUALQUIERA DE LAS ESPECIALIDADES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- SE PRESENTARÁ LA PACIENTE A LAS 8:30 HRS., PARA SOLICITAR FICHA DE VALORACIÓN (2240-20) EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA.
- SERÁ SOMETIDA LA PACIENTE A UNA ENTREVISTA CON EL MÉDICO ADSCRITO EN ALGUNO DE LOS CONSULTORIOS DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, DICHA ENTREVISTA PERMITRÁ DETERMINAR EN PRINCIPIO SI ES POSIBLE RECIBIR ATENCIÓN EN EL INSTITUTO, YA QUE SE DEBEN CUMPLIR ALGUNAS POLÍTICAS MÉDICAS COMO SON: EDAD GESTACIONAL, PADECIMIENTOS, RIESGOS, ETC.,
- SERÁ INDISPENSABLE QUE LA PERSONA PRESELECCIONADA PRESENTE FICHA DE VALORACIÓN MÉDICA (FORMATO 2240-20) EN LA HORA Y FECHA SEÑALDAS EN LA MISMA, ESTA FICHA SERÁ INTRANSFERIBLE Y SE DEBERÁ ACOMPAÑARSE CON IDENTIFICACIÓN PERSONAL, ASÍ MISMO SE HA ESTABLECIDO UN COLOR PARA CADA DÍA DE LA SEMANA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL REALIZAR EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y ASIGNAR LA CLASIFICACIÓN PARA CUBRIR LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN QUE SE GENERÁN DEL TRATAMIENTO QUE RECIBA LA PACIENTE EN EL INSTITUTO, ASÍ COMO DE ENTREGAR EL CARNET DE CITAS (2240-18).
- LAS CITAS PARA EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE REQUERIDOS POR EL MÉDICO SE PROPORCIONARÁN EN LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA PACIENTE SOLICITAR SUS CITA SUBSECUENTES EN EL ÁREA DE "CONTROL DE CITAS" DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, PARA CONSULTA DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA O DE LA ESPECIALIDAD QUE SE REQUIERA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
64

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 5.- COORDINAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	1	POR ÓRDENES DE LA DIRECCIÓN MÉDICA INDICA AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA PREPARAR 50 FICHAS DE VALORACIÓN (2240-20), MISMAS QUE SE ENTREGAN DIARIAMENTE A LAS PACIENTES SOLICITANTES DE ATENCIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
PACIENTE	2	ACUDE A SOLICITAR FICHA DE VALORACIÓN DE LUNES A VIERNES A LAS 8:30 HRS., EN DÍAS HÁBILES.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	3	ASIGNA CITA Y ENTREGA A LA PACIENTE FICHA DE VALORACIÓN (2240-20), INDICANDO FECHA Y HORA DE CONSULTA.
PACIENTE	4	SE PRESENTA EN EL DÍA Y HORA SEÑALADOS EN LA FICHA DE VALORACIÓN (FORMATO 2240-20), Y ESPERA QUE LE LLAMEN EN CONSULTA EXTERNA.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	5	LLAMA A LA PACIENTE POR SU NOMBRE Y LE INDICA A QUE NÚMERO DE CONSULTORIO DEBE PASAR.
	6	VALORA MÉDICAMENTE A LA PACIENTE.  ¿PROCEDE?  NO: INDICA A LA PACIENTE LAS CAUSAS DEL RECHAZO. TERMINA PROCEDIMIENTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
65

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

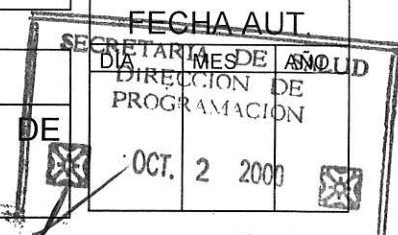
PROCEDIMIENTO: 5.- COORDINAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

FECHA AUT		
SECRETARÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2001

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA		SÍ: ELABORA EN ORIGINAL FORMATO 2240-01 Y LO ENTREGA A LA PACIENTE, INDICÁNDOLE QUE PASE A CONTROL DE CITAS (DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA).
PACIENTE	7	SE DIRIGE AL ÁREA DE CONTROL DE CITAS DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y ENTREGA EL FORMATO 2240-01.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	8	RECIBE DE LA PACIENTE EL FORMATO 2240-01, REvisa que esté debidamente llenado y que contenga el nombre completo y firma del médico que hizo la valoración
		¿PROCEDE?
		NO: INFORMA A LA PACIENTE LAS CAUSAS DEL RECHAZO E INDICA QUE PASE CON EL MÉDICO QUE LA ATENDIÓ, PARA REALIZAR LAS CORRECCIONES NECESARIAS.
		SÍ: PROPORCIONA A LA PACIENTE LA LISTA DE DOCUMENTACIÓN QUE DEBE PRESENTAR PARA SU ESTUDIO SOCIOECONÓMICO, QUE SON: REQUISITOS PARA APERTURA DE EXPEDIENTE (2240-04), CONSTANCIA DE AFILIACIÓN AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (2240-05), CONSTANCIA DE AFILIACIÓN AL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (2240-06).



ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 5.- COORDINAR LOS SERVICIOS DE  
CONSULTA EXTERNA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	9	UNA VEZ QUE ENTREGA Y EXPLICA A LA PACIENTE LA DOCUMENTACIÓN PROCEDE A PROGRAMAR FECHA Y HORA PARA CONSULTA DE PRIMERA VEZ.
PACIENTE	10	ACUDE A LA VENTANILLA DE "CONSULTA DE PRIMERA VEZ" DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, EN LA FECHA Y HORA QUE SE LE INDICÓ EN LA PREVIA CONSULTA DE VALORACIÓN, REGISTRA SU ASISTENCIA Y PRESENTA DOCUMENTOS SOLICITADOS.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	11	REVISA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA Y LA ENVÍA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, PARA QUE ESTE DETERMINE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO QUE SE LE ASIGNARÁ A LA PACIENTE.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	12	RECIBE LA DOCUMENTACIÓN, LLAMA A LA PACIENTE POR SU NOMBRE, REALIZA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO BASÁNDOSE EN UNA PEQUEÑA ENTREVISTA Y EN LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA.
	13	INDICA EL COSTO DE LA CONSULTA Y LE PIDE QUE ACUDA A LA CAJA DEPENDIENTE DEL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA PARA CUBRIR EL IMPORTE CORRESPONDIENTE.
PACIENTE	14	ACUDE A LA CAJA A CUBRIR EL COSTO DE LA CONSULTA, CON BASE AL NIVEL SOCIOECONÓMICO QUE LE ASIGNÓ PREVIAMENTE EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
67

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

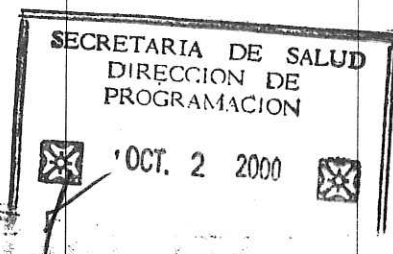
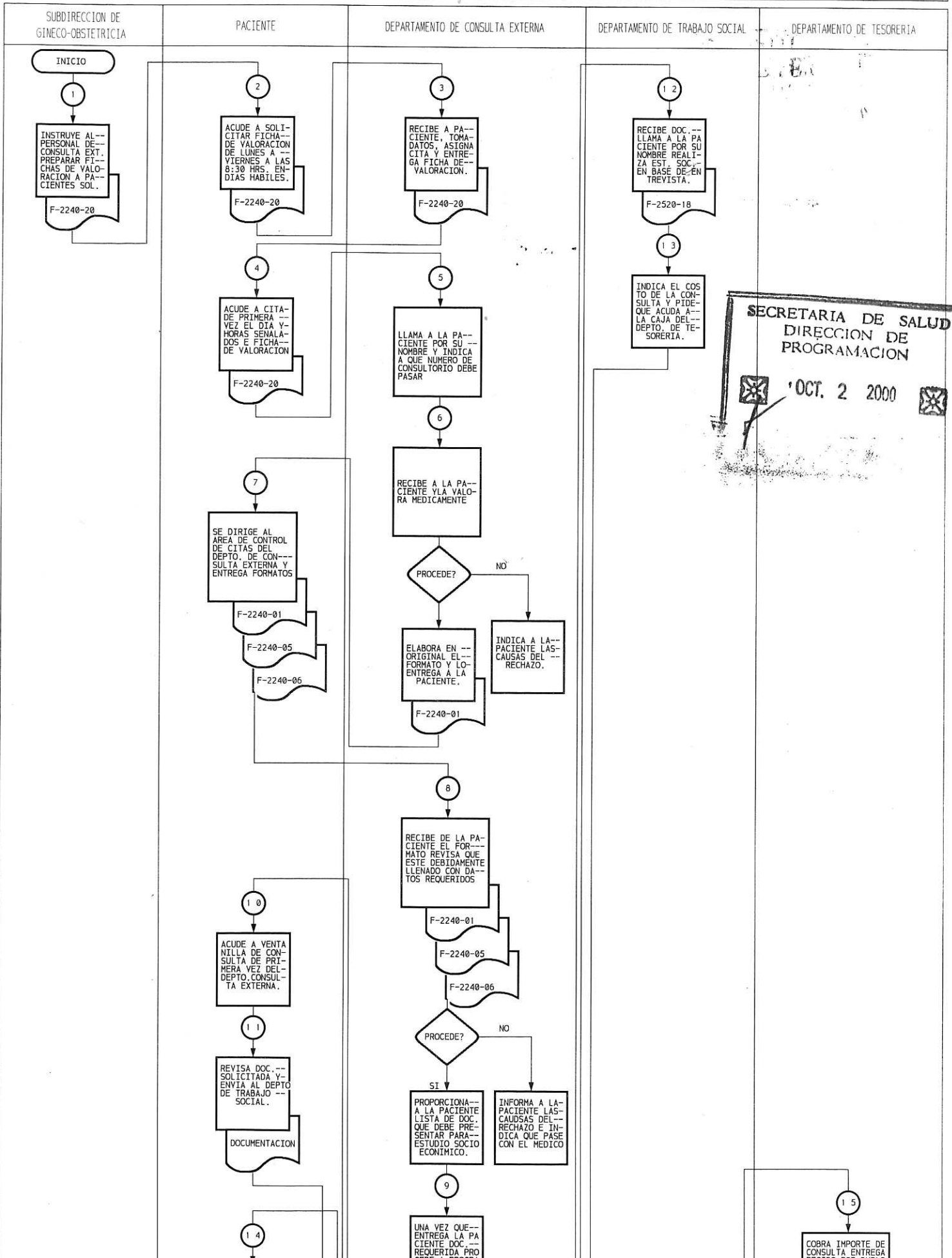
PROCEDIMIENTO: 5.- COORDINAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

DIA:  02  
MES:  OCT  
AÑO:  2000  
DIRECCION DE PROGRAMACION

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCION
DEPARTAMENTO DE TESORERÍA	15	COBRA EL IMPORTE DE LA CONSULTA Y ENTREGA RECIBO POR DUPLICADO A LA PACIENTE, LE INDICA ACUDIR A LA VENTANILLA DE CITAS SUBSECUENTES PARA PROGRAMACIÓN DE SU CITA Y PARA ENTREGAR COPIA DEL RECIBO DE PAGO.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	16	RECIBE COPIA DEL RECIBO DE PAGO PROGRAMA Y DA CITA PARA CONSULTA MÉDICA.  OTORGA CONSULTA MÉDICA A LA PACIENTE, SOLICITA EXÁMENES DE LABORATORIO O GABINETE CUANDO EL CASO LO AMERITE Y FIJA LA FECHA DE CITA SUBSECUENTE.  TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE: DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO: 5.- COORDINAR LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA





DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

México, D. F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2000

①

PERSONAL DE CONTROL DE CITAS  
CONSULTA DE PRIMERA VEZ  
PRESENTE

②

La C. \_\_\_\_\_ con ficha número ③ y con edad de \_\_\_\_\_ años, reúne los criterios médicos para ser ACEPTADA EN FORMA PROVISIONAL como paciente en:

- ( ) EMBARAZO DE ALTO RIESGO ( ) ADOLESCENCIA (Obstetricia) ( ) ONCOLOGIA
- ( ) PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE ⑤ ( ) ADOLESCENCIA (Ginecología) ( )
- ( ) CLIMATERIO ( ) CLIMATERIO
- ( ) GINECOLOGIA ( ) PLANIFICACION FAMILIAR
- ( ) UROGINECOLOGIA ⑥

DIAGNOSTICO DE ACEPTACION: \_\_\_\_\_

Favor de otorgar su cita correspondiente. El día de su cita, además de la documentación general solicitada, debe presentar como comprobantes de carácter médico:

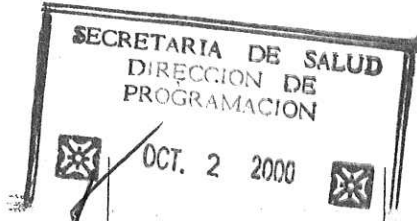
- ( ) NINGUNO ( ) PRUEBA POSITIVA DE EMBARAZO
- ( ) RESUMEN CLINICO ⑦ ( ) ULTRAECOSONOGRAFIA
- ( ) OTRO: \_\_\_\_\_

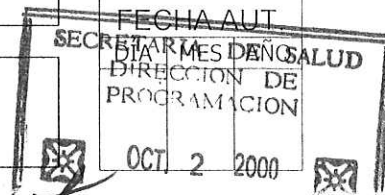
SU ACEPTACION DEFINITIVA QUEDARA CONDICIONADA A LA PRESENTACION DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.

NOMBRE DEL MEDICO QUE VALORO: ⑧

FIRMA: ⑨

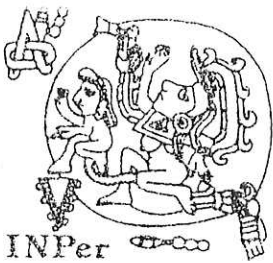
FAVOR DE PRESENTAR ESTA HOJA EL DIA DE SU CITA, SIN ELLA, LAMENTABLEMENTE NO PODRA REALIZAR NINGUN TRAMITE.  
GRACIAS.





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"CONSULTA DE PRIMERA VEZ" (2240-01)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	A _____ DE _____ 200__	EL DÍA, MES Y EL NÚMERO DEL AÑO EN CURSO EN EL QUE SE LLENA EL PRESENTE FORMATO
2	C. _____	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO.
3	FICHA NÚMERO	EL NÚMERO DE LA FICHA ASIGNADA POR EL ÁREA DE CONTROL DE CITAS.
4	EDAD DE ____	LA EDAD DE LA PACIENTE SOLICITANTE.
5	ACEPTADA EN FORMA PROVISIONAL	UNA "EQUIS" EN EL SERVICIO EN LA QUE VA A SER ATENDIDA.
6	DIAGNÓSTICO DE ACEPTACIÓN	SI ES ACEPTADA COMO PACIENTE NORMAL DEL INSTITUTO.
7	DOCUMENTACIÓN DE CARÁCTER MÉDICO	UNA "EQUIS" AL INCISO QUE CORRESPONDA.
8	MÉDICO QUE VALORO	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO CON APELLIDO MATERNO Y PATERNO.
9	FIRMA	RÚBRICA DEL MÉDICO QUE VALORÓ.



## INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

México, D.F. de

de 199 ①

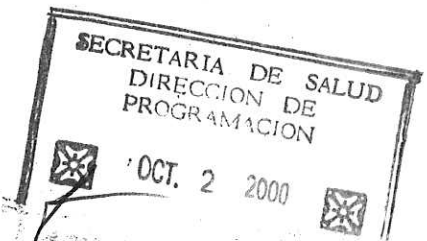
OFICINA DE REGISTRO Y VIGENCIA  
DE DERECHOS DEL IMSS.  
AVENIDA TOKIO # 80 (EXCLUSIVAMENTE PACIENTES FORANEAS)  
(RESIDENTES DEL DISTRITO FEDERAL O AREA METROPOLITANA VER LISTADOS)  
PRESENTE.

Por medio del presente, me permito solicitar a Usted (s) comprobante donde se indique si la Sra. ② \_\_\_\_\_ tiene o no derecho al Servicio Médico que su institución proporciona.

NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE: ③ \_\_\_\_\_

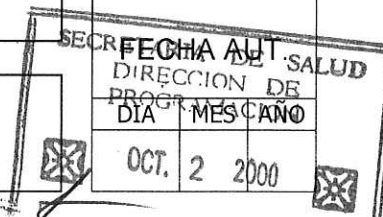
Agradeciendo de antemano las atenciones prestadas al presente, queda de Usted,

ATENTAMENTE



Dr. Francisco de J. Cabral Castañeda  
Jefe de el Departamento de Consulta Externa

2240-05



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

“CONSTANCIA DE AFILIACIÓN AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL”  
(2240-18)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	LA FECHA EN QUE SE ELABORA LA CONSTANCIA.
2	SRA.	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSNA INTERESADA QUE SOLICITA LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO.
3	NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE	NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO DE LA INTERESADA O DE LA PERSONA DE QUIEN DEPENDE ECONO+







INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CONSTANCIA DE AFILIACIÓN AL ISSSTE" (2240-06)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	D.F. __ DE __ DE 1999 __	EL DÍA, MES Y EL NÚMERO DEL AÑO EN CURSO EN EL QUE SE LLENA EL PRESENTE FORMATO.
2	NOMBRE DE LA PACIENTE	EL NOMBRE COMPLETO CON APELLIDO MATERNO Y PATERNO.
3	NOMBRE DEL ESPOSO	EL NOMBRE COMPLETO DEL CÓNYUGE.
4	FECHA DE NACIMIENTO DE AMBOS	SE PONDRÁ EL AÑO, MES Y DÍA DE NACIMIENTO DE LA PACIENTE Y DEL ESPOSO.

- 1.- ESTA FICHA ES INTRANSFERIBLE.
- 2.- SE REQUIERE ACOMPAÑARLA DE IDENTIFICACION PERSONAL.
- 3.- VALIDA EN LA FECHA Y HORA SEÑALADAS.
- 4.- LA CITA TIENE UNA TOLERANCIA MAXIMA DE 15 MINUTOS.
- 5.- SU DISTRIBUCION ES GRATUITA. NO NEGOCIABLE.
- 6.- GRACIAS POR SU COOPERACION.

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION



087-2-2000

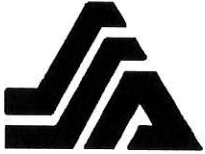


INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
Ficha de Valoración para  
Consulta Externa

①

ES INDISPENSABLE SU PRESENTACION PARA LA  
VALORACION MEDICA:

2240-20



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
76

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"FICHA DE VALORACIÓN" (2240-20)

NÚMERO

CONCEPTO

SE ANOTARÁ

1

EL DÍA, MES Y AÑO Y HORA EN QUE SE DEBE  
PRESENTAR LA PACIENTE A SU CITA DE  
VALORACIÓN.



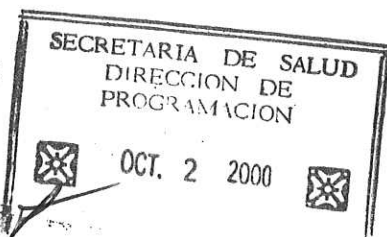
# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA

SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

INDICACIONES A LA APERTURA DE EXPEDIENTE



Este Departamento desea proporcionarle un buen servicio. Para ello le rogamos nos ayude tomando en cuenta la siguiente información:

1. La entrevista en Trabajo Social es para aplicación de un estudio socioeconómico y determinar la clasificación para cubrir costos.
2. Al finalizar la entrevista, pasará a la Sala de Espera en donde la llamarán y entregarán su documentación (carnet y adessógrafo) para programar sus -- citas.
3. Cuando reciba su documentación, acudirá a la caja para información sobre costos de consulta médica y estudios requeridos, y pago de consultas de la vez.
4. En relación a costos aproximados sobre: parto, cesárea o cualquier tipo de hospitalización, deberá acudir al servicio de Cuentas Corrientes en (plante baja).
5. Deberá donar sangre como trámite de hospitalización. Para el efecto, deberá acudir al módulo de orientación o laboratorio. De preferencia dicha donación será antes de su internamiento.
6. De considerarse necesario se le proporcionará una cita subsecuente con la Trabajadora Social responsable, la cual se anotará en el carnet.
7. En caso de ser paciente obstétrica (embarazada) debe acudir al servicio de Educación para la Reproducción para su inscripción (leer folleto que entregará recepción).

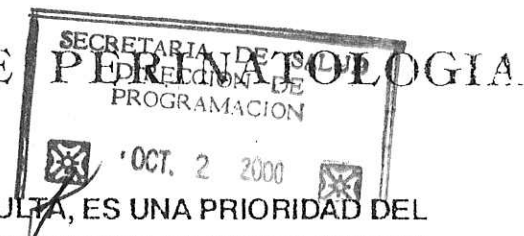
A t e n t a m e n t e

TRABAJO SOCIAL

2520-05

# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

INPer



MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA CONSULTA, ES UNA PRIORIDAD DEL CUERPO DIRECTIVO, POR LO QUE NOS PERMITIMOS HACERLE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES QUE AYUDARAN A BRINDARLE LA ATENCION QUE USTED MERECE.

## A).- CITAS SUBSECUENTES DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA, Y ESPECIALIDADES .

1. Acuda puntualmente el día de su cita y registre su asistencia en la ventanilla rotulada como: "CONSULTA DEL DIA. REGISTRO DE ASISTENCIA ". Recuerde usted que tiene una tolerancia máxima de 15 minutos para presentarse a su cita.

2. Pase a la caja a cubrir el importe de su consulta.

3. Entregue la copia del recibo de pago en la ventanilla donde registro su asistencia.

4. En caso de tratarse de embarazo, le suplicamos pase al área de somatometría a fin de que sea registrado su peso y presión arterial.

5. Permanezca en la sala de espera hasta que le sea indicado el número del consultorio en el que recibirá su consulta. **POR FAVOR, NO ESPERE EN LOS PASILLOS.**

6. Al terminar su consulta, si su médico lo indicó, acuda a

la ventanilla rotulada como: "CITAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA -- CITAS DE ESPECIALIDADES" para programar su cita siguiente. Las citas de laboratorio, ultrasonido y rayos X se lleva al cabo junto con las del médico o en la misma ventanilla.

## B).- RECOMENDACIONES GENERALES.

1. Por la seguridad de sus hijos le recordamos que el acceso al Instituto de los menores de 12 años, se encuentra restringido, salvo en los casos en los que el niño acuda a consulta.

2. Las instalaciones del Instituto son para su beneficio; ayúdenos a mantenerlas en buen estado de conservación e higiene.

3. Le suplicamos se abstenga de introducir alimentos a la sala de espera.

4. La sala de espera es área de no fumar.

5. Con base en el área física de la sala de espera, se le solicita se abstenga de traer

mas de un acompañante a la consulta. De preferencia debe ser su esposo o compañero.

6. Con la finalidad de evitar errores y molestias en su citas, le recordamos que el personal de control de citas NO PUEDE OTORGARLAS por vía telefónica.

7. Recuerde que para cualquier tramite en el control de citas, es necesario contar con su tarjeta de identificación y su carnet de citas.

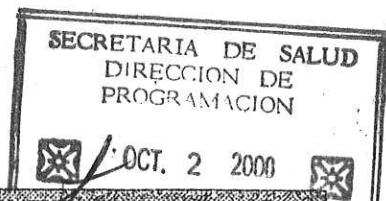
8. Tres faltas consecutivas a consulta sin previo aviso o justificación, causan su baja de la Institución.

9. El personal de la consulta externa tiene el mejor deseo de atenderle como usted se merece, por lo que se le solicita un trato cordial y amable para ellos. Todo es mejor con una sonrisa.

10. Si desea hacer alguna sugerencia o queja, le suplicamos utilice el buzón que para tal fin se encuentra colocado en la sala de espera o personalmente en la jefatura de la consulta externa.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA



### REQUISITOS PARA APERTURA DE EXPEDIENTE

Para recibir atención en los servicios de consulta del Instituto Nacional de Perinatología es requisito indispensable presentar original y copia de la siguiente documentación:

1. Identificación personal vigente con nombre, fotografía y firma: credencial de elector, de trabajo, licencia de automovilista.
2. Acta de nacimiento de la persona que solicita los servicios, así como del esposo o pareja.
3. Constancia oficial de empleo e ingresos tanto de la paciente como del esposo o pareja; ejemplo: último recibo de sueldo, carta expedida por alguna dependencia gubernamental o privada, última declaración de ingresos ante la Secretaría de Hacienda, o algún documento certificado por alguna Institución que acredite su situación económica.
4. Comprobante de domicilio actual: boleta predial, recibo de teléfono, agua o de arrendamiento y correspondencia personal.
5. Comprobar si tiene o no derecho al servicio médico del IMSS como del ISSSTE, para lo cual deberá acudir a las direcciones indicadas en los formatos proporcionados por el Instituto.
6. En caso de contar con póliza de seguro de gastos médicos, notificar y presentar la documentación correspondiente.

Con los documentos requeridos acudir al control de citas, el día y la hora señalada.

**EN CASO DE NO TENER LA DOCUMENTACION SOLICITADA, LAMENTABLEMENTE NO PODRA HACER USO DE LOS SERVICIOS QUE OTORGA EL INSTITUTO.**

PARA FACILITAR LOS TRAMITES SOLICITAMOS SU VALIOSA COLABORACION

Para cualquier aclaración acudir al módulo de Orientación e Información.

Atentamente

DIRECCION GENERAL INPer.



IDENTIFICACION

EXPEDIENTE:

① / / 0

NOMBRE DE PACIENTE

②

NIVEL:

③

FECHA DE NAC

④ / /

EDAD:

⑤

⑥ VIVIENDA PERMANENTE

DOMICILIO:

COLONIA:

DEL.O MPIO:

COD.POST:

TEL:

VIVIENDA TEMPORAL

DOMICILIO:

COLONIA:

DEL.O MPIO:

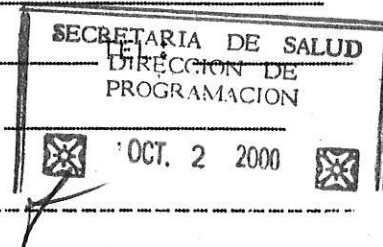
COD.POST:

RS. RESPONSABLE:

PARENTESCO:

TELEFONO:

EXT:



⑦ ENTIDADES FEDERATIVAS

DOM.PERMANENTE

DOM.TEMP.

NACIMIENTO

NACIONALIDAD

⑧ ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ESTUDIO:

/ /

REALIZADO EN:

C/EXT.

TIPO PAC.

OBST

SEM/GEST :

URG.

GINE

COHORTE

EST

P.F.

TIENE SEG.SOC.?

LA USA?

CUAL:

IMSS

CANALIZO: IMSS

INS.PRIV.

ISSSTE

ISSSTE

D.D.F.

PEMEX

PEMEX

INS.NAL.SALUD

HOSP.MARINA

HOSP.MARINA

INIC.PROP.

HOSP.MILIT.

HOSP.MILIT.

D.I.F.

ISEMYM

MED.PART.

EMPL.EN INPer

S.G.M.

S.S.A.

CANALIZADO:

VERBALMENTE

EDO.CIVIL:

EDAD.COMP.:

HIJOS VIVOS

OFICIALMENTE

\* EDADES DE HIJOS :

EDADES DE HIJAS :

(\* Siempre de menor a mayor)

NIVEL ESTUDIOS:

MUJER:

TERMINO

COMP.:

TERMINO

OCCUPACION :

DESCRIPCION :

TIPO DE HABITACION :

VECINDAD

CASA SOLA

OTRO

EDIFICIO

CUARTO/DORM.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
81

SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

“PROCEDIMIENTO MANUAL” (2520-18)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXPEDIENTE	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
2	NOMBRE PACIENTE	EL NOMBRE, APELLIDO MATERNO Y PATERNO DE LA INTERESADA.
3	NIVEL	EL NIVEL SOCIO ECONÓMICO ASIGNADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL.
4	FECHA DE NACIMIENTO	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE NACIÓ LA PACIENTE.
5	EDAD	LOS AÑOS CUMPLIDOS HASTA EL DÍA EN QUE LE ASIGNARON EL NÚMERO DE EXPEDIENTE.
6	VIVIENDA PERMANENTE Y VIVIENDA TEMPORAL	EL DOMICILIO COLONIA, DELEGACIÓN O MUNICIPIO, CÓDIGO POSTAL Y TELÉFONO DE DONDE VIVE LA PACIENTE NORMALMENTE U OCASIONALMENTE.
7	ENTIDADES FEDERATIVAS	SERÁ LLENADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL.
8	ESTUDIO SOCIAL	SERÁ LLENADO POR LA TRABAJADORA SOCIAL.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

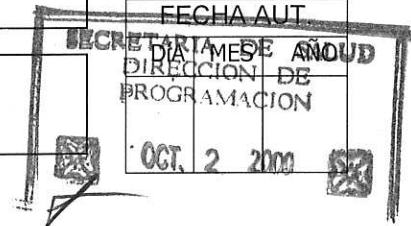
HOJA

82

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARIA DE SALUD	
FECHA AUT. DE PROGRAMACION	
DÍA	MES AÑO
OCT. 2	2000

6.- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO



OBJETIVO ESPECÍFICO

BRINDAR DIAGNÓSTICOS AUXILIARES REQUERIDOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE LAS PACIENTES QUE SE ATIENDEN EN EL INSTITUTO Y CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA.



SECRETARÍA DE SALUD	MES	AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
	OCT. 2	2000

### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO DETERMINAR Y SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE OPERACIÓN DE CADA UNO DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO PROMOVER Y REALIZAR REUNIONES Y EVENTOS DE INTERCAMBIO CIENTÍFICO QUE PERMITAN EVALUAR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS QUE PRESTAN LAS ÁREAS DE ESTA SUBDIRECCIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO APOYAR LA EJECUCIÓN DE LOS PROGRAMAS SECTORIALES DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS FUNCIONES Y SERVICIOS CORRESPONDIENTES.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO EVALUAR EN SU CASO Y APROBAR LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE IMPLEMENTEN CON EL OBJETO DE AMPLIAR EL CAMPO DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN INSTITUCIONAL.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL APOYAR A LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL INSTITUTO EN LA DETERMINACIÓN Y EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE LABORATORIO Y GABINETE
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS JEFES DE DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, LABORATORIO CENTRAL Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN RESPECTIVAMENTE SUPERVISAR Y APOYAR EL PROGRAMA PARA EL DESARROLLO ACADÉMICO DEL PERSONAL MENSUALMENTE, PARA COADYUVAR A MEJORAR LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN LA INSTITUCIÓN.



AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

PROCEDIMIENTO: 6.- OTORGAR SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

FECHA AUT.	
SECRETARÍA DE SALUD	
DÍA	MES AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2 2000 <input checked="" type="checkbox"/>

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO COADYUVAR EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN Y AVANCES CIENTÍFICOS INNOVACIONES TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS APLICABLES AL CAMPO DE LA PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES A TRAVÉS DE LOS DEPARTAMENTOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA, LABORATORIO CENTRAL Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN LOS ESTUDIOS AUXILIARES TALES COMO: MUESTRAS OBTENIDAS DE LAS PACIENTES O DEL NEONATO, ULTRASONIDO, RADIOLÓGICOS, SANGRE ,ORINA, ETC.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

86

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARIA DE SALUD			
DIRECCION DE PROGRAMACION			
FECHA AUT.	DIA	MES	AÑO
	OCT	2	2000

PROCEDIMIENTO: 6.- OTORGAR SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	1	INSTRUYE A LOS DEPARTAMENTOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, LABORATORIO CENTRAL Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES, MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LAS TOMAS DE LABORATORIO Y GABINETE.
DEPARTAMENTOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, LABORATORIO CENTRAL Y DIAGNÓSTICO POR IMAGEN	2	RECIBE MUESTRAS, DE LOS PACIENTES EN RECIPIENTE IDENTIFICADO CON LOS DATOS DE LAS MISMAS MEDIANTE EL FORMATO "ESPECIMENES" (2250-08) EN ORIGINAL Y COPIA DEBIDAMENTE LLENADO ASÍ COMO EL RECIBO DE PAGO, ASIGNA FOLIO Y ANOTA LOS DATOS DE LA PACIENTE EN LIBRETA DE CONTROL Y ARCHIVA EN EXPEDIENTE.
	3	ELABORA EL FORMATO "HEMATOLOGÍA" (2430-14), "RESULTADOS DE EXÁMEN GENERAL DE ORINA" (2430-35) DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO O PADECIMIENTOS DE LA PACIENTE.
	4	TOMA LAS MUESTRAS DE SANGRE Y/O ORINA, ROTULA LOS TUBOS RECOLECTORES Y SOLICITA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO DE RAYOS X Y/O ULTRA-SONIDO LLENANDO LOS FORMATOS DE "SOLICITUD RADIOLOGÍA ADULTOS" (2410-04),Y "ULTRASONIDO ADULTOS" (2410-13)





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

87

FECHA AUT.

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

PROCEDIMIENTO: 6.- OTORGAR SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT 2 2000

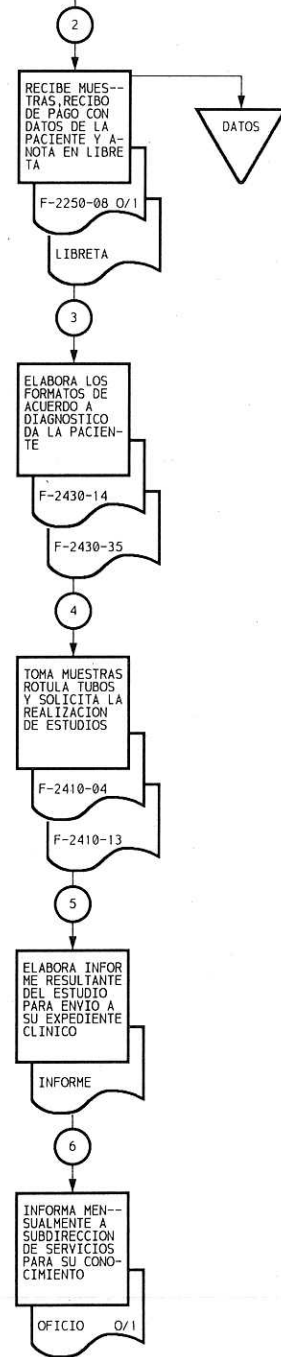
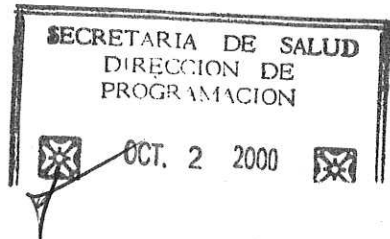
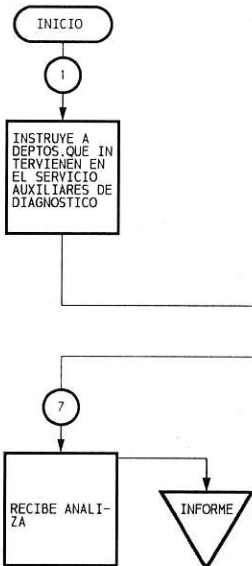
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	5	ELABORAN EL INFORME RESULTANTE DEL ESTUDIO PARA ENVÍO A SU EXPEDIENTE CLÍNICO.
	6	INFORMAN MENSUALMENTE MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y COPIA, ORIGINAL- LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO PARA SU CONOCIMIENTO, COPIA- EXPEDIENTE.
	7	RECIBE INFORME ANALIZA Y ARCHIVA.  TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

PROCEDIMIENTO : 6.-OTORGAR SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

SUBDIRECCION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

DEPARTAMENTOS DE ANATOMIA PATOLOGICA, LABORATORIO CENTRAL Y DIAGNOSTICO DE IMAGEN







SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
OCT. 2 2000		

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE ESTUDIOS DE PATOLOGÍA ESPECIMENES" (2250-08)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 NÚMERO	EL NÚMERO DE ESTUDIO.
2 OBSTRETA GINECOLOGO	LOS DATOS CLÍNICOS, CICLOS,ETC.
3 ESPECIMENES	METODO DE OBTENCIÓN,LOCALIZACIÓN ANATOMICA.
4 MÉDICO SOLICITANTE	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE.
5 MÉDICO SOLICITANTE	LA FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE.
6 HALLAZGOS MACROSCOPICOS	EL PATOLOGO, LOS HALLAZGOS MACROSCOPICOS.
7 DIAGNÓSTICOS ANATOMICOS	EL DIAGNÓSTICO DE LOS ESTUDIOS.
8 COMENTARIO FINAL	EL MÉDICO LOS COMENTARIOS PERTINENTES.
9 NOMBRE	EL NOMBRE DEL PATOLOGO.
10 FIRMA	LA FIRMA DEL PATOLOGO.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 DIRECCION MEDICA  
 SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO  
 DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

Nombre: (1)  
 Registro: (2)

**HEMATOLOGIA**

- |                                                            |                                                           |                                                           |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa  | 2618 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina          | 2629 <input type="checkbox"/> Electrofor. de Hemoglobina  |
| 2604 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática de Rutina | 2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno                 | 2630 <input type="checkbox"/> Cuantif. de Hemoglobina A2  |
| 2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos                | 2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúptico      | 2631 <input type="checkbox"/> Cuantif. de Hemoglob. Libre |
| 2610 <input type="checkbox"/> Células LE                   | 2621 <input type="checkbox"/> Productos Líticos           | 2632 <input type="checkbox"/> Haptoglobina                |
| 2611 <input type="checkbox"/> Eosinofilos en Moco Nasal    | 2622 <input type="checkbox"/> Monómeros de Fibrina        | 2633 <input type="checkbox"/> Hierro Sérico               |
| 2612 <input type="checkbox"/> Leucocitos en Moco Fecal     | 2623 <input type="checkbox"/> Lisis de Euglobulina        | 2634 <input type="checkbox"/> Folatos                     |
| 2613 <input type="checkbox"/> Médula Osea                  | 2624 <input type="checkbox"/> C. Heparina/Plasma (Prot.)  | 2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica         |
| 2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular   | 2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III            | 2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina         |
| 2615 <input type="checkbox"/> P. Tendencia Hemorrágica     | 2626 <input type="checkbox"/> Antic. Antiplaquetarios     | 2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa                 |
| 2617 <input type="checkbox"/> Dosif. Factores/Coagulación  | 2627 <input type="checkbox"/> Hemog. Fetal (Cuantitativa) | 2640 <input type="checkbox"/> Dímeros D                   |
| 2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación        | 2628 <input type="checkbox"/> Hemog. Fetal APT (Cualit.)  |                                                           |

Fecha: (4)      Edad: (5)      Edad Gestacional: (6) semanas.

Diagnóstico: (7)

Núm. de protocolo: (8)      Nombre de protocolo: (9)

Médico solicitante: (10)      Clave: (11)      Firma: (12)

Servicio solicitante: (13)      Cama: (14)



SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUTORIZACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
PROGRAMACIÓN		
OCT.	2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS HEMATOLOGÍA" (2430-14)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
2 REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE.
3 HEMATOLOGÍA	EL EXAMEN (ES) REQUERIDO (S) POR EL MÉDICO.
4 FECHA	LA FECHA (DD/MM/AAAA).
5 EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
6 EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS DE GESTACIÓN.
7 DIAGNÓSTICO	EL DIAGNÓSTICO SEGÚN RESULTADOS ESTUDIO (S) CORRESPONDIENTE.
8 No. DE PROTOCOLO	EL NÚMERO DE PROTOCOLO ASIGNADO.
9 PROTOCOLO	EL NOMBRE DEL PROTOCOLO ASIGNADO POR EL ÁREA DE INVESTIGACIÓN.
10 MÉDICO	EL NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE.
11 CLAVE	LA CLAVE DEL MÉDICO SOLICITANTE.
12 FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.
13 SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL SERVICIO SOLICITADO.
14 CAMA	EL NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNE A LA PACIENTE.



INSTITUTO NACIONAL DE PATOLOGIA  
 DIRECCION DE DIAGNOSTICO  
 SUBDIRECCION DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO  
 DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL

SECRETARIA DE SALUBRIDAD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 REGISTRO (1)  
 FECHA \_\_\_\_\_

2 RESULTADOS DE EXAMEN GENERAL DE ORINA

PRUEBAS	RESULTADO	LIMITES DE REFERENCIA
<b>EXAMEN FISICO</b>		
COLOR Y ASPECTO		
<b>EXAMEN QUIMICO</b>		
LEUCOCITOS		NEGATIVO
NITRITOS		NEGATIVO
UROBILINOGENO		0.2 MG/DL.
PROTEINAS		NEGATIVO
Ph		5.0 - 6.0
SANGRE		NEGATIVO
GRAVEDAD ESPECIFICA		1010-1022 ( 24 Hrs ) 1001-1035 ( Azahar )
CETONA		NEGATIVO
BILIRRUBINAS		NEGATIVO
GLUCOSA		NEGATIVO
<b>EXAMEN MICROSCOPICO</b>		
SEDIMENTO	ESC REG AB	
CEL EPITEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	CILINDROS _____ P/C
BACTERIAS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GRANULAR _____ P/C
LEUCOCITOS	_____ P/C	HALINOS _____ P/C
ERITROCITOS	_____ P/C	MIXTO _____ P/C
		HEMATICOS _____ P/C
		CRISTALES ESC REG AB
		FOS AMOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		URATOS A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		OXALATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		AC.URICO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		FOS TRIPLE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3 Observaciones \_\_\_\_\_

4 REALIZO: \_\_\_\_\_





FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE RESULTADOS DE EXAMEN GENERAL DE ORINA" (2430-35)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 DATOS DEL PACIENTE	EL NOMBRE, REGISTRO DE LA PACIENTE Y FECHA DEL ESTUDIO.
2 DATOS DEL ESTUDIO	LAS ANOTACIONES DE LAS PRUEBAS, RESULTADO, LIMITES DE REFERENCIA Y EXAMEN MICROSCOPICO.
3 OBSERVACIONES	LAS OBSERVACIONES DEL RESULTADO.
4 REALIZÓ	LOS DATOS DEL LABORATORISTA RESPONSABLE.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

## R A D I O L O G I A   A D U L T O S

**ESTUDIOS SIMPLES:**

- 3201  CRANEO AP
- 3202  CRANEO LAT
- 3203  CRANEO TOWNE
- 3204  SENOS PARANASALES (3)
- 3234  CUELLO LATERAL (ADENOIDES)
- 3235  WATERS
- 3231  SILLA TURCA (TELE)
- 3236  TORAX PA (TELE)
- 3217  TORAX LATERAL
- 3225  SERIE CARDIACA (3)
- 3237  SIMPLE DE ABDOMEN
- 3219  SIMPLE DE ABDOMEN (DE PIE)
- 3247  EDAD OSEA (4)
- 3248  EXTREMIDAD AP Y LAT (2)
- 3249  PROYECCION ADICIONAL

①

- 3238  COLUMNA CERVICAL AP Y LAT (2)
- 3209  COLUMNA CERVICAL OBLICUAS (2)
- 3239  COLUMNA CERVICAL DINAMICAS (2)
- 3240  COLUMNA DORSAL AP Y LAT (2)
- 3241  COLUMNA LUMBAR AP Y LAT (2)
- 3215  COLUMNA LUMBAR OBLICUAS (2)
- 3242  COLUMNA LUMBAR DINAMICAS (2)
- 3243  COLUMNA COCCIX AP Y LAT (2)
- 3244  TORAX OSEO (AP Y OBL) (2)
- 3205  PELVIS AP
- 3245  MEDICION MIEMBROS INFERIORES
- 3246  MANOS COMPARATIVA

- 3222  COLON POR ENEMA
- 3226  UROGRAFIA EXCRETORA
- 3227  CISTOGRAFIA RETROGRADA
- 3251  FISTULOGRAFIA
- 3252  VAGINOGRAMA/GENITOGRAMA
- 3229  HISTEROSALPINGOGRAFIA
- 3253  OTRO

**ESTUDIOS ESPECIALES:**

- 3232  MASTOGRAFIA
- 3254  BIOPSIA MAMA POR ESTEREOTAXIA
- 3255  MARCAJE MAMA POR ESTEREOTAXIA
- 3256  ANGIOGRAFIA
- 3257  EMBOLIZACION POR ANGIOGRAFIA
- 3258  PERMEABILIZACION TUBARIA BAJO CONTROL FLUOROSCOPICO
- 3259  OTRO

**ESTUDIOS CONTRASTADOS:**

- 3221  SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL
- 3250  TRANSITO INTESTINAL

FECHA            ②      NUM. DE PROTOCOLO            ③

PROX CITA A C E            ④

SERV.            ⑤      CAMA            ⑥

FIRMA            ⑦      CLAVE            ⑧

FECHA PROG.            ⑨

CODIGO	FECHA

⑪

2410-04

FAVOR DE ANOTAR AL REVERSO, LOS DATOS CLINICOS

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "SOLICITUD DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA ADULTOS" (2410-04)

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 RADIOLOGÍA ADULTOS	UNA EQUIS (X) AL (OS) ESTUDIO (S) REQUERIDO (OS) POR EL MÉDICO TRATANTE DE LA PACIENTE CLIMATÉRICA.
2 FECHA	LA FECHA (DÍA, MES Y AÑO) EN QUE SE APLICA EL PRESENTE ESTUDIO.
3 NÚM. DE PROTOCOLO	EL NÚMERO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN EL QUE PARTICIPA LA PACIENTE.
4 PRÓXIMA CITA A C E	LA FECHA DE LA PRÓXIMA CITA A CONSULTA EXTERNA.
5 SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO SOLICITANTE.
6 CAMA	EL NÚMERO DE LA CAMA QUE SE LE ASIGNE A LA PACIENTE.
7 FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANDO EL ESTUDIO (OS).
8 CLAVE	LA CLAVE DEL MÉDICO SOLICITANTE.
9 FECHA PROGRAMADA	LA FECHA PARA PROGRAMAR EL ESTUDIO.
10 CÓDIGO Y FECHA	EL CÓDIGO Y LA FECHA DEL ESTUDIO CORRESPONDIENTE.
11 SELLO O FIRMA	LA FIRMA O SELLO DEL RESPONSABLE DEL ESTUDIO.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

## ULTRASONIDO ADULTOS

- ①
- 5001  U. S. OBSTETRICO
  - 5002  U. S. GINECOLOGICO
  - 5003  AMNIOCENTESIS
  - 5007  U. S. MAMA
  - 5008  U. S. DE ABDOMEN
  - 5012  U. S. VASCULAR
  - 5013  U. S. TESTICULAR
  - 5014  U. S. PROSTATA T. R.
  - 5015  U. S. TIROIDES
  - 5016  U. S. UNA REGION
  - 5004  TRANSFUSION FETAL
  - 5005  FETOAMNIOGRAFIA
  - 5006  SEGUIMIENTO FOLICULAR
  - 5009  BIOPSIA DIRIGIDA POR U. S.
  - 5010  DRENAJE PERCUTANEO POR U. S.
  - 5011  SONOHISTEROGRAFIA

FECHA \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ NUM. DE PROTOCOLO \_\_\_\_\_ ③

PROX CITA A C E \_\_\_\_\_ ④

SERV. \_\_\_\_\_ ⑤ CAMA \_\_\_\_\_ ⑥

FIRMA \_\_\_\_\_ ⑦ CLAVE \_\_\_\_\_ ⑧

FECHA PROG. \_\_\_\_\_ ⑨

CDIGO	FECHA

2410-13

FAVOR DE ANOTAR AL REVERSO. LOS DATOS CLINICOS

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO ADULTOS" (2410-13)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 ULTRASONIDO ADULTOS	EL EXAMEN (ES) REQUERIDO (OS) POR EL MÉDICO.
2 FECHA	LA FECHA DEL EXAMEN (ES) REQUERIDO (OS) POR EL MÉDICO.
3 NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO DE PROTOCOLO CORRESPONDIENTE.
4 PRÓXIMA CITA A C E	LA FECHA DE LA PRÓXIMA CITA A CONSULTA EXTERNA.
5 SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO SOLICITANTE.
6 CAMA	EL NÚMERO DE LA CAMA QUE SE LE ASIGNE A LA PACIENTE.
7 FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANDO EL ESTUDIO (OS).
8 CLAVE	LA CLAVE DEL MÉDICO SOLICITANTE.
9 FECHA PROGRAMADA	LA FECHA PARA PROGRAMAR EL ESTUDIO.
10 CÓDIGO Y FECHA	EL CÓDIGO Y LA FECHA DEL ESTUDIO CORRESPONDIENTE.
11 SELLO O FIRMA	LA FIRMA O SELLO DEL RESPONSABLE DEL ESTUDIO.
12 EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
13 FUM	LA FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN.
14 EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS DE GESTACIÓN.
15 GESTAS	LAS VECES QUE SE HA EMBARAZADO LA PACIENTE.
16 PARAS	LAS VECES QUE SE HA EMBARAZADO Y HA NACIDO EL PRODUCTO.





FECHA AUT.		
SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCION DE		
PROGRAMA	DIAS	MES
		ANO
	OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS DE ULTRASONIDO ADULTOS" (2410-13)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
17 CESÁREAS	EL NÚMERO DE CESÁREAS PRACTICADAS A LA PACIENTE.
18 ABORTO	EL NÚMERO DE ABORTOS PRACTICADOS A LA PACIENTE.
19 OBSERVACIONES	LAS OBSERVACIONES POR REALIZADAS POR EL ÁREA
20 DIAGNÓSTICO	EL DIAGNÓSTICO SEGÚN RESULTADOS DEL ESTUDIO (OS) CORRESPONDIENTE (S).
21 DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES	LOS DATOS CLÍNICOS IMPORTANTES DE LA PACIENTE.
22 PADECIMIENTOS ASOCIADOS	LOS PADECIMIENTOS ASOCIADOS DE LA PACIENTE.
23 OBSERVACIONES PERTINENTES	LAS OBSERVACIONES PERTINENTES POR EL MÉDICO.
24 NOMBRE Y NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO Y NOMBRE DEL PROTOCOLO CORRESPONDIENTE.
25 TIPO DE ESTUDIO	EL TIPO DE ESTUDIO, SI ES URGENTE, PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE.
26 FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR	LA FECHA DEL ESTUDIO ANTERIOR PRACTICADO A LA PACIENTE.
27 RESULTADO	EL RESULTADO DEL ESTUDIO ANTERIOR.
28 NOMBRE MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
100

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2000

7.- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONSULTAS DE URGENCIAS





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

101

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCION DE PROGRAMACION		

OCT. 2	2000	
--------	------	--

DIRECCIÓN MÉDICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

DAR ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIAS GINECO-OBSTÉTRICAS, A TODA PACIENTE QUE LO SOLICITE SEA O NO CONTROLADA EN EL INSTITUTO Y CANALIZARLA AL SERVICIO QUE REQUIERA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
102

FECHA AUT

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2000

## DIRECCIÓN MÉDICA

### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS LLEVAR EL CONTROL DE TODOS LOS CASOS MÉDICOS URGENTES QUE SE PRESENTEN EN EL INSTITUTO.
- EL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIA PROPONDRÁ LOS CRITERIOS BÁSICOS PARA LA ACEPTACIÓN DE LAS PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIA, LOS CUALES SON BASICAMENTE LOS SIGUIENTES:
  - a) SER PACIENTE CONTROLADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, TANTO OBSTÉTRICAS COMO GINECOLÓGICAS.
  - b) SER PACIENTE OBSTÉTRICA QUE TENGA TRABAJO DE PARTO CONTROLADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA CON EXPEDIENTE VIGENTE.
  - c) SER PACIENTE OBSTÉTRICA CON CUALQUIER COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO CON EXPEDIENTE VIGENTE.
  - d) SER PACIENTE CON PADECIMIENTO GINECOLÓGICO QUE TENGAN ALGUNA COMPLICACIÓN AGREGADA.
  - e) SER PACIENTES QUE NO TIENE EXPEDIENTE VIGENTE EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, PERO QUE LA URGENCIA DE SU CASO AMERITE ATENCIÓN MÉDICA.
- EL HORARIO DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SERÁ LAS 24 HRS. DE LOS 365 DÍAS DEL AÑO.
- 2 - SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA TRABAJADORA SOCIAL ASIGNADA AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, DETERMINAR EL COSTO DE LA CONSULTA DE URGENCIAS, EN EL CASO DE PACIENTES NO CONTROLADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- LAS PACIENTES CON EXPEDIENTE VIGENTE SERÁN CANALIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA QUE SU FAMILIAR REALICE EL PAGO DE LA CONSULTA DE URGENCIA.



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
103

FECHA AUT

DIA	MES	AÑO
SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCION DE PROGRAMACION		
OCT. 2		2000

## DIRECCIÓN MÉDICA

- LAS PACIENTES DE PRIMERA VEZ, SERÁN CANALIZADAS POR EL MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL TURNO EN QUE SE REALICE LA CONSULTA.
- 3- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS, VALORAR A LAS PACIENTES ANTES DE ACEPTARLAS O RECHAZARLA, CUANDO POR SOLICITUD DE OTRA UNIDAD HOSPITALARIA, DEBÁN SER TRASLADADAS AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- 4- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS AUTORIZAR LAS CONSULTAS DE URGENCIAS Y EN CASO DE QUE NO SE ENCUENTRE EN ESE MOMENTO, EL RESPONSABLE SERÁ EL MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS DE CADA TURNO (MATUTINO, VESPERTINO O NOCTURNO) LOS 365 DÍAS DEL AÑO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
104

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 7.- OTORGAR CONSULTAS DE URGENCIAS

DÍA	MES	AÑO
SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
OCT. 2 2000		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	1	INSTRUYE VERBAL Y PERMANENTEMENTE AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, PARA LLEVAR A CABO LAS ACTIVIDADES PARA EL OTORGAMIENTO DE CONSULTA DE URGENCIAS.
PACIENTE	2	ASISTE A LA RECEPCIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y SOLICITA CONSULTA.
DEPARTAMENTO DE TOCOCIGURÍA Y URGENCIAS	3	RECIBE A LA PACIENTE Y LE INTERROGA PARA DETERMINAR SI ES PACIENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA O NO.  ¿PROCEDE?  NO: CONDUCE A LA PACIENTE A LA SALA DE ESPERA PARA SER VALORADA POR EL MÉDICO EN TURNO, ENVÍA AL FGAMILIAR DE LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, PARA DETERMINAR EL COSTO DE LA CONSULTA DE URGENCIAS. CONTINUA EN LA ACTIVIDAD NO.4  SI: CANALIZA AL FAMILIAR DE LA PACIENTE A LA CAJA GENERAL DEL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA, PARA EL PAGO DE LA CONSULTA MIENTRAS OTORGA LAS PRIMERAS ATENCIONES MÉDICAS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
105

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 7.- OTORGAR CONSULTAS DE URGENCIAS

FECHA AUT.		
SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA	MES	AÑO
PROGRAMACIÓN		
OCT.	2	2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
FAMILIAR DE LA PACIENTE	4	EFFECTÚA EL PAGO DE LA CONSULTA Y REGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS, PARA EL REGISTRO CORRESPONDIENTE.
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	5	RECIBE DEL FAMILIAR DE LA PACIENTE COPIA DEL RECIBO DE PAGO (EL ORIGINAL ES PARA EL FAMILIAR), REGISTRA LOS DATOS GENERALES DE LA PACIENTE EN LIBRETA DE CONTROL, ASÍ COMO LA HORA DE ENTRADA.
	6	REQUISITA VALE DE ARCHIVO CLÍNICO (FORATO 2240-23), RECABA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO EN TURNO Y ASIGNA A UN MÉDICO RESIDENTE, AL SERVICIO DE URGENCIAS A RECOGER EL EXPEDIENTE DE LA PACIENTE EN EL ÁREA DE ARCHIVO CLÍNICO.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	7	RECIBE EL VALE DE ARCHIVO CLÍNICO, Y LO PROPORCIONA AL MÉDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	8	RECIBE EXPEDIENTE, LO REVISY MANTIENE A LA PACIENTE EN OBSERVACIÓN Y EMITE DICTAMEN.
		¿PROCEDE? NO: INDICA A LA PACIENTE Y SU FAMILIAR, QUE HAY QUE ESPERAR A QUE CAMBIEN LOS SÍNTOMAS MÉDICOS Y SE QUEDA EN OBSERVACIÓN. CONTINUA CON LA ACTIVIDAD NO. 9.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
106

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

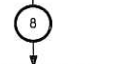
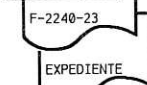
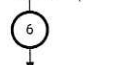
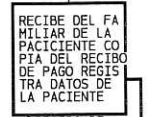
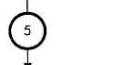
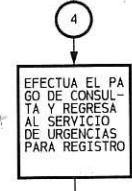
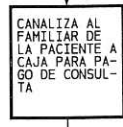
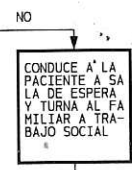
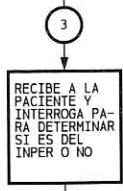
PROCEDIMIENTO: 7.- OTORGAR CONSULTAS DE URGENCIAS

FECHA AUT  
SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
	9	<p>SI: INDICA A LA PACIENTE Y SU FAMILIAR QUE SERÁ HOSPITALIZADA Y TRASLADADA AL QUIRÓFANO INMEDIATAMENTE, PARA INTERVENIRLA QUIRÚRGICAMENTE. INFORMA MEDIANTE REPORTE MENSUAL A LA DIRECCIÓN MÉDICA Y DISTRIBUYE: ORIGINAL, DIRECCIÓN MÉDICA, 1ª COPIA, DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p> <p>INFORMA A LA PACIENTE Y SU FAMILIAR, QUE DEBEN REGRESAR A SU DOMICILIO, Y EN CASO DE QUE REGRESEN LOS SÍNTOMAS, SERÁN ATENDIDAS NUEVAMENTE EN EL INSTITUTO (SOLO SI SON PACIENTES DEL MISMO), LLENA INFORME DIARIO (FORMATO 2240-16), PARA INTEGRAR MENSUALMENTE UN INFORME A LA DIRECCIÓN MÉDICA.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO : 7.- OTORGAMIENTO DE CONSULTAS DE URGENCIAS





SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

NOMBRE ①  
REGISTRO ②



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA CONSULTA EXTERNA

VALE ARCHIVO CLINICO

SERVICIO ③ \_\_\_\_\_ FECHA ④ \_\_\_\_\_  
MEDICO ⑤ \_\_\_\_\_ FIRMA ⑥ \_\_\_\_\_  
EXT ⑦ \_\_\_\_\_ VALIDO POR 24 HORAS  
2240-23



SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCION DE PROGRAMACION		
DIA	MES	AÑO
OCT.	2	2000

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "VALE ARCHIVO CLÍNICO" (2240-23)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE	NOMBRE DE LA PACIENTE EMPEZANDO POR SU APELLIDO PATERNO.
2	REGISTRO	NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE.
3	SERVICIO	ÁREA QUE SOLICITA EL EXPEDIENTE.
4	FECHA	EL DÍA EN QUE SOLICITA EL SERVICIO.
5	MÉDICO	LA PERSONA (MÉDICO Y/O TRABAJADORA SOCIAL), QUE SOLICITA EL EXPEDIENTE.
6	FIRMA	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE.
7	EXTENSIÓN	EXTENSIÓN TELEFÓNICA DEL ÁREA SOLICITANTE.





FECHA AUT.	
SECRETARÍA DE SALUD	
DIRECCIÓN DE	
PROCEDIMIENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2 2000
<input checked="" type="checkbox"/>	

INSTRUCTIVO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO" (2240-16)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	IDENTIFICACIÓN	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE, ASÍ COMO EL NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO.
2	CONSULTA	EL TIPO DE CONSULTA, TIPO DE PACIENTE, EDAD, DIAGNÓSTICOS, PROCEDIMIENTOS A SEGUIR, SERVICIOS DE APOYO REQUERIDOS, INTERCONSULTAS Y FECHA DE PROXIMA CITA.
3	OBSERVACIONES	LAS ANOTACIONES NECESARIAS, PARA COMPLETAR ALGUNO DE LOS RUBROS ANTERIORES.
4	SERVICIO	EL NOMBRE COMPLETO DEL SERVICIO QUE LLENA EL INFORME.
5	CLAVE	LA CLAVE QUE TIENE ASIGNADA EL SERVICIO.
6	FECHA	DIA, MES Y AÑO, EN QUE SE ELABORA EL REPORTE.
7	RESPONSABLE	EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL SERVICIO QUE ELABORA EL INFORME.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
112

DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT.	
SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCION DE	
PROGRAMACION	
OCT. 2	2000

8.- PROCEDIMIENTO PARA CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

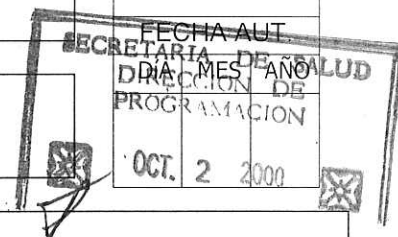
113

SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA ADE. SALUD		
DIRECCIÓN DE		
PROGRAMACIÓN		
OCT.	2	2000

DIRECCIÓN MÉDICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

BRIBDAR UN SERVICIO MÉDICO DE ALTA CALIDAD EN LAS CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO, QUE SE REALIZAN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.



### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, LLEVAR UN REPORTE SEMANAL DE TODAS LAS CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO QUE SE REALICEN EN EL INSTITUTO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA TRABAJADORA SOCIAL ASIGNADA AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, COMUNICAR A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE; EL COSTO DE LA OPERACIÓN, ASÍ COMO LOS RIESGOS Y PROBABILIDADES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
- LA DESICIÓN DE REALIZAR LA CIRUGÍA DE ALTO RIESGO, LA TOMARÁ LA PACIENTE QUE VA A SER INTERVENIDA, CONJUNTAMENTE CON EL FAMILIAR QUE ELLA ASIGNE COMO RESPONSABLE EN CASO DE FALLECIMIENTO.
- EN CASO DE FALLECIMIENTO, EL RESPONSABLE DE COMUNICAR A LOS FAMILIARES DE LA INTERESADA, SERÁ LA TRABAJADORA SOCIAL ASIGNADA AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS.
- SI EXISTE ALGUNA COMPLICACIÓN DUTANTE LA OPERACIÓN QUE AGRAVE EL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE, ESTA SERÁ TRASLADADA POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA OPERACIÓN Y LA ENFERMERA DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS (UCIA).
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, INFORMAR AL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN, EL ESTADO DE LA PACIENTE, PARA QUE ESTE A SU VEZ, COMUNIQUE A LOS FAMILIARES DE LA MISMA EL RESULTADO DE LA CIRUGÍA DE ALTO RIESGO.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
115  
FECHA AUT.

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO OBSTETRICIA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

PROCEDIMIENTO: 8.- CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE GINECO OBSTETRICIA	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, LLEVAR A CABO LAS CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO.
PACIENTE	2	ACUDE A SU CITA SUBSECUENTE, PARA CONOCER EL DIAGNÓSTICO QUE DETERMINÓ EL MÉDICO ADSCRITO QUE LE DA SEGUIMIENTO.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	3	<p>RECIBE A LA PACIENTE Y LE INFORMA EL DIAGNÓSTICO DETECTADO:</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: LE INDICA QUE SU CIRUGÍA SERÁ PROGRAMADA Y QUE NO ES DE ALTO RIESGO. (CONTINÚA CON EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O DE PARTO A PACIENTES.)</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p> <p>SI: LA TURNA CON SU FAMILIAR AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, PARA QUE ESTE LE INFORME ACERCA DE LAS CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO.</p>
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	4	RECIBE A LA PACIENTE Y A SU FAMILIAR, LES EXPLICA EL TIPO DE CIRUGÍA, EL COSTO Y LOS RIESGOS DE LA MISMA, PARA QUE DECIDAN SI ACEPTAN LA OPERACIÓN.



AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO OBSTETRICIA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

PROCEDIMIENTO: 8.- CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
		<p>NO: CONTINUAN CON SUS CONSULTAS (FORMATO 2240-18), EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA O EN OTRA INSTITUCIÓN MÉDICA.</p> <p>SI: ACEPTAN LOS RIESGOS DE LA CIRUGÍA Y AUTORIZAN SU REALIZACIÓN (FORMATO 2250-11)</p>
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS6	5	COMUNICA AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS LA ACEPTACIÓN DE LA CIRUGÍA DE ALTA RIESGO, PARA SU PROGRAMACIÓN..
PACIENTE	6	RECIBE COMUNICADO, PROGRAMA FECHA PARA LA CIRUGÍA DE ALTO RIESGO (FORMATO 2250-11) Y COMUNICA AL PACIENTE.
PACIENTE	7	ACUDE A LA RECEPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS EN LA FECHA ESTABLECIDA PARA INGRESO HOSPITALARIO Y ENTREGA ORDEN DE INTERNAMIENTO (FORMATO 2200-01).
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	8	RECIBE A LA PACIENTE EN LA HORA Y FECHA ESTABLECIDA (FORMATO 2250-11), REGISTRA EL INGRESO EN "LIBRETA DE CONTROL" E INFORMA AL ÁREA DE ADMISIÓN Y AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, EL INGRESO DE LA PACIENTE A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.



AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO OBSTETRICIA

DÍA	MES	AÑO
SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
OCT. 2 2000		

PROCEDIMIENTO: 8.- CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	9	SOLICITA A LA CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE), EL EQUIPO MÉDICO NECESARIO PARA REALIZAR LA CIRUGÍA DE ALTO RIESGO, (FORMATO 2011-02), INFORMA A LA ENFERMERA PARA QUE PREPARE A LA PACIENTE.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	10	RECIBE LA ENFERMERA ASIGNADA AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS A LA PACIENTE Y LA PREPARA PARA CONDUCLIRLA AL QUIRÓFANO.
ÁREA MÉDICA	11	RECIBE A LA PACIENTE Y LA INTERVIENE QUIRÚRGICAMENTE:  ¿PROCEDE? NO: DE EXISTIR COMPLICACIONES CANALIZA A LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS. EN CASO DE FALLECIMIENTO SE COMUNICA CON EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA QUE INFORME A LOS FAMILIARES.  SI: CONDUCE A LA PACIENTE AL ÁREA DE RECUPERACIÓN.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	12	CONDUCE A LA PACIENTE AL ÁREA DE RECUPERACIÓN.
	13	VERIFICA LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN EL FORMATO (2250-07) "NOTAS DE EVOLUCIÓN" Y LA CONDUCE A LA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN ASIGNADA.

*Manual de*



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

118

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

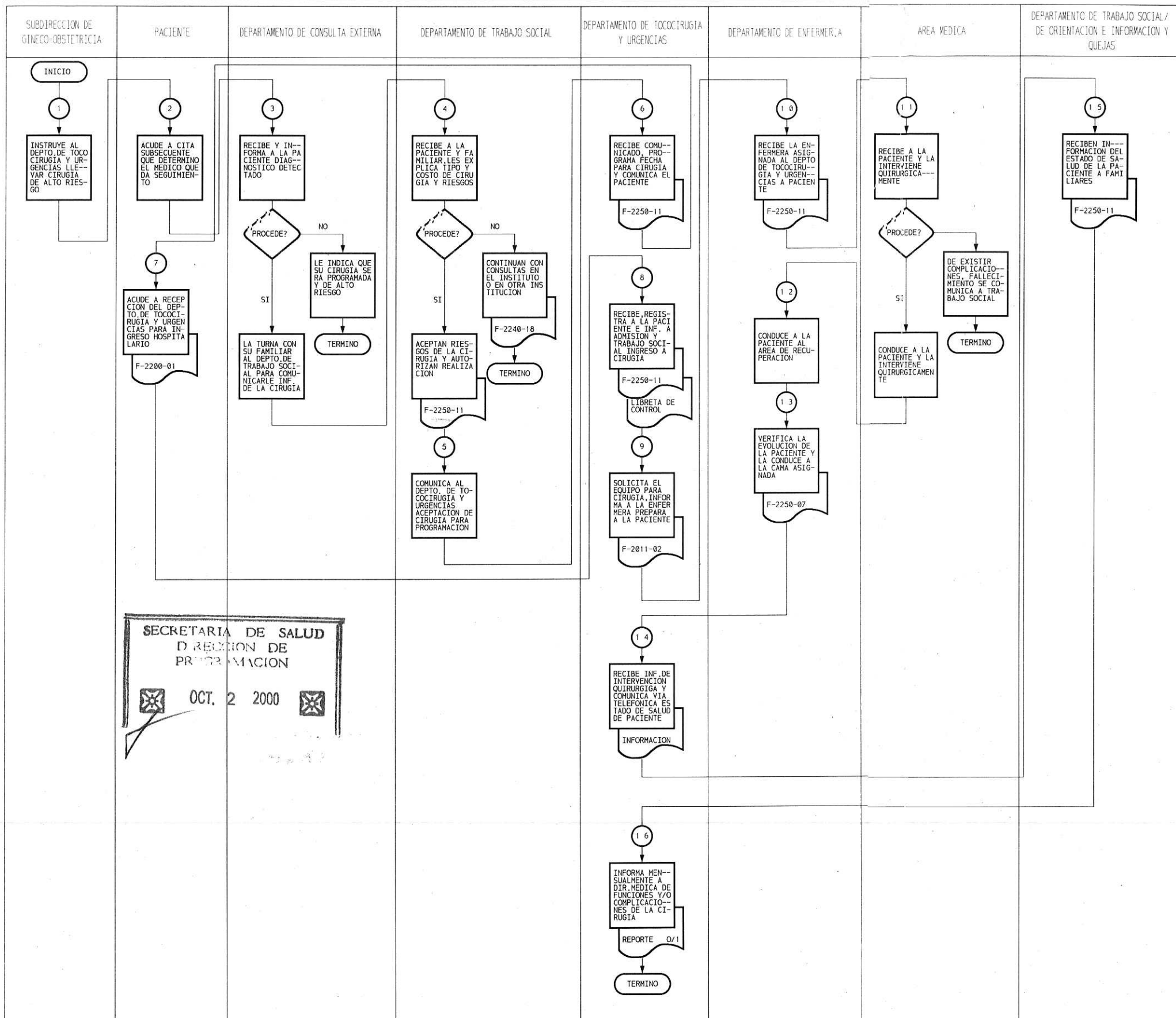
AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 8.- CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO


UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	14	RECIBE INFORMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y COMUNICA VÍA TELEFÓNICA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y AL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN, PARA QUE NOTIFIQUE EL ESTADO DE SALUD A LOS FAMILIARES DE LA PACIENTE.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN.	15	RECIBEN INFORMACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LA PACIENTE E INFORMAN VERBALMENTE A LOS FAMILIARES DE LA MISMA.
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	16	INFORMAN MENSUALMENTE MEDIANTE REPORTE EN ORIGINAL Y UNA COPIA A LA DIRECCIÓN MÉDICA, LAS DEFUNCIONES Y/O COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍAS DE ALTO RIESGO QUE SE PRESENTARON: ORIGINAL DIRECCIÓN MÉDICA, 1ª COPIA, DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS PARA SU ARCHIVO.
		TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO : B.-CIRUGIA DE ALTO RIESGO






  
 Nombre: \_\_\_\_\_
   
 REGISTRO: \_\_\_\_\_
   
 NIVEL: \_\_\_\_\_
   
 ①




INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

# Carnet de Citas

Nombre: Trabajadora Social
  
 ②

FECHA: \_\_\_\_\_
   
 DIA MES AÑO
   
 ③

120  
2240-18


  
**RECOMENDACIONES**

- 1.- 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.
- 2.- Procure NO OLVIDAR ésta tarjeta**  
 cuando acuda al Instituto, sin ella no podemos atenderla odecuadamente
- 3.- Para cualquier aclaración de sus consultas llame al Tel: 5 20-99-00**  
 Ext: 295, 296, 297.

SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2008



FECHA AUT.  
SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS" (2240-18)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL.	EL NOMBRE COMPLETO DE LA 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 QUE ATENDIÓ A LA PACIENTE.
3	FECHA.	LA FECHA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN DEL CARNET DE LA PACIENTE.





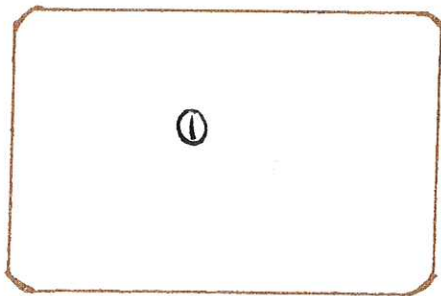


INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE EQUIPO MÉDICO" (2011-02)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FOLIO	EL NÚMERO CONSECUTIVO DE LA SOLICITUD.
2	SERVICIO	EL NOMBRE DEL ÁREA O SERVICIO QUE SOLICITA EL EQUIPO MÉDICO.
3	TURNOS	EL TURNO EN QUE FUE SOLICITADO EL EQUIPO MÉDICO (MATUTINO, VESPERTINO O NOCTURNO).
4	FECHA	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD..
5	CANTIDAD	EL NÚMERO DE UNIDADES DE EQUIPOS QUE SE SOLICITA.
6	MATERIAL	LA DESCRIPCIÓN FÍSICA DE (LOS) EQUIPO QUE SE SOLICITA.
7	OBSERVACIONES	LO QUE SE DETECTÓ O LAS OPINIONES DERIVADAS DE LA SOLICITUD DEL EQUIPO MÉDICO.
8	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL EQUIPO MÉDICO.
9	CLAVE	CLAVE DE ADSCRIPCIÓN AL INSTITUTO DEL MÉDICO SOLICITANTE.
10	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.





INSTITUTO NACIONAL  
DE  
PERINATOLOGIA

SOLICITUD DE INTERNAMIENTO

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ HORA DE INGRESO \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_

SERVICIO \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_ ⑥ \_\_\_\_\_

OPERACION O ESTUDIO PROGRAMADO \_\_\_\_\_ ⑦ \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_\_\_ ⑧ \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ ⑨ \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES PREOPERATORIAS \_\_\_\_\_ ⑩ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

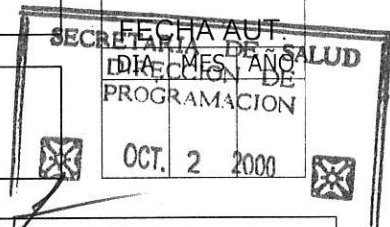
\_\_\_\_\_ ⑪ \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO

\_\_\_\_\_ ⑫ \_\_\_\_\_

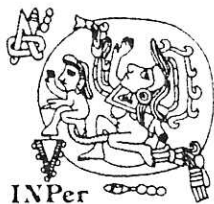
CLAVE

2200-01



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE INTERNAMIENTO" (2200-01)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 RECUADRO	NOMBRE Y REGISTRO DE LA PACIENTE.
2 FECHA DE INGRESO	DÍA DEL INTERNAMIENTO DE LA PACIENTE.
3 HORA DE INGRESO	HORA DE INTERNAMIENTO DE LA PACIENTE.
4 SERVICIO	DE DONDE DEBE LLEGAR LA PACIENTE (URGENCIAS).
5 CAMA	NÚMERO DE CAMA ASIGNADA A LA PACIENTE.
6 DIAGNÓSTICO	PADECIMIENTO DE LA PACIENTE, DETERMINADO POR EL MÉDICO.
7 OPERACIÓN O ESTUDIO PROGRAMADO	EL TIPO DE CIRUGÍA QUE SERÁ PRACTICADA
8 DÍA	FECHA DE PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA.
9 HORA	HORA DE PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA.
8 OBSERVACIONES PREOPERATORIAS	DIAGNÓSTICO CON EL QUE VA A ENTRAR LA PACIENTE A QUIRÓFANO.
11 NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE PRACTICARÁ LA CIRUGÍA.
12 CLAVE	LA CLAVE INTERNA DEL MÉDICO. EN EL INSTITUTO.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



SERVICIO ①	CAMA ②	
FECHA DE SOLICITUD ③	FECHA SOLICITADA ④	HORA ⑤

## SOLICITUD DE OPERACION ⑥

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO			
OPERACION PROYECTADA			
ELECTIVA ( ) URGENCIA ( )			
ANESTESIA SUGERIDA	GENERAL ( )	REGIONAL ( )	LOCAL ( )
CIRUJANO		AYUDANTE	
JEFE DE SERVICIO			

## ⑦ PROGRAMACION DEL QUIROFANO

DIA	HORA	SALA
ANESTESIOLOGO	Vo.Bo. JEFE DE CIRUGIA	

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO	
OPERACION EFECTUADA	
ANESTESIA ADMINISTRADA	ANESTESIOLOGO
COMPLICACIONES	

Doy mi consentimiento al personal médico del Instituto Nacional de Perinatología, para que se me efectúen los procedimientos anestésicos y quirúrgicos que se consideren necesarios para solucionar mis problemas de salud, siendo informada de los riesgos a que quedo sujeta durante dicho acto.

⑧

FIRMA DEL PACIENTE





FECHA AUT.	
SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCION DE	
PROGRAMACION	
OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE OPERACIÓN" (2250-11)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
2 CAMA	EL NÚMERO DE CAMA QUE SE ASIGNÓ A LA PACIENTE.
3 FECHA DE SOLICITUD	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
4 FECHA SOLICITADA	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
5 HORA	LA HORA EN QUE SE EFECTUARÁ LA OPERACIÓN.
6 SOLICITUD DE OPERACIÓN	EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO INDICADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE, LA OPERACIÓN PROYECTADA, ANESTESIA SUGERIDA, NOMBRE COMPLETO DEL CIRUJANO, AYUDANTE, RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN Y DEL JEFE DE SERVICIO.
7 PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO	EL DÍA, HORA Y NÚMERO DE SALA EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN, NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO RESPONSABLE, VISTO BUENO DEL JEFE DE CIRUGÍA, DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO, NOMBRE DE LA OPERACIÓN EFECTUADA, ANESTESIA ADMINISTRADA Y EN SU CASO COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN.
8 FIRMA DEL PACIENTE	LA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE, PARA QUE EFECTUEN LOS PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS Y QUIRÚRGICOS NECESARIOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
128

FECHA AUT.

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

SUBDIRECCION DE BIOLOGÍA EN LA REPRODUCCIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE OPERACIÓN" (2250-11)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
9	TÉCNICA DE OPERACIÓN PROYECTADA	LA TÉCNICA A UTILIZARSE DURANTE LA OPERACIÓN.
10	HALLAZGOS	EN SU CASO, LOS HALLAZGOS OBTENIDOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
11	CANALIZACIONES	EL TIPO DE CANALIZACIÓN QUE SE EFECTUARÁ, SI ES REQUERIDA.
12	ENVÍO A ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	SI SE REQUIERE CANALIZAR A ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO ALGUNA MUESTRA.
13	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO	EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CIRUJANO RESPONSABLE.







INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTAS DE EVOLUCION" (2250-07)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE ENCUENTRA LA PACIENTE.
2	CAMA	NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNÓ A LA PACIENTE.
3	No. HOJA	EL NÚMERO CONSECUTIVO CORRESPONDIENTE.
4	FECHA Y HORA	EL DÍA, MES, AÑO Y HORA DE ELABORACIÓN DE LA NOTA.
5	PROBABILIDAD No.	(S) SUBJETIVO, (O) OBJETIVO, (A) ANALISIS O (P) PLANES.
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN S.O.A.P.	LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE, DE ACUERDO A SUS CARÁCTERÍSTICAS. (SUBJETIVO, OBJETIVO, ANÁLISIS O PLANES).
7	PLANES	EL TIPO DE PLAN A SEGUIR: (DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO EDUCATIVO).

(TODA NOTA DEBERA SER SEGUIDA DE LA FIRMA DEL MÉDICO Y LA CLAVE)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
131  
FECHA AUT.

SECRETARIA	MES	ANO
DE SALUD		
DIRECCION DE PROGRAMACION		
	OCT. 2	2000

DIRECCIÓN MÉDICA

9.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O DE PARTO A PACIENTES



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
132  
FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

OTORGAR LA ATENCIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA, A LAS PACIENTES PROGRAMADAS DE LOS DEPARTAMENTOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CLIMATERIO, ESTERILIDAD, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y DE URGENCIAS, QUE SOLICITEN EL SERVICIO DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD EXIGIDA POR EL INSTITUTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
133

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2009

DIRECCIÓN MÉDICA

POLITICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (CEYE) , DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, PROPORCIONAR Y PREPARAR EL EQUIPO Y MATERIAL NECESARIO PARA LAS CIRUGÍAS, MEDIANTE EL FORMATO "SOLICITUD DE EQUIPO MÉDICO" (2011-02), EN LA QUE DEBERÁ ANOTARSE LA DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO, FECHA DE DEVOLUCIÓN, ASÍ COMO EL NOMBRE DE QUIÉN RECIBE Y ENTREGA EL EQUIPO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, PROGRAMAR LAS OPERACIONES MEDIANTE EL FORMATO "SOLICITUD DE OPERACIÓN" (2250-11), Y AVISAR AL MÉDICO CIRUJANO Y LOS MÉDICOS RESIDENTES QUE LO AYUDARÁN, PARA ESTAR EN LA SALA DE OPERACIONES 15 MINUTOS ANTES DE LA HORA PROGRAMADA.
- LA PACIENTE SERÁ PREPARADA Y TRASLADADA AL QUIRÓFANO 15 MINUTOS ANTES DE LA HORA PROGRAMADA PARA LA INTERVENCIÓN, POR LA ENFERMERA DE TURNO DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGIA Y URGENCIAS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO ADSCRITO RESPONSABLE DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, FIRMAR LA AUTORIZACIÓN DE LA MISMA Y RECIBIR A LA PACIENTE EN EL MOMENTO DE LLEGAR AL QUIRÓFANO.
- DEBERÁ PERMANECER EN LA SALA DE EXPULSIÓN Y QUIRÓFANO, SÓLO EL PERSONAL ESTRICTAMENTE MECESARIO PARA LA REALIZACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.
- EN CASO DE QUE LA CIRUGÍA NO SE LLEVE A CABO, ESTA SERÁ PROGRAMADA POR EL MÉDICO RESPONSABLE, EN LA FECHA QUE SE ENCUENTRE DISPONIBLE, DE ACUERDO AL TIPO DE CIRUGÍA QUE SE TRATE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
134

FECHA AUT.

DÍA | MES | AÑO

SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

PROCEDIMIENTO: 9.- ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O DE PARTO A PACIENTES.

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	1	INSTRUYE VERBAL Y PERMANENTEMENTE AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, PARA LLEVAR A CABO LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O DE PARTO A PACIENTES QUE LO REQUIERAN.
PACIENTE	2	ACUDE A LA RECEPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, PARA INGRESO HOSPITALARIO Y ENTREGA ORDEN DE INTERNAMIENTO (FORMATO 2200-01)
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	3	RECIBE A LA PACIENTE PROGRAMADA EN LA FECHA Y HORA ASIGNADA (FORMATO 2250-11), REGISTRA EL INGRESO EN "LIBRETA DE CONTROL" E INFORMA TELEFÓNICAMENTE AL ÁREA DE ADMISIÓN Y AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, EL INGRESO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE LA PACIENTE.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	4	RECIBE Y PREPARA A LA PACIENTE, PARA CONDUCIRLA AL QUIRÓFANO.
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	5	SOLICITA PARA SU INTERVENCIÓN EL EQUIPO MÉDICO NECESARIO (FORMATO 2011-02), RECIBE A LA PACIENTE, LLEBA FORMATO DE SOLICITUD DE OPERACIÓN (2250-11) Y LA INTERVIENE QUIRÚRGICAMENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA 135

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
FECHA AUT. DIA MES AÑO  
OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.

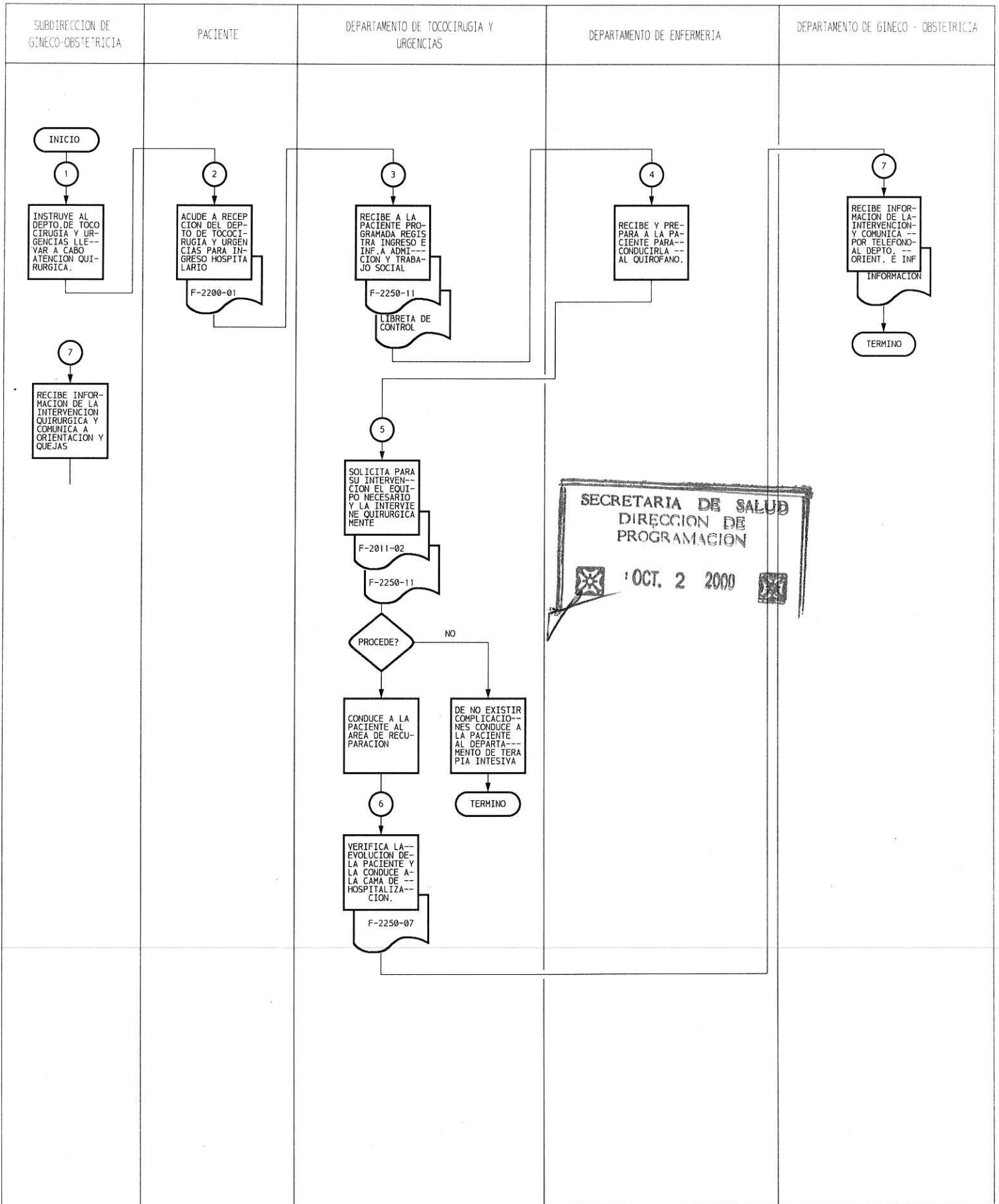
PROCEDIMIENTO: 9.- ATENCIÓN QUIRÚRGICA Y/O DE PARTO A PACIENTES.

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA		<p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: DE EXISTIR COMPLICACIONES, CONDUCE A LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS.</p> <p>SI: CONDUCE A LA PACIENTE AL ÁREA DE RECUPERACIÓN</p>
	6	<p>VERIFICA LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE EN EL FORMATO "NOTAS DE EVOLUCIÓN" (2250-07) Y LA CONDUCE A LA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN, ASIGNADA POR EL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS.</p> <p>7 RECIBE INFORMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y COMUNICA VÍA TELEFÓNICA AL DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN, PARA QUE INFORME EL ESTADO DE SALUD A LOS FAMILIARES DE LA MISMA.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO</p>

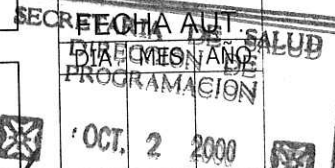


AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO : 9.-ATENCION QUIRURGICA Y/O DE PARTO A PACIENTES







INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE INTERNAMIENTO" (2200-01)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	RECUADRO	NOMBRE Y REGISTRO DE LA PACIENTE.
2	FECHA DE INGRESO	DÍA DEL INTERNAMIENTO DE LA PACIENTE.
3	HORA DE INGRESO	HORA DE INTERNAMIENTO DE LA PACIENTE.
4	SERVICIO	DE DONDE DEBE LLEGAR LA PACIENTE (URGENCIAS).
5	CAMA	NÚMERO DE CAMA ASIGNADA A LA PACIENTE.
6	DIAGNÓSTICO	PADECIMIENTO DE LA PACIENTE, DETERMINADO POR EL MÉDICO.
7	OPERACIÓN O ESTUDIO PROGRAMADO	EL TIPO DE CIRUGÍA QUE SERÁ PRACTICADA
8	DÍA	FECHA DE PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA.
9	HORA	HORA DE PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA.
8	OBSERVACIONES PREOPERATORIAS	DIAGNÓSTICO CON EL QUE VA A ENTRAR LA PACIENTE A QUIRÓFANO.
11	NOMBRE DEL MÉDICO	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE PRACTICARÁ LA CIRUGÍA.
12	CLAVE	LA CLAVE INTERNA DEL MÉDICO. EN EL INSTITUTO.

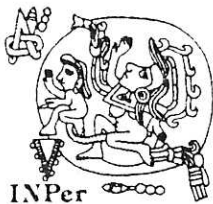




INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE EQUIPO MÉDICO" (2011-02)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FOLIO	EL NÚMERO CONSECUTIVO DE LA SOLICITUD.
2	SERVICIO	EL NOMBRE DEL ÁREA O SERVICIO QUE SOLICITA EL EQUIPO MÉDICO.
3	TURNOS	EL TURNO EN QUE FUE SOLICITADO EL EQUIPO MÉDICO (MATUTINO, VESPERTINO O NOCTURNO).
4	FECHA	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD..
5	CANTIDAD	EL NÚMERO DE UNIDADES DE EQUIPOS QUE SE SOLICITA.
6	MATERIAL	LA DESCRIPCIÓN FÍSICA DE (LOS) EQUIPO QUE SE SOLICITA.
7	OBSERVACIONES	LO QUE SE DETECTÓ O LAS OPINIONES DERIVADAS DE LA SOLICITUD DEL EQUIPO MÉDICO.
8	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL EQUIPO MÉDICO.
9	CLAVE	CLAVE DE ADSCRIPCIÓN AL INSTITUTO DEL MÉDICO SOLICITANTE.
10	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SERVICIO	CAMA	
①	②	
FECHA DE SOLICITUD	FECHA SOLICITADA	HORA
③	④	⑤



## SOLICITUD DE OPERACION ⑥

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO			
OPERACION PROYECTADA			
ELECTIVA ( ) URGENCIA ( )			
ANESTESIA SUGERIDA	GENERAL ( )	REGIONAL ( )	LOCAL ( )
CIRUJANO	AYUDANTE		
JEFE DE SERVICIO			

## ⑦ PROGRAMACION DEL QUIROFANO

DIA	HORA	SALA
ANESTESIOLOGO	Vo. Bo. JEFE DE CIRUGIA	

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO	
OPERACION EFECTUADA	
ANESTESIA ADMINISTRADA	ANESTESIOLOGO
COMPLICACIONES	

Doy mi consentimiento al personal médico del Instituto Nacional de Perinatología, para que se me efectúen los procedimientos anestésicos y quirúrgicos que se consideren necesarios para solucionar mis problemas de salud, siendo informada de los riesgos a que quedo sujeta durante dicho acto.

⑧

FIRMA DEL PACIENTE





FECHA AUT. SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE OPERACIÓN" (2250-11)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
2 CAMA	EL NÚMERO DE CAMA QUE SE ASIGNÓ A LA PACIENTE.
3 FECHA DE SOLICITUD	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
4 FECHA SOLICITADA	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
5 HORA	LA HORA EN QUE SE EFECTUARÁ LA OPERACIÓN.
6 SOLICITUD DE OPERACIÓN	EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO INDICADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE, LA OPERACIÓN PROYECTADA, ANESTESIA SUGERIDA, NOMBRE COMPLETO DEL CIRUJANO, AYUDANTE, RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN Y DEL JEFE DE SERVICIO.
7 PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO	EL DÍA, HORA Y NÚMERO DE SALA EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN, NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO RESPONSABLE, VISTO BUENO DEL JEFE DE CIRUGÍA, DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO, NOMBRE DE LA OPERACIÓN EFECTUADA, ANESTESIA ADMINISTRADA Y EN SU CASO COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN.
8 FIRMA DEL PACIENTE	LA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE, PARA QUE EFECTUEN LOS PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS Y QUIRÚRGICOS NECESARIOS.





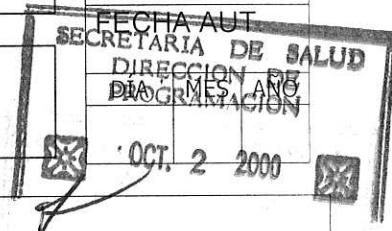
FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE OPERACIÓN" (2250-11)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
9	TÉCNICA DE OPERACIÓN PROYECTADA	LA TÉCNICA A UTILIZARSE DURANTE LA OPERACIÓN.
10	HALLAZGOS	EN SU CASO, LOS HALLAZGOS OBTENIDOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
11	CANALIZACIONES	EL TIPO DE CANALIZACIÓN QUE SE EFECTUARÁ, SI ES REQUERIDA.
12	ENVÍO A ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	SI SE REQUIERE CANALIZAR A ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO ALGUNA MUESTRA.
13	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO	EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CIRUJANO RESPONSABLE.





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

“NOTAS DE EVOLUCION” (2250-07)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE ENCUENTRA LA PACIENTE.
2	CAMA	NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNÓ A LA PACIENTE.
3	No. HOJA	EL NÚMERO CONSECUTIVO CORRESPONDIENTE.
4	FECHA Y HORA	EL DÍA, MES, AÑO Y HORA DE ELABORACIÓN DE LA NOTA.
5	PROBABILIDAD No.	(S) SUBJETIVO, (O) OBJETIVO, (A) ANALISIS O (P) PLANES.
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN S.O.A.P.	LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE, DE ACUERDO A SUS CARÁCTERÍSTICAS. (SUBJETIVO, OBJETIVO, ANÁLISIS O PLANES).
7	PLANES	EL TIPO DE PLAN A SEGUIR: (DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO EDUCATIVO).

(TODA NOTA DEBERA SER SEGUIDA DE LA FIRMA DEL MÉDICO Y LA CLAVE)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
146

FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT 2 2000

10.-PROCEDIMIENTO PARA CONTROL DE MEDICAMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

147

SECRETARÍA AUT.  
DE SALUD  
DIA C/ MES / AÑO  
DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN MÉDICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

RECIBIR Y ADMINISTRAR EFECTIVAMENTE LOS MEDICAMENTOS QUE LLEGAN AL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA PARA LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS QUE SE REALIZAN EN EL INSTITUTO

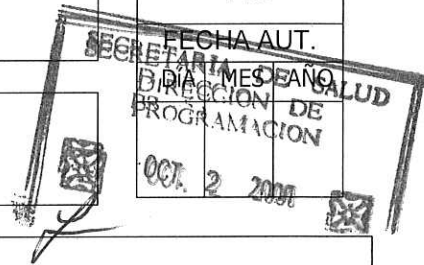


## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

148

DIRECCIÓN MÉDICA



### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA EL CONTROL DE TODOS LOS MEDICAMENTOS (STOCK) QUE INGRESEN A SU ÁREA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA VERIFICAR LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE SUMINISTRAN Y EN CASO DE QUE NO REUNAN LOS REQUISITOS MÍNIMOS SE NOTIFICARÁ POR OFICIO AL COMITÉ DE CALIDAD.
- SERÁ RESPONSABLE DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS A MÉDICOS ANESTESIOLOGOS SERÁ EL TÉCNICO QUE EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA DESIGNE PARA TAL ACTIVIDAD.
- EL RESPONSABLE DE SUMINISTRAR LOS MEDICAMENTOS AL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA SERÁ EL DEPARTAMENTO DE ALMACÉN E INVENTARIOS, CUAL SE BASARÁ EN EL FORMATO "VALE DE SALIDA" (5420-03).
- SERÁ SOLICITADO SEMANALMENTE POR EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA LOS MEDICAMENTOS ANÉSTESICOS AL DEPARTAMENTO DE ALMACÉN E INVENTARIOS E INFORMARÁ LOS PROBLEMAS RELEVANTES MEDIANTE REPORTE MENSUAL A LA DIRECCIÓN MÉDICA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA AUTORIZAR LOS MEDICAMENTOS ANÉSTESICOS QUE LLEGAN AL INSTITUTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

149

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO : 10.-CONTROL DE MEDICAMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
FECHA AUT. 2000  
OCT 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA	1	DETERMINA EL "STOCK" DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL ÁREA Y CON BASE EN LOS LINEAMIENTOS DEL RECETARIO DE NÁRCOTICOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD.
ÁREA SOLICITANTE	2	SOLICITA MEDICAMENTOS MEDIANTE EL FORMATO (3110-03) "RECETA ESPECIAL DE PSICOTRÓPICOS" GRUPO II Y III.
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA	3	RECIBE FORMATO, VERIFICA QUE ESTE DEBIDAMENTE REQUISITADO, SUMINISTRA MEDICAMENTOS Y DISTRIBUYE DOCUMENTOS: ORIGINAL- SECRETARÍA DE SALUD, 1ª.- COPIA- DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD, 2ª.- COPIA- FARMACIA, 3ª.- COPIA- USUARIO.
	4	VIGILA QUE NO HAYA ESCASEZ DE MEDICAMENTOS.  ¿PROCEDE?  NO: ELABORA SEMANALMENTE AL DEPARTAMENTO DE ALMACÉN E INVENTARIOS, SOLICITUD DE MEDICAMENTOS (FORMATO 3110-03).  SÍ: SOLICITA MEDIANTE VALE DE SALIDA (FORMATO 5420-03) AL DEPARTAMENTO DE ALMACÉN E INVENTARIOS EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
150

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO : 10.-CONTROL DE MEDICAMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA

FECHA AUT.	
SECRETARIA DE SALUD	
DIA MES AÑO	
DIRECCION DE PROGRAMACION	
OCT. 2 2000	

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	5	ELABORA REPORTE MENSUAL DE ACUERDO AL STOCK, DESGLOSANDO ANESTESIAS GENERALES, ENDOVENOSAS, ANALGÉSICAS Y ESTUDIOS REALIZADOS FUERA DEL INSTITUTO EN ORIGINAL PARA LA SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA Y COPIA PARA EL ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA.
	6	RECIBE REPORTE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA, LO ANALIZA Y LO ARCHIVA.  TERMINA PROCEDIMIENTO.

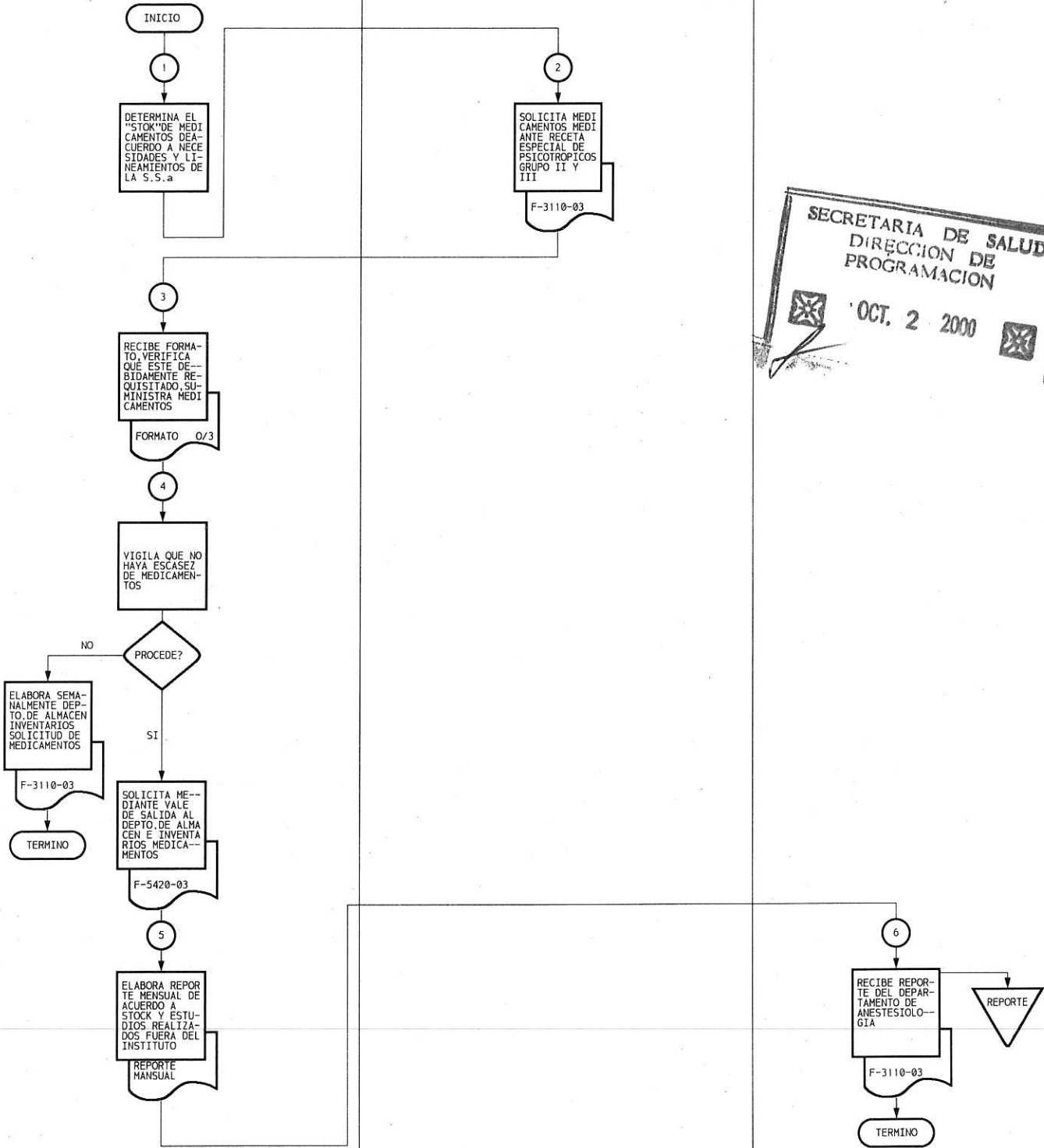
AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA

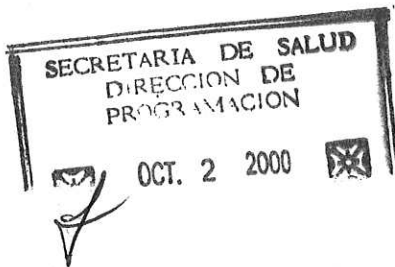
PROCEDIMIENTO : 10.-CONTROL DE MEDICAMENTOS EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA

AREA SOLICITANTE

SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA



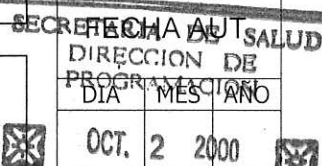


**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**  
 DIRECCION DE INVESTIGACION  
 SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
 DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA CLINICA  
 FARMACIA

**RECETA ESPECIAL PARA CONTROL DE PSICOTROPICOS. GRUPO II Y III**

SERVICIO: (1) \_\_\_\_\_ CLAVE: (2) \_\_\_\_\_ FOLIO No: (3) \_\_\_\_\_  
 PACIENTE: (4) \_\_\_\_\_ REG. (5) \_\_\_\_\_ S.S.A. No: (6) \_\_\_\_\_  
 DX: (7) \_\_\_\_\_ FECHA: (8) \_\_\_\_\_

CLAVE	DESCRIPCION	CANTIDAD SOLICITADA	CANTIDAD SURTIDA	LLAVE DE MOVIMIENTO
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
CIFRA CONTROL (14)				
OBSERVACIONES: (15)				
DR. (16) _____				
REG. S.S.A. (17) _____				
CED. PROF. (18) _____ PLAZA No. (19) _____ FIRMA (20) _____				
AREA SOLICITANTE	SURTIDO	RECIBIDO		
(21)	(22)	(23)		
NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA	NOMBRE Y FIRMA		



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## RECETA ESPECIAL PARA CONTROL DE PSICOTRÓPICOS GRUPOS II Y III (3110-03)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SERVICIO	EL NOMBRE DEL ÁREA.
2	CLAVE	EL NÚMERO DEL ÁREA SOLICITANTE.
3	FOLIO No.	EL NÚMERO QUE LE ASIGNEN.
4	PACIENTE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
5	REGISTRO	EL NÚMERO DE REGISTRO
6	S.S.A. No.	EL NÚMERO QUE LE ASIGNA LA SECRETARÍA DE SALUD.
7	DX:	EL DIAGNÓSTICO.
8	FECHA	LA FECHA DEL DÍA EN QUE SE LLENA EL FORMATO (DD/MM/AAAA)
9	CLAVE	EL NÚMERO DEL MEDICAMENTO.
10	DESCRIPCIÓN	LA DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO.
11	CANTIDAD SOLICITADA	LA CANTIDAD SOLICITADA POR EL SERVICIO.
12	CANTIDAD SURTIDA	ESTE ESPACIO QUEDA PARA LLENADO DEL ALMACÉN.
13	LLAVE DE MOVIMIENTO	EL NÚMERO QUE ES ASIGNADO EN EL SISTEMA.
14	CIFRA CONTROL	EL NÚMERO ASIGNADO POR LA CAPTURA DEL DEPARTAMENTO.
15	OBSERVACIONES	LAS OBSERVACIONES HECHAS POR EL MÉDICO.
16	DR.	EL NOMBRE DEL MÉDICO.
17	REG. S.S.A.	EL NÚMERO QUE ASIGNE LA SECRETARÍA DE SALUD AL MÉDICO.
18	CED. PROF.	EL NÚMERO DE LA CÉDULA DEL MÉDICO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
154

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD		FECHA AUT.	
DIRECCIÓN DE		PROGRAMACIÓN	
DÍA		MES	
AÑO		AÑO	
OCT. 2		2000	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"RECETA ESPECIAL PARA CONTROL DE PSICOTRÓPICOS. GRUPO II Y III" (3110-03)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
19	PLAZA No.	EL NÚMERO DE EMPLEADO QUE LE ASIGNA EL INSTITUTO.
20	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO.
21	ÁREA SOLICITANTE	EL NOMBRE Y FIRMA DEL ÁREA SOLICITANTE.
22	SURTIDO	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE SURTE LA RECETA.
23	RECIBIDO	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ EL FORMATO.





## INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO

## "VALE DE SALIDA" (5420-03)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SELLO	EL SELLO DEL ÁREA
2	ÁREA SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL ÁREA QUE SOLICITA EL VALE
3	FECHA	LA FECHA DEL DÍA EN QUE SE LLENA EL FORMATO (DD/MM/AAAA)
4	FOLIO	EL NÚMERO DE FOLIO ASIGNADO
5	CLAVE DEL ÁREA	EL NÚMERO DEL ÁREA
6	PARA APLICAR EN	EL NOMBRE DEL ÁREA
7	SUBALMACEN	EL NÚMERO DEL SUBALMACEN
8	CLAVE ARTÍCULO	ESTE ESPACIO QUEDA PARA LLENADO DEL ALMACEN
8	LLAVE DE MOVIMIENTO	ESTE ESPACIO QUEDA PARA LLENADO DEL ALMACEN
8	CANTIDAD SOLICITADA	LA CANTIDAD SOLICITADA POR EL SERVICIO
8	CANTIDAD SURTIDA CIFRA CONTROL	ESTOS ESPACIOS QUEDAN PARA EL LLENADO DEL ALMACÉN.
8	UNIDAD	EL TIPO DE UNIDAD POR SERVICIO.





OCT. 2 2000

## INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO

"VALE DE SALIDA" (5420-03)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
8	DESCRIPCIÓN	LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO
8	CIFRA CONTROL	LLENADO DEL ALMACEN
8	UNIDAD	EL TIPO DE UNIDAD POR SERVICIO
8	DESCRIPCIÓN	LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO
8	OBSERVACIONES	LA FORMA DE ENTREGA DEL PRODUCTO (SÍ ES EL CASO)
9	ÁREA SOLICITANTE	NOMBRE Y FIRMA DEL ÁREA
10	SURTIDO POR	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE ENTREGA
11	RECIBIDO POR	NOMBRE CLAVE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

158

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA	FECHA AUT.	SALUD	
DIRECCIÓN	DIA	MES	AÑO
PROGRAMACIÓN	OCT.	2	2000

11.- PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DE 1ª. VEZ Y SUBSECUENTE EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



DIRECCIÓN MÉDICA



OBJETIVO ESPECÍFICO

LLEVAR A CABO LA CONSULTA DE VALORACIÓN PREVIA A LA ACEPTACIÓN DE LA PACIENTE EN EL INSTITUTO, Y DARLE SEGUIMIENTO A TRAVÉS DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ SUBSECUENTE EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.



OCT. 2 2000

## POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- LOS MÉDICOS ADSCRITOS SERÁN LOS RESPONSABLES DE DAR ATENCIÓN MÉDICA A TODAS LAS PACIENTES EMBARAZADAS O CON RIESGO PREGESTACIONAL QUE SEAN REFERIDAS POR LOS DEPARTAMENTOS, COORDINACIONES O SERVICIOS DE LA SUBDIRECCIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Y DE LA SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA.
- EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA ES EL RESPONSABLE DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES PARA SU ATENCIÓN MÉDICA Y DE ACUERDO A ELLO, SE LE DARÁ LA FECHA Y HORA PARA LA PRIMERA CITA SUBSECUENTE CON SU MÉDICO TRATANTE.
- EN LA PRIMERA CITA SUBSECUENTE, EL MÉDICO DESIGNADO REVISARÁ "HISTORIA CLÍNICA" (2240-10-A-B-C) Y NOTA INICIAL, PREVIAMENTE ELABORADOS POR MÉDICO RESIDENTE EN TURNO DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, ASÍ COMO LOS EXÁMENES PARACLÍNICOS SOLICITADOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ.
- SE OTORGARÁ CONSULTA MÉDICA POR EL MÉDICO RESPONSABLE CONSISTENTE EN INTERROGATORIO Y EXPLORACIÓN.
- EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y DE OBSTETRICIA SERÁN LOS RESPONSABLES DE SOLICITAR LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO NECESARIOS, ASÍ COMO LAS INTERCONSULTAS A LOS SERVICIOS DE: ESTOMATOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA, MEDICINA FETAL, ENDOCRINOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, CIRUGÍA GENERAL, GENÉTICA, DERMATOLOGÍA, INFECTOLOGÍA, ANESTESIOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, NEUROLOGÍA, UROGINECOLOGÍA, ONCOLOGÍA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CLIMATERIO, DIETOLOGÍA, EDUCACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN, PSICOLOGÍA, MEDIANTE "SOLICITUD DE INTERCONSULTA" FORMATO (2240-15).
- EL MÉDICO RESIDENTE DEBERÁ REALIZAR "VALORACIÓN DE PRIMERA VEZ" Y SE TURNARÁ A LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA ESTABLECER EL NIVEL SOCIOECONÓMICO Y DE ACUERDO A ESTE SE APLICARÁN CUOTAS DE RECUPERACIÓN QUE SE DEBAN PAGAR.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
161

DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

- EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, ASIGNARÁ A LA PACIENTE UN MÉDICO ESPECIALISTA, Y PROPORCIONARÁ FECHA Y HORA PARA SU PRIMERA CITA SUBSECUENTE.
- LA PACIENTE TENDRÁ QUE PRESENTAR PARA INGRESO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: IDENTIFICACIÓN OFICIAL, COMPROBANTE DE DOMICILIO, ACTA DE NACIMIENTO Y COMPROBANTE DE INGRESOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
162  
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 11.- CONSULTA DE 1ª. VEZ Y SUBSECUENTE EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
DÍA, MES, AÑO  
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	1	INSTRUYE PERMANENTEMENTE A LOS DEPARTAMENTOS DE GINECOLOGÍA Y DE OBSTETRICIA DE LA SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN LA ATENCIÓN DE PACIENTES EN CONSULTA DE 1ª. VEZ Y SUBSECUENTE.
PACIENTE	2	<p>ACUDE A SU CITA DE PRIMERA VEZ EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA PARA VALORACIÓN.</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA EXPLICA LAS CAUSAS DEL PORQUE NO PUEDE SER ATENDIDA EN EL INSTITUTO.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p> <p>SÍ: INFORMA A LA PACIENTE LOS DOCUMENTOS QUE DEBE PRESENTAR.</p>
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	3	RECIBE A LA PACIENTE Y RECOGE LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, REQUISITA CONSTANCIAS DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL FORMATO (2240-05) Y DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES FORMATO (2240-06) Y TURNA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
163  
FECHA AUT.  
SECRETARIA DE SALUD  
DIA MES AÑO  
PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA  
PROCEDIMIENTO: 11.- CONSULTA DE 1ª. VEZ Y SUBSECUENTE EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	4	RECIBE A LA PACIENTE CON SUS DOCUMENTOS Y APLICA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO FORMATO (2520-04), ENTREGA "CARNET DE CITAS" FORMATO (2240-18) Y LA TURNA MEDIANTE "SOLICITUD DE INTERCONSULTA" FORMATO (2240-15) AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	5	<p>RECIBE A LA PACIENTE, ELABORA HISTORIA CLÍNICA FORMATO (2240-10-A-B-C) Y NOTA MÉDICA DE PRIMERA VEZ, PARA OTORGAR CITA SUBSECUENTE:</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: REGRESA A LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA PARA QUE SE LE OTORGE LA BAJA DEL SERVICIO Y SE LE TRASLADE A OTRO SERVICIO. (ACTIVIDAD 3).</p> <p>SÍ: LE INDICA QUE DEBE ACUDIR A LA RECEPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA PARA PROGRAMAR SU CITA SUBSECUENTE.</p>
PACIENTE	6	ACUDE AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA PARA PROGRAMAR EN SU "CARNET" LA CITA SUBSECUENTE Y REGRESA AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA.





## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

164

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

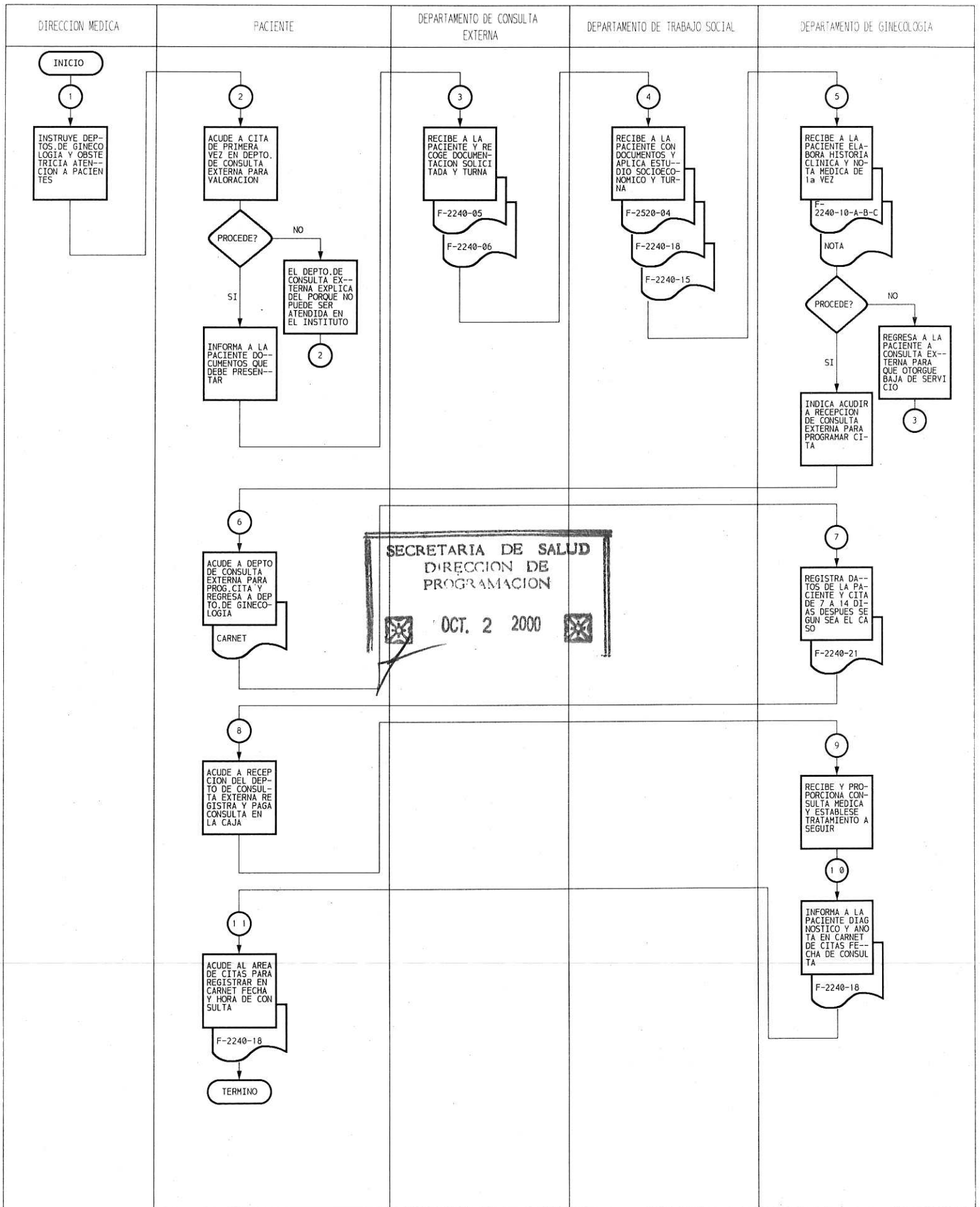
PROCEDIMIENTO: 11.- CONSULTA DE 1ª. VEZ Y SUBSECUENTE EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	7	REGISTRA LOS DATOS DE LA PACIENTE EN EL FORMATO "INFORME DIARIO DE GINECOLOGÍA U OBSTETRICIA (FORMATO 2240-21) Y CITA A LA PACIENTE DE 7 A 14 DÍAS DESPUÉS SEGÚN SEA EL CASO.
PACIENTE	8	ACUDE A LA RECEPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, SE REGISTRA Y PAGA EL COSTO DE SU CONSULTA EN LA CAJA PRINCIPAL DEL INSTITUTO, REGRESANDO UNA COPIA DE SU RECIBO AL PERSONAL DE RECEPCIÓN. SE TRASLADA AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	9	RECIBE Y PROPORCIONA CONSULTA MÉDICA, ANALIZA LA EVOLUCIÓN DE LA PACIENTE Y ESTABLECE EL TRATAMIENTO A SEGUIR.
	10	INFORMA A LA PACIENTE SOBRE SU DIAGNÓSTICO Y ANOTA EN SU "CARNET DE CITAS" LA FECHA DE SU PRÓXIMA CONSULTA (FORMATO 2240-18).
PACIENTE	11	ACUDE AL "ÁREA DE CONTROL DE CITAS" PARA REGISTRAR EN SU "CARNET DE CITAS" (2240-18) FECHA Y HORA DE SU PRÓXIMA CONSULTA.
		TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO : 11.-CONSULTA DE 1ª VEZ Y SUBSECUENTE EN LAS AREAS DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



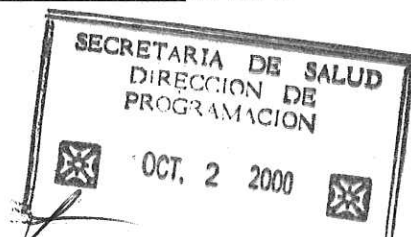
# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA



DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

México D.F. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_<sup>①</sup> del 2000.

OFICINA DE REGISTRO Y VIGENCIA  
DE DERECHO DEL IMSS  
VILLALONGIN #117 ESQ. MANUEL CONTRERAS  
COL. CUAUHTEMOC (EXCLUSIVAMENTE PACIENTES FORANEAS)  
(RESIDENTES DEL DISTRITO FEDERAL O AREA METROPOLITANA VER LISTADO AL  
REVERSO)  
Presente



Por medio de la presente, me permito solicitar a usted (es) comprobante donde se indique si la(s) persona(s) abajo mencionada(s) tiene(n) o no derecho al Servicio Médico que su institución proporciona:

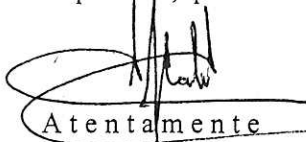
②

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO, FECHA DE NACIMIENTO O  
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES.

③

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE, FECHA DE  
NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES.

Agradeciendo de antemano la atención al presente, quedo de usted.

  
Atentamente

Dr. Francisco Cabral Castañeda  
Jefe del Departamento de Consulta Externa



SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUT.	PROGRAMACIÓN	
DÍA	MESES	AÑO
OCT.	2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMPROBANTE DEL SERVICIO MÉDICO" (2240-05)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FECHA	EL DÍA, MES Y EL NÚMERO DEL AÑO EN CURSO EN EL QUE SE LLENA EL PRESENTE FORMATO
2	NOMBRE DE LA PACIENTE	EL NOMBRE COMPLETO (CON APELLIDO MATERNO Y PATERNO) DE QUIÉN SOLICITA EL SERVICIO
3	NOMBRE DEL ESPOSO	EL NOMBRE COMPLETO DEL CÓNYUGE O DE QUIÉN DEPENDE ECONÓMICAMENTE, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

## NOMBRES Y DOMICILIOS DE LAS DELEGACIONES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL Y VALLE DE MEXICO

**EVITASE MOLESTIAS, POR FAVOR ACUDA A LA DELEGACION MAS CERCANA A SU DOMICILIO**

### SUBDELEGACION 1 MAGDALENA DE LAS SALINAS

Av. Instituto Politécnico Nacional 1521  
Col. Magdalena de las Salinas. CP 07760. México, D.F.

### SUBDELEGACION 2 SANTA MARIA LA RIBERA

Nogal Núm. 240  
Col. Santa María la Ribera, CP 06400. México, D.F.

### SUBDELEGACION 3 POLANCO

Villalongín 117 esq. Manuel Ma. Contreras  
Col. Cuauhtémoc. CP 06500. México, D.F.

**( ATENCION A PACIENTES FORANEAS )**

### SUBDELEGACION 4 GUERRERO

Luna 235  
Col. Guerrero CP 06300. México, D.F.

### SUBDELEGACION 5 CENTRO

Escuela Militar Núm. 14  
Col. Centro CP 06600. México, D.F.

### SUBDELEGACION 6 PIEDAD NARVARTE

Av. Cuauhtémoc 451 del 3º. al 7º. piso  
Col. Piedad Narvarte CP 03000. México, D.F.

### SUBDELEGACION 7 DEL VALLE

Av. Coyoacán Núm. 1540  
Col. del Valle CP 03100. México, D.F.

### SUBDELEGACION 8 SAN ANGEL

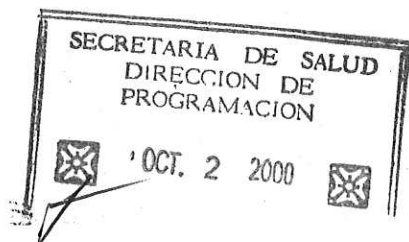
Plaza de San Jacinto Núm. 20  
Col. San Angel CP 01000. México, D.F.

### SUBDELEGACION 9 SANTA ANITA

Plutarco Elías Calles Núm. 579  
Col. Santa Anita, CP 08300. México, D.F.

### SUBDELEGACION 10 CHURUBUSCO

Av. Río Churubusco Núm. 609  
Col. Sector Popular. CP 09060. México, D.F.



### SUBDELEGACION TLALNEPANTLA

Gustavo Baz esq. Filiberto Gómez  
Anexo H. G. Z. Gustavo Baz  
CP. 54000 Tlalnepantla, Edo. De México

### SUBDELEGACION ECATEPEC

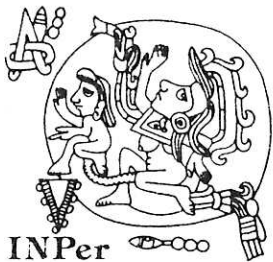
Vía Morelos esq. Casa Nueva  
Anexo de la U. M. F. 93  
CP. 55430 Ecatepec de Morelos, Edo. De México

### SUBDELEGACION NAUCALPAN

Blvd. Del Centro S/N y Blvd. Avila Camacho  
Fracc. Lomas Verdes  
CP. 53120 Naucalpan, Edo. De México

### SUBDELEGACION LOS REYES LA PAZ

Carretera Libre México Puebla Núm. 49  
Los Reyes la Paz, CP 56400, Edo. De México

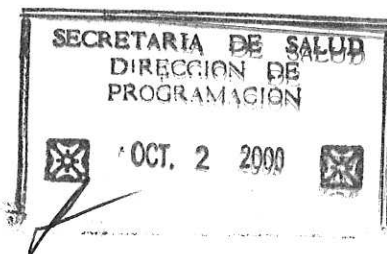


# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

México D.F. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ <sup>①</sup> del 2000.

OFICINA DE REGISTRO Y VIGENCIA  
DE DERECHO DEL ISSSTE  
Presente



Por medio de la presente, me permito solicitar a usted (es) comprobante donde se indique si la(s) persona(s) abajo mencionada(s) tiene(n) o no derecho al Servicio Médico que su institución proporciona:

②

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL SERVICIO, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES.

③

NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES.

Agradeciendo de antemano la atención al presente, quedo de usted.

Atentamente

Dr. Francisco Cabral Castañeda  
Jefe del Departamento de Consulta Externa

NOTA: Acudir a la dirección cercana a su domicilio.

Balderas No. 58	José Vasconcelos No. 207	Año de Juárez No. 238	San Fernando No. 15
1er Piso	3er Piso	3er Piso	
Col. Centro	Col. San Miguel Chapultepec	Col. Granjas de San Antonio	Col. Toriello Guerra
C.P. 06040	C.P. 03900	C.P. 07090	C.P. 14050
Deleg. Norte	Deleg. Poniente	Deleg. Oriente	Deleg. Sur

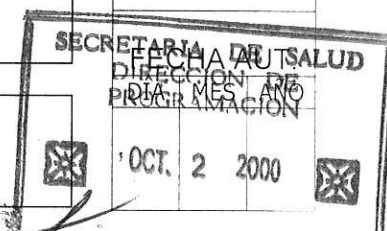
2240-06



## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CONSTANCIA DE AFILIACIÓN AL ISSSTE" (2240-06)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FECHA	EL DÍA, MES Y EL NÚMERO DEL AÑO EN CURSO EN EL QUE SE LLENA EL PRESENTE FORMATO
2	NOMBRE DE LA PACIENTE	EL NOMBRE COMPLETO (CON APELLIDO MATERNO Y PATERNO) DE QUIÉN SOLICITA EL SERVICIO
3	NOMBRE DEL ESPOSO	EL NOMBRE COMPLETO DEL CÓNYUGE O DE QUIÉN DEPENDE ECONÓMICAMENTE, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



## SOLICITUD DE REVALORACION SOCIOECONOMICA

FECHA: 1

NOMBRE DE LA PACIENTE:

2

REGISTRO:

3

CLASIFICACION:

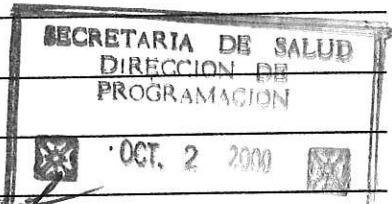
4

SERVICIO:

5

MOTIVO DE SOLICITUD DE ATENCION EN EL INPer:

6



RAZONES DE LA PACIENTE Y/O DEL FAMILIAR PARA SOLICITAR LA REVALORACION SOCIOECONOMICA:

7

NOMBRE:

8

FIRMA:

PARENTESCO:

UNICAMENTE PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
( MANEJO, SEGUIMIENTO Y RESOLUCION )

9

FECHA:

Vo. Bo.

10

TRABAJADORA SOCIAL

11

JEFE DE TRABAJO SOCIAL

12

SUPERVISORA



FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE REVALORACIÓN SOCIOECONÓMICA" (2520-04)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 FECHA	LA FECHA (DD/MM/AAAA).
2 NOMBRE	EL NOMBRE DE LA PACIENTE.
3 REGISTRO	EL NÚMERO DE REGISTRO DE SU CARNET.
4 CLASIFICACIÓN	EL NÚMERO DE CLASIFICACIÓN ASIGNADO.
5 SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO.
6 MOTIVO	EL MOTIVO DE SOLICITUD DE ATENCIÓN EN EL INPER.
7 RAZONES	LAS RAZONES DE LA PACIENTE Y/O FAMILIAR PARA SOLICITAR LA REVALORACIÓN SOCIOECONÓMICA.
8 DATOS	EL NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE Ó EL PARENTESCO DEL FAMILIAR.
9 ANOTACIONES	UNICAMENTE PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL (MANEJO, SEGUIMIENTO, RESOLUCIÓN Y FECHA).
10 Vo. Bo.	NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL.
11 Vo. Bo	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
12 Vo. Bo	NOMBRE Y FIRMA DE LA SUPERVISORA.

## RECOMENDACIONES

### 1.- 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.

2.- Procure NO OLVIDAR ésta tarjeta cuando acuda al Instituto, sin ella no podemos atenderla adecuadamente

3.- Para cualquier aclaración de sus consultas llame al Tel: 5 20-99-00  
Ext: 295, 296, 297.

1



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

# Carnet de Citas

2

FECHA:

3

DIA

MES

AÑO

2240-18

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

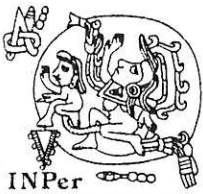
OCT 2 2000



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS" (2240-18)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL.	EL NOMBRE COMPLETO DE LA 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 QUE ATENDIÓ A LA PACIENTE.
3	FECHA- HORA	LA FECHA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN DEL CARNET DE LA PACIENTE.
4	SERVICIO	EL ÁREA MÉDICA DONDE SE ATENDERÁ A LA PACIENTE



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

## SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

DEPENDENCIA <sup>1</sup>

SERVICIO <sup>2</sup>

FECHA <sup>3</sup>

Servicio que se solicita la interconsulta <sup>4</sup>

URGENTE <sup>5</sup>

SI

NO

Medico solicitante <sup>6</sup>

Fecha y hora de la solicitud <sup>7</sup>

Medico que recibio la solicitud <sup>8</sup>

Fecha y hora de recibida <sup>9</sup>

Nombre: clave y firma

Nombre: clave y firma

NOTA : El Médico Interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de NOTAS, EVOLUCION Y ORDENES MEDICAS

2240-15

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "SOLICITUD DE INTERCONSULTA" (2240-15)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	DEPENDENCIA	EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN QUE CANALIZA AL PACIENTE.
2	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO EN EL QUE SE SOLICITA ATENCIÓN.
3	FECHA	LA FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
4	SERVICIO QUE SOLICITA	EL NOMBRE DEL SERVICIO QUE SOLICITA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.
5	URGENTE	SI LA ATENCIÓN ES CON CARÁCTER DE URGENCIA O NO.
6	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.
7	FECHA Y HORA	LA FECHA (DÍA, MES Y AÑO) Y HORA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA.
8	MÉDICO QUE RECIBIÓ	EL NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD.
9	FECHA Y HORA	LA FECHA (DÍA, MES Y AÑO) Y HORA EN QUE RECIBE LA SOLICITUD.









# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

## EMBARAZO ACTUAL (CONTINUACION)

TRIMESTRE	I	<input type="checkbox"/>	HIPEREMESIS	8	<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/>						DIA	MES
		<input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD UTERINA						
TRIMESTRE	II	<input type="checkbox"/>	MOVIMIENTOS FETALES		<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/>					DIA	MES	AÑO
		<input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD UTERINA						
TRIMESTRE	III	<input type="checkbox"/>	MOVS. FETALES		<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			AUSENCIA				DIA	MES	AÑO
		<input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA				DIA	MES	AÑO
		<input type="checkbox"/>	EDEMA				DIA	MES	AÑO
		<input type="checkbox"/>	S.V.E.				DIA	MES	AÑO
		<input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD UTERINA				DIA	MES	AÑO

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

## ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS PREVIOS DEL EMBARAZO ACTUAL

ESTUDIOS:	<input type="checkbox"/>	HEMOGLOBINA	9	<input type="checkbox"/>	HEMATOCRITO	<input type="checkbox"/>	GRUPO Y Rh
	<input type="checkbox"/>	GLUCOSA			<input type="checkbox"/>	ORINA	<input type="checkbox"/>
TRATAMIENTOS:	<input type="checkbox"/>	ANTIBIOTICOS		<input type="checkbox"/>	PSICOTROPICOS	<input type="checkbox"/>	CORTICOIDES
	<input type="checkbox"/>	HIPOGLUCEMIANTES		<input type="checkbox"/>	PROGESTAGENOS	<input type="checkbox"/>	ESTROGENOS
		ORALES		<input type="checkbox"/>	INSULINA	<input type="checkbox"/>	OTROS _____
RESULTADOS:	_____						

## APARATOS Y SISTEMAS

<input type="checkbox"/>	DIGESTIVO	10	_____
ANORM.			_____
<input type="checkbox"/>	CARDIOCIRCULATORIO		_____
ANORM.			_____
<input type="checkbox"/>	URINARIO		_____
ANORM.			_____
<input type="checkbox"/>	GINECOLOGICO		_____
ANORM.			_____
<input type="checkbox"/>	PULMONAR		_____
ANORM.			_____
<input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO		_____
ANORM.			_____
<input type="checkbox"/>	PSICOLOGICO		_____
ANORM.			_____

INPer



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

**ABDOMEN**

FONDO UTERINO  CM. (13)

FREC. CARD. FETAL  LATIDOS/MIN.

SITUACION  1 TRANSVERSA  
 2 LONGITUDINAL  
 3 OBLICUA

PRESENTACION  1 CEFALICA  
 2 PELVICA

No. PRODUCTOS  1 UNICO  
 2 MULTIPLE \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**GENITALES**

EXTERNOS ANORM. (14)

VAGINA ANORM.

CERVIX ANORM.

SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000

DILATACION  CM. 1 FORMADO \_\_\_\_\_  
 2 SEMIBORRADO \_\_\_\_\_  
 3 BORRADO \_\_\_\_\_

MEMBRANAS ANORM.

1 INTEGRAS  2 ROTAS      3 SE IGNORA  
DIA MES AÑO HORA

UTERO ANORM.

ANEXOS ANORM.

OTROS ANORM.





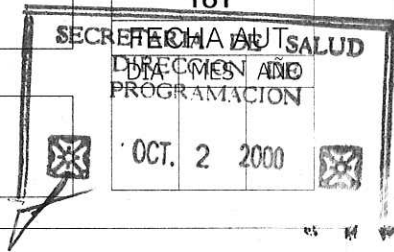
FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"HISTORIA CLINICA" (2240-10-A-B-C)

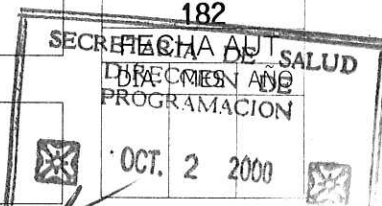
No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	MOTIVO DE CONSULTA	EL MOTIVO POR EL CUAL LA PACIENTE SOLICITA ATENCIÓN EN EL INSTITUTO.
2	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	EN LOS RECUADROS LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS EN FAMILIARES DIRECTOS DE LA PACIENTE, POR EJEMPLO: (HIPERTENSIÓN, DIABETES, CÁNCER, ETC.)
3	ANTECEDENTES PERSONALES	EN LOS RECUADROS LOS ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE LA PACIENTE, COMO PUEDEN SER: TUBERCULOSIS, SÍFILIS, GONORREA, ETC., ASÍ COMO LOS HALLAZGOS POSITIVOS DETECTADOS.
4	HÁBITOS	SOBRE LOS HÁBITOS DE LA PACIENTE (ALIMENTICIOS, TABAQUISMO, ALCOHOLISMO) Y LOS COMENTARIOS CORRESPONDIENTES.
5	ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	EN LOS RECUADROS LOS ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS DE LA PACIENTE (EDAD, MENARCA, IRREGULAR INICIO DE RELACIONES SEXUALES, EDAD DEL PRIMER EMBARAZO, ETC.), Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA HALLAZGOS POSITIVOS.
6	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	EN LOS RECUADROS LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DE LA PACIENTE (ABORTOS, MUERTES FETALES, NEONATALES, CESÁREAS, ETC.) Y ESPECIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS PARA HALLAZGOS POSITIVOS.
7	EMBARAZO ACTUAL	LA ÚLTIMA FECHA DE MENSTRUACIÓN, AMENORREA POST PARTO, SI SE REALIZÓ PRUEBA DE EMBARAZO Y LA FECHA EN QUE SE PRACTICÓ.



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "HISTORIA CLINICA (CONTINUACION)" (2240-10-B)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
8 EMBARAZO ACTUAL (CONTINUACIÓN)	EL SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO DURANTE LOS TRES TRIMESTRES Y SE REGISTRARÁN LAS FECHAS EXACTAS EN CASO DE EXISTIR ALGÚN CAMBIO IMPORTANTE.
9 ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS	EN LOS RECUADROS LOS ESTUDIOS QUE SE LE PRACTICARÁN A LA PACIENTE Y QUE DEPENDERÁN DEL DIAGNÓSTICO.
10 APARATOS Y SISTEMAS	LOS COMENTARIOS CORRESPONDIENTES, AL ESTUDIO QUE SE REALIZARÁ PARA CONOCER EL FUNCIONAMIENTO DE TODOS LOS APARATOS Y SISTEMAS DEL CUERPO DE LA PACIENTE (DIGESTIVO, CARDIOCIRCULATORIO, URINARIO, GINECOLÓGICO, ETC.)
11 BIOMETRÍA	EN LOS RECUADROS CORRESPONDIENTES LOS SIGNOS VITALES DE LA PACIENTE (TENSIÓN ARTERIAL, PULSO, FRECUENCIA RESPIRATORIA, TEMPERATURA, ETC.)
12 APARATOS Y SISTEMAS	EL BUEN FUNCIONAMIENTO DE LOS APARATOS Y SISTEMAS DEL ORGANISMO DE LA PACIENTE (INSPECCIÓN GENERAL, CABEZA Y CUELLO, APARATO RESPIRATORIO, ÁREA CARDIACA, MÚSCULO ESQUELÉTICO, VASCULAR, PIEL Y ANEXOS, NERVIOSO, ETC.) Y CUALQUIER ANOMALÍA O COMENTARIO.



## SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "HISTORIA CLINICA (CONTINUACION)" (2240-10-C)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
13 ABDOMEN	EN LOS RECUADROS DE ACUERDO AL CHEQUEO GENERAL DE ABDOMEN QUE SE HARÁ, QUE INCLUIRÁ REVISIÓN DEL FONDO UTERINO, FRECUENCIA CARDIACA FETAL, SITUACIÓN, NÚMERO DE PRODUCTOS QUE EXISTEN Y LAS OBSERVACIONES NECESARIAS.
14 GENITALES	EN LOS RECUADROS DE ACUERDO A UNA REVISIÓN DE LOS GENITALES DE LA PACIENTE (EXTERNOS. VAGINA, CERVIX, MEMBRANAS, UTERO, ETC.) Y LOS COMENTARIOS U OBSERVACIONES.
15 ANTECEDENTES DE RIESGO	LAS OBSERVACIONES EN CUANTO A LA EXISTENCIA DE ANTECEDENTES DE RIESGO EN LA PACIENTE, YA SEAN HEREDITARIOS, MÉDICOS, OBSTÉTRICOS, FETALES, ETC.
16 RIESGO DEL EMBARAZO	EL TIPO DE RIESGO QUE EXISTE EN EL EMBARAZO ACTUAL DE LA PACIENTE, ASÍ COMO LAS OBSERVACIONES CORRESPONDIENTES Y SE CUESTIONARÁ A LA PACIENTE SI DESEA UTILIZAR ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.
17 INTEGRACIÓN	LA INTEGRACIÓN DE LAS DIFERENTES PRUEBAS Y RESULTADOS PRACTICADOS A LA PACIENTE, SE ELABORARÁ UN PLAN DE ESTUDIO PARA EL MANEJO DEL EMBARAZO Y LAS OBSERVACIONES CORRESPONDIENTES.
18 PRONÓSTICO	EN LOS RECUADROS EL PRONOSTICO MATERNO Y FETAL, NOMBRE TANTO DE LA PERSONA QUE ELABORA LA HISTORIA CLÍNICA, CLAVE Y FIRMA, COMO DE LA PERSONA QUE SUPERVISA, ASÍ MISMO EN CUANTOS DÍAS TENDRÁ CITA LA PACIENTE Y SE REGISTRA LA FECHA DE ELABORACIÓN.

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

INFORME DIARIO GINECOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA  
CONSULTA EXTERNA

1 MEDICO  
2 FECHA

1 HOMBRE  
DIA MES AÑO

FIRMA

NUMERO DE EXPEDIENTE (3)		NOMBRE (4)		TIPO DE CONS		NEOPLASIAS DE BENIGNAS		NEOPLASIAS MALIGNAS		ALT. CONG.		ESTERILIDAD	
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4
5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6
7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8	7	8
9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10
11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12	11	12
13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14	13	14
15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16	15	16
17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18	17	18
19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20	19	20
21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22	21	22
23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24	23	24
25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26	25	26
27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28	27	28
29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30	29	30
31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32	31	32
33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34	33	34
35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36	35	36
37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38	37	38
39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40



OCT. 2



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

INFORME DIARIO OBSTETRICIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA  
CONSULTA EXTERNA

2 FECHA

1 MEDICO

FIRMA

NUMERO DE EXPEDIENTE		3
NOMBRE		4
PRIMERA VEZ	5	TIPO DE CONS
SUBSECUENTE	6	ANTECEDENTES OBSTETRICOS
EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	7	8 MOTIVO DE LA CONSULTA
GESTAS		
PARTOS		
CESAREAS		
ABORTOS		
EMBARAZO NORMAL		
PUERPERIO		
SINDROME DE ABORTO		
INCOMPETENCIA DEL CUELLO DEL UTERO		
PATOLOGIA TROFBLASTO		
EMESIS-HIPERMESIS		
EMBARAZO MULTIPLE		
EMBARAZO ECTOPICO		
HEMORRAGIA GENITAL EN EL EMBARAZO		
AMENAZA DE PARTO PRETERMINO		
MUERTE FETAL		
RETARDO EN EL CRECIMIENTO		
ANORMALIDADES DEL LIQUIDO AMNIOTICO		
EMBARAZO POST-TERMINO		
RH. NEGATIVO		
ISOINMUNIZACION RH.		
PRE-ECLAMPSIA LEVE		
HIPERTENSION SEVERA		
DIABETES MELLITUS		
OTRA ENDOCRINOPATIA		
INFECCION GENITAL		
INFECCION URINARIA		
NEFROPATIA		
CARDIOPATIA		
EPILEPSIA		
APARATO DIGESTIVO		
COLAGENOPATIAS		
OTROS (ESPECIFIQUE)		
SOLICITUD INTERCONSULTA		
SOLICITUD LABORATORIO		
SOLICITUD GABINE		
CANALIZACION		





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO GINECOLOGIA" (2240-21)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 MÉDICO	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
2 FECHA	LA FECHA DEL EXAMEN REQUERIDO.
3 NÚMERO DE EXPEDIENTE	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE CORRESPONDIENTE.
4 NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
5 TIPO DE CONSULTA	EL TIPO DE CONSULTA, SI ES POR PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE.
6 NEOPLASIAS BENIGNAS	EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA LA TUMORACIÓN.
7 NEOPLASIAS MALIGNAS	EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA LA TUMORACIÓN.
8 DISGENESIAS GONADALES	SI EXISTE EL PADECIMIENTO.
9 ALTERACIONES CONGENITAS	EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA LA ALTERACIÓN.
10 ESTERILIDAD	LA CAUSA O FACTOR DE LA ESTERILIDAD.
11 DIFERENTES CAUSAS	SI EXISTE OTRO PADECIMIENTO O SI SE TRASLADARA A OTRA ÁREA.
12 DESCRIPCIÓN COMPLEMENTARIA	SI EXISTE UN PADECIMIENTO QUE NO SE ENCUENTRA EN EL FORMATO.



FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO OBSTETRICIA" (2240-21)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 MÉDICO	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
2 FECHA	LA FECHA DEL EXAMEN REQUERIDO.
3 NÚM. DE EXPEDIENTE	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE CORRESPONDIENTE.
4 NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
5 TIPO DE CONSULTA	EL TIPO DE CONSULTA, SI ES POR PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE.
6 EDAD GESTACIONAL	LAS SEMANAS DE GESTACIÓN.
7 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (NÚMERO DE GESTAS O PARTOS).
8 MOTIVO DE LA CONSULTA	EL MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A CONSULTA LA PACIENTE.
9 DESCRIPCIÓN COMPLEMENTARIA	SUGERENCIAS, OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES ADICIONALES.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
187

DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
DIAOCMES/ANON  
OCT. 2 2000

12.- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA A MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN MÉDICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROGRAMAR Y DIFUNDIR LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA A MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL INSTITUTO INTERESADOS, PARA FORMAR MEJORES RECURSOS HUMANOS EN ESTA ESPECIALIDAD.



POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA AUTORIZAR EL MATERIAL DIDÁCTICO QUE SE USARÁ EN LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA PROGRAMAR ANUALMENTE LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA QUE SE REALICEN EN EL INSTITUTO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA RESERVAR CON UNA ANTICIPACIÓN DE 10 DÍAS HÁBILES AL DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL REALIZACIÓN DE LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA SE LLEVARÁN A CABO EN EL AUDITORIO PRINCIPAL DEL INSTITUTO, EL CUAL SERÁ, LA CUAL SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTRETICIA.
- EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA SERÁ EL RESPONSABLE DE DIFUNDIR LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MATERIA DE UROGINECOLOGÍA A TRAVÉS DE LA PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS ESCRITOS EN LA REVISTA DE PERINATOLOGÍA O REVISTAS MÉDICAS NACIONALES O EXTRANJERAS SEGÚN SEA EL NIVEL Y ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA ENVIAR A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE DE LOS PARTICIPANTES PARA QUE ELABORE LOS RECONOCIMIENTOS DE LAS CONFERENCIAS A LOS ALUMNOS QUE SE INSCRIBIERON Y QUE ASISTIERON A LAS MISMAS.
- EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA SERÁ EL RESPONSABLE DE INFORMAR AL DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL EL TIPO DE DISEÑO DE LOS DIPLOMAS DE PARTICIPACIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN LAS CONFERENCIAS DE UROGINECOLOGÍA.
- LA DURACIÓN DE LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA DEPENDERÁ DEL TEMA EXPUESTO Y DEL TIEMPO RESERVADO EN EL AUDITORIO PRINCIPAL.
- SOLO SE SUSPENDERÁN LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA POR CAUSAS EXTRAORDINARIAS QUE NO PUEDAN SER CONTROLADAS ADMINISTRATIVAMENTE (TERREMOTO, INCENDIO DEL INMUEBLE, FALTA DE ENERGÍA ELÉCTRICA, ETC.).



FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN  
DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2000

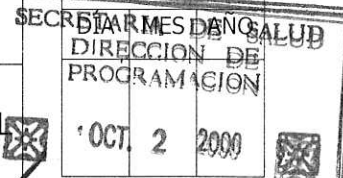
- PODRÁN INSCRIBIRSE A LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA LOS MÉDICOS INTERNOS (ESTUDIANTES DE LA ESPECIALIDAD Y SUBESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y LOS MÉDICOS ADSCRITOS QUE TRABAJAN EN EL INSTITUTO ), ASÍ COMO MÉDICOS EXTERNOS AL INSTITUTO QUE ESTEN INTERESADOS EN PARTICIPAR EN LAS CONFERENCIAS.
- PARA PARTICIPAR EN LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA, LOS MÉDICOS NACIONALES E INTERNACIONALES EXTERNOS AL INSTITUTO TENDRÁN QUE PRESENTAR UNA COPIA DE SU CURRÍCULUM VITAE, DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO INFANTIL Y SU SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENADA EN LA OFICINA DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA.
- EL PONENTE SERÁ EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y EN CASO DE ALGÚN SUCESO EXTRAORDINARIO A SU PERSONA, SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DIRECTOR DE ENSEÑANZA NOMBRAR A OTRO PONENTE PARA QUE CONTINÚE CON LA CONFERENCIA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA SOLICITAR AL DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, LA PREPARACIÓN DE DIAPOSITIVAS, VIDEOS O CUALQUIER MATERIAL AUDIOVISUAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS CONFERENCIAS, 20 DÍAS HÁBILES ANTES DE LA EXPOSICIÓN.
- LA DIFUSIÓN DE LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA SE LLEVARÁ A CABO POR PERSONAL DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA A TRAVÉS DE LA COLOCACIÓN DE CARTELES EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD, FOLLETOS E IMPRESIÓN DEL PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL.





ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 12.- OTORGAR CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA A MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL INSTITUTO



UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA PARA QUE PROGRAME LAS CONFERENCIAS ANUALES EN UROGINECOLOGÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	2	RECIBE INSTRUCCIÓN, PROPONE FECHAS PARA OTORGAR CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA Y TURNA A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA MEDIANTE OFICIO Y TURNA UNA COPIA A LA SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA, Y OTRA COPIA PARA EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA, PARA SU PROGRAMACIÓN EN EL PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	3	RECIBE OFICIO Y ANALIZA LAS FECHAS PROPUESTAS DE PROGRAMACIÓN DE CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA.  ¿PROCEDE?  NO: PROPONE OTRA FECHA PARA LA REALIZACIÓN DE LAS CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA. AVISA MEDIANTE OFICIO AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA (ACTIVIDAD No. 2).  SÍ: SE COMUNICA TELEFÓNICAMENTE CON EL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA PARA AVISARLE QUE LA FECHA PROGRAMADA HA SIDO AUTORIZADA Y ESTABLECIDA DENTRO DEL PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

192

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 12.- OTORGAR CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA A MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL INSTITUTO

SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA MES AÑO		
PROGRAMACIÓN		
'OCT. 2	2000	

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	4	RECIBE COMUNICADO Y ELABORA OFICIO EN ORIGINAL PARA EL ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y UNA COPIA PARA EL DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, INDICANDO LA FECHA Y LA HORA DE LA CONFERENCIA PARA RESERVAR EL AUDITORIO PRINCIPAL.
DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL	5	RECIBE OFICIO Y APARTA AUDITORIO EN FECHA Y HORA PROGRAMADA PARA LA REALIZACIÓN DE LA CONFERENCIA EN UROGINECOLOGÍA. AVISA TELÉFONICAMENTE AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	6	RECIBE AVISO Y LE COMUNICA A AL DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA.
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	7	RECIBE COMUNICADO, PROMUEVE LA INSCRIPCIÓN A LAS CONFERENCIAS MEDIANTE CARTELES EN OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD, FOLLETOS E IMPRESIÓN DEL PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL.
	8	REGISTRA A LOS INTERESADOS EN LISTA DE ASISTENCIA PARA PARTICIPAR EN LAS CONFERENCIAS Y AVISA AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA	9	RECIBE AVISO, ASIGNA PONENTES Y ESPERA EL DÍA DE REALIZACIÓN DE LA CONFERENCIA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

193

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

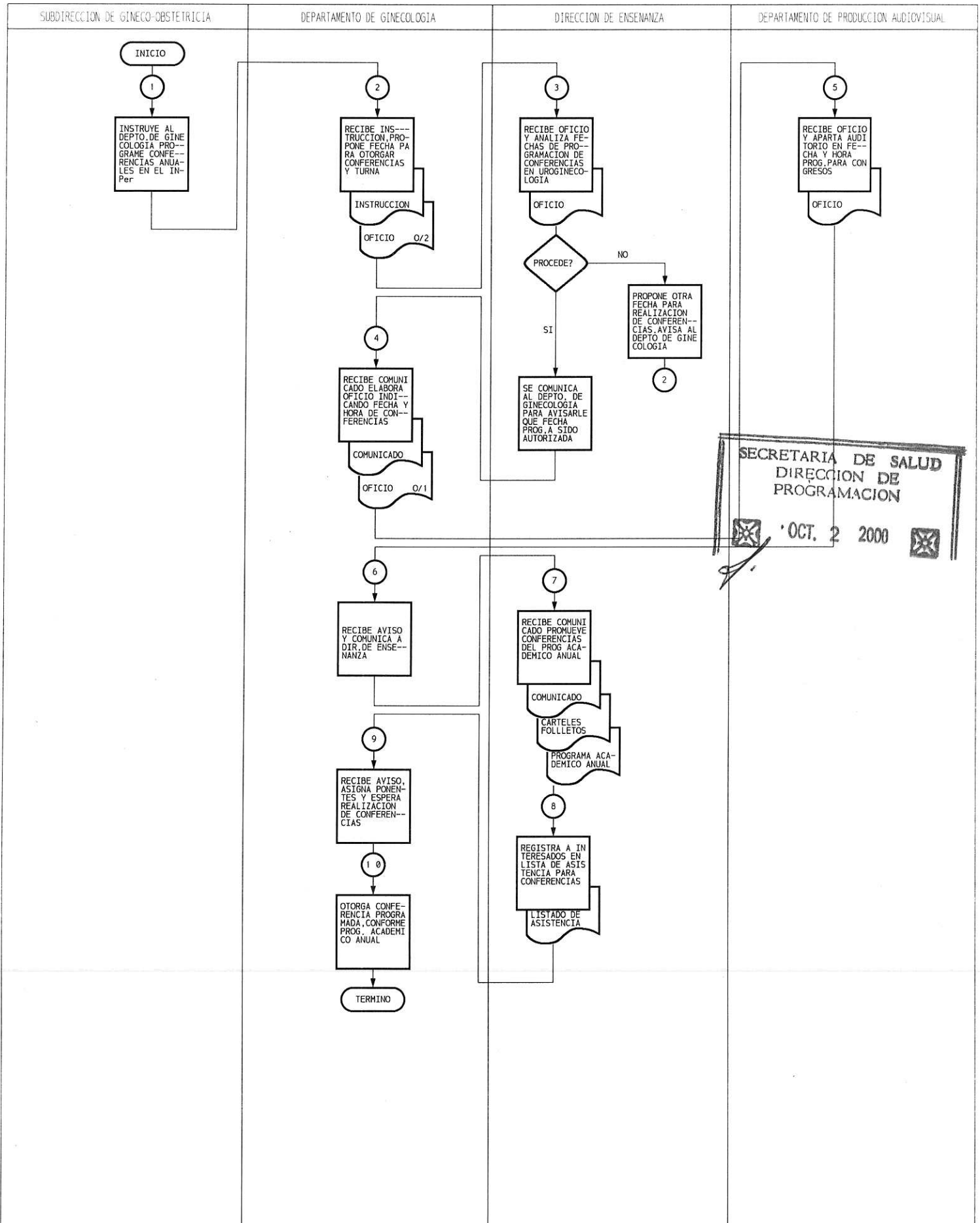
PROCEDIMIENTO: 12.- OTORGAR CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGÍA A MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL INSTITUTO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2008

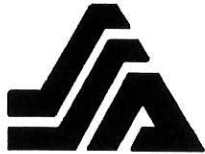
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	10	OTORGA CONFERENCIA EN FECHA Y HORA PROGRAMADA, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL.  TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO : OTORGAR CONFERENCIAS EN UROGINECOLOGIA A MEDICOS INTERNOS Y EXTERNOS DEL INSTITUTO



SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA  
195

FECHA AUT.

SECRETARÍA	MES	AÑO	SALUD

DIRECCION DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

13.- PROCEDIMIENTO PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE  
LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
196

FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

SUPERVISAR CONSTANTEMENTE LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL INSTITUTO PARA PREVENIR Y/O DISMINUIR INFECCIONES NOSOCOMIALES DENTRO DE LOS MISMOS.





## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA  
197

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
FECHA AUT.  
DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2000

### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- EL PERSONAL ADSCRITO AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA SERÁ EL RESPONSABLE DE LA VIGILANCIA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL INSTITUTO.
- LAS ACTIVIDADES PARA EL CONTROL DE INFECCIONES NOSOCOMIALES SE REALIZARÁN DE MANERA PERMANENTE EN TODAS LAS ÁREAS DE INTERNAMIENTO DEL INSTITUTO Y SERÁ EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA EL RESPONSABLE DE ACTUALIZAR DICHS CONTROLES.
- LOS INFORMES DE LOS RESULTADOS SE AJUSTARÁN A LO ESTABLECIDO POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA SSA EN EL PROGRAMA NACIONAL DEL SISTEMA ÚNICO AUTOMATIZADO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SUAVE) EN SU CAPÍTULO DE LA RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE).
- EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA SE ACOPLARÁ A LO DETERMINADO POR EL COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES DEL INSTITUTO EN SU MANUAL INTERNO DE PROCEDIMIENTOS.
- LAS LIBRETA DE CONTROL DE CULTIVOS TANTO DEL DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGÍA COMO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA DEBERÁN CONTENER 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.
- SE CONSIDERARÁN CASOS SOSPECHOSOS DE POSIBLE INFECCIÓN NOSOCOMIAL LOS PACIENTES QUE PRESENTEN SÍNTOMAS DE TEMPERATURA O SECRECIÓN EN HERIDA QUIRÚRGICA EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.
- EL COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES ESTARÁ INTEGRADO POR UN PRESINTE, UN VICEPRESIDENTE, UN COORDINADOR GENERAL, UNA SECRETARIA TÉCNICA Y OCHO VOCALES, MISMOS QUE SE ENCARGARÁN DE DETECTAR Y ANALIZAR LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS QUE OCURRAN EN EL INSTITUTO, DEBERÁN PROPONER ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y DEBERÁN CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIONES NOSOCOMIALES.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
198

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES  
PROCEDIMIENTO: 13.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	1	INSTRUYE POR ORDEN VERBAL DE LA DIRECCIÓN MÉDICA AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA PARA DETECTAR CASOS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LOS SERVICIOS DE INTERNAMIENTO DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA	2	VISITA DIARIAMENTE A LAS 8:30 HORAS LOS PISOS DE HOSPITALIZACIÓN PARA DETECTAR CASOS CON POSIBLE INFECCIÓN NOSOCOMIAL.  ¿PROCEDE?  NO: TERMINA PROCEDIMIENTO.  SÍ: TOMA CULTIVO, LLENA FORMATO (2430-21) Y ENVÍA AL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA PARA SU ESTUDIO.
LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA	3	RECIBE CULTIVO, LO ESTUDIA Y ANOTA EN LIBRETA DE CONTROL EL RESULTADO, MISMO QUE SERÁ TURNADO AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA	4	RECIBE, ANALIZA LOS RESULTADOS Y LOS TRANSCRIBE A SU LIBRETA DE CONTROL.
	5	LLENA, DEPENDIENTDO DEL CASO, FORMATO DE COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (RECIEN NACIDOS 2530-02) O FORMATO DE COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (PUERPERALES 2530-05), PARA LLEVAR CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS CASOS DETECTADOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
199

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

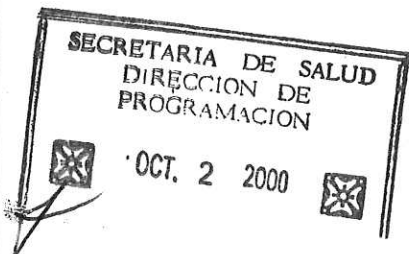
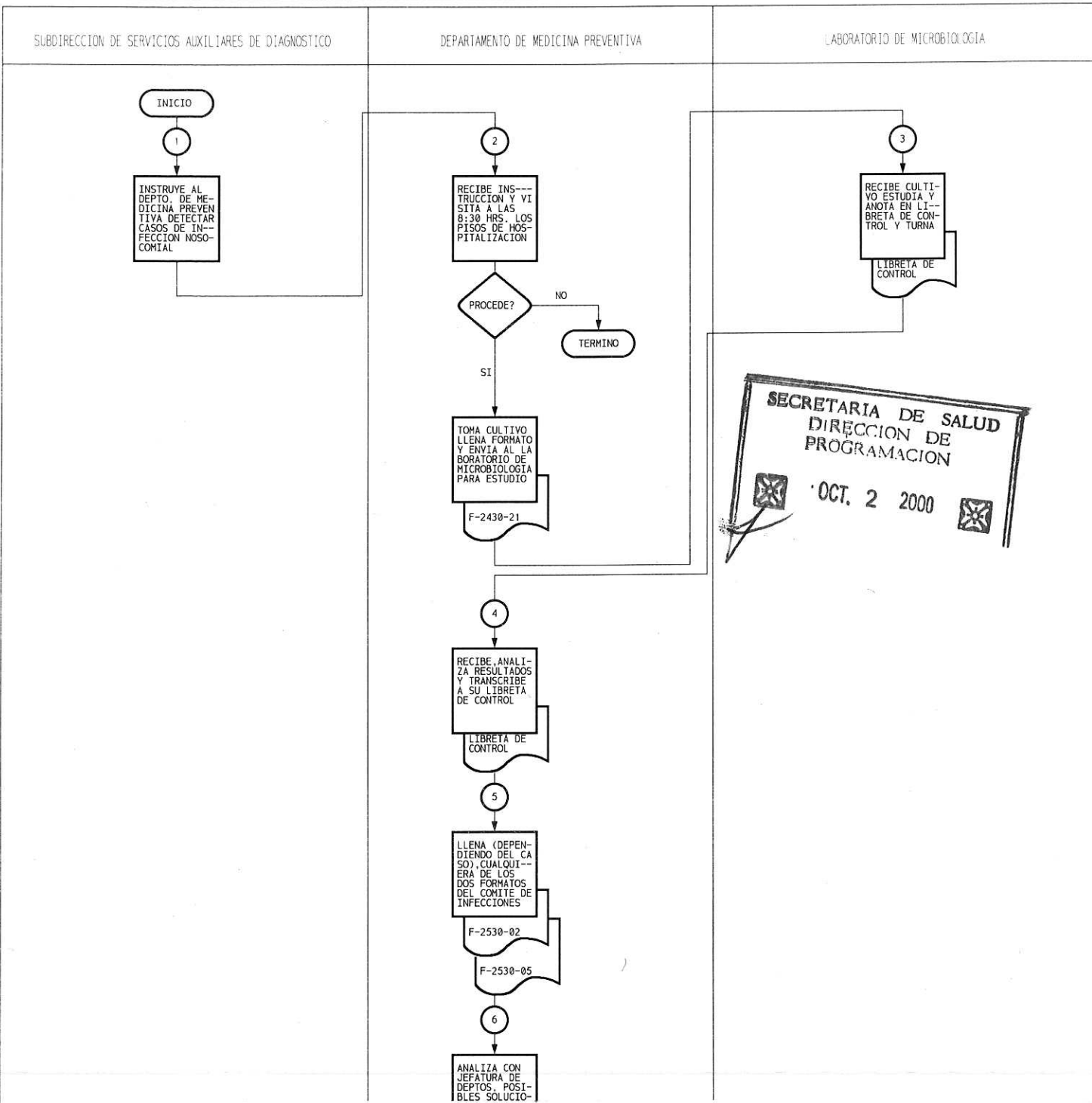
PROCEDIMIENTO: 13.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

SECRETARÍA DE SALUD	DÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN			
	OCT.	2	2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	6	ANALIZA CON LA JEFATURA DE DEPARTAMENTO LAS ALTERNATIVAS O POSIBLES SOLUCIONES DE LOS DIFERENTES CASOS.
	7	CAPTURA LOS DATOS DE CADA UNO DE LOS CASOS EN LA RED HOSPITALARIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RHOVE), PERTENECIENTE A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD.
	8	REALIZA UN INFORME MENSUAL CON LOS RESULTADOS, EL CUAL ES ENVIADO A LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES, MIEMBROS DEL COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES, Y A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD, CONSERVA UNA COPIA PARA CONTROL Y ARCHIVO.  TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE: DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO: 13.-VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES



## INMUNOLOGIA

Nombre: 1Registro: 1

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Humana (Cualit.)<br>2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Humana (Cuanti.)<br>2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG<br>2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM<br>2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA<br>2106 <input type="checkbox"/> Fraccion 4 del Complemento<br>2107 <input type="checkbox"/> Fraccion 3 del Complemento<br>2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide<br>2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG<br>2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM<br>2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG<br>2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM<br>2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG<br>2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo)<br>2115 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Anti D.N.A. | 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas<br>2117 <input type="checkbox"/> Antigeno de Sup. de Hepatitis<br>2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H.<br>2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.)<br>2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson<br>2121 <input type="checkbox"/> Chlamydia<br>2122 <input type="checkbox"/> Proteina C Reactiva<br>2124 <input type="checkbox"/> Widal O<br>2125 <input type="checkbox"/> Widal H<br>2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">2</span><br>2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B<br>2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix O<br>2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas<br>2130 <input type="checkbox"/> Determinacion de Proteínas<br>2131 <input type="checkbox"/> Electroforesis de Proteínas | 2132 <input type="checkbox"/> Inmunolectroforesis<br>2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo)<br>2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio<br>2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM<br>2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB<br>2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM<br>2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C<br>2139 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Delta<br>2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B<br>2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B<br>2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19<br>2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Baar<br>2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS<br>2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM<br>2146 <input type="checkbox"/> Cult. de Virus Sinsicial Respiratorio |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fecha: 3      Edad: 4      Edad Gestacional: 5 semanas.

Diagnóstico: 6      Tipo de estudio: Rutina  7 Especial

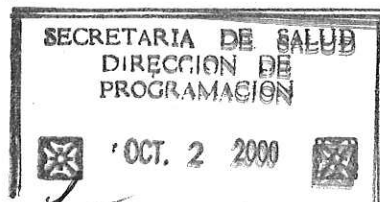
Fecha probable de contacto: 8      Sueros Pareados: Sí  9 No

Núm. de protocolo: 10      Nombre de Protocolo: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: 11      Clave: \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_

Servicio solicitante: 12      Cama: 13

2430-21







MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

HOJA  
202

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"INMUNOLOGIA: SOLICITUD DE ESTUDIO" (2430-21)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE.
3	ESTUDIOS	LOS ESTUDIOS QUE REQUIERE EL PACIENTE.
4	FECHA	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
5	EDAD	LA EDAD DEL PACIENTE.
6	EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS DE EMBARAZO.
7	DIAGNÓSTICO	EL PADECIMIENTO DETECTADOS EN LA PACIENTE.
8	TIPO DE ESTUDIO	SE ESPECIFICARÁ SI SE TRATA DE UN ESTUDIO ESPECIAL O RUTINARIO.
9	FECHA PROBABLE DE CONTACTO	LA FECHA EN QUE PROBABLEMENTE SE CONTAGIO LA PACIENTE.
10	SUEROS PAREADOS	SI SE TOMARON LAS DOS MUESTRAS A LA PACIENTE PARA LLEVAR A CABO LA PRUEBA DE SUERO PAREADO.
11	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO CON EL CUAL SE AUTORIZA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.
12	NOMBRE DEL PROTOCOLO	EL NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN QUE SE REALIZARÁ.
13	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

HOJA  
203

FECHA AUT.

SECRETARIA DE SALUD  
DIA MES AÑO DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"INMUNOLOGIA: SOLICITUD DE ESTUDIO" (2430-21)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
14	CLAVE	EL NÚMERO DE ADSCRIPCIÓN EN EL INSTITUTO DEL MÉDICO.
15	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO.
16	SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL SERVICIO EN QUE SE ATIENDE A LA PACIENTE.
17	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA, EN CASO DE QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADA.





# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

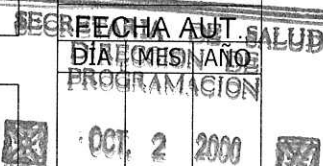
INPer

## COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES ( RECIEN NACIDOS )

NOMBRE: <u>1</u>	FECHA DE NAC. <u>2</u>	No. DE EXPEDIENTE: <u>3</u>	
SEXO: <u>4</u>	EDAD GESTACIONAL: <u>6</u>	PESO: <u>7</u>	EUTROF. HIPOTROF. HIPERTROF. <u>8</u>
SERVICIO: <u>9</u>	No. DE CUNA: <u>10</u>	QUIROFANO O SALA DE EXPULSION DONDE NACIO <u>11</u>	
VIA DE NACIMIENTO: <u>12</u>	ANTECEDENTES MATERNO IMPORTANTE: <u>13</u>		
FECHA DE INGRESO: <u>14</u>	FECHA DE ALTA: <u>15</u>	X DIAS DE ESTANCIA: <u>16</u>	
No. DIAS ESTANCIA: <u>17</u>	No. DIAS ESTANCIA POR INFECCION: <u>18</u>	TIPO DE INFECCION: <u>19</u>	
DX INGRESO: <u>20</u>			
DX EGRESO: <u>21</u>			
FECHA Y HORA DE INICIO			
SINTOMATOLOGIA: <u>22</u>	SIGNOS Y SINTOMAS DE INFECCION: <u>23</u>		

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES" (RECIÉN NACIDOS) (2530-02)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE	EMPEZANDO POR EL PRIMER APELLIDO DE LA PACIENTE (MAMÁ DEL RECIÉN NACIDO).
2	FECHA DE NAC.	LA FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ.
3	No. DE EXPEDIENTE	No. DE EXPEDIENTE DE LA MAMÁ DEL BEBÉ.
4	SEXO	SEXO DEL RECIÉN NACIDO.
5	EDAD EN DÍAS	LA EDAD ACTUAL DEL BEBÉ.
6	EDAD GESTACIONAL	LA EDAD QUE DETERMINE EL PEDIATRA.
7	PESO	EL PESO CON EL QUE NACE EL BEBÉ.
8	EUTROF, HIPOTROF HIPERTROF	COMO NACIÓ EL BEBÉ DETERMINADO POR EL PEDIATRA.
9	SERVICIO	EL SERVICIO EN EL QUE ESTÁ EL BEBÉ.
10	No. DE CUNA	EL NÚMERO DE LA CUNA QUE TIENE ASIGNADO EL BEBÉ
11	QUIRÓFANO O SALA DE EXPULSIÓN	EL QUIRÓFANO DONDE NACIÓ EL BEBÉ.
12	VIA DE NACIMIENTO	PARTO Ó CESÁREA.
13	ANTECEDENTES MATERNO IMPORTANTES	ANTECEDENTES PROPIOS DE LA PACIENTE(MAMÁ).
14	FECHA DE INGRESO	LA FECHA EN QUE INGRESÓ EL BEBÉ EN EL SERVICIO.

*Agreement  
Manual de procedimientos*



SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES" (RECIÉN NACIDOS) (2530-02)

No:	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
15	FECHA DE ALTA	LA FECHA EN QUE SE DÁ DE ALTA EL BEBÉ EN EL SERVICIO.
16	X DÍAS ESTANCIA	EL NO. DE DÍAS QUE ESTUVO EN EL SERVICIO EL BEBÉ.
17	No: DE DÍAS ESTANCIA	EL NO. DE DÍAS QUE ESTUVO EL BEBÉ EN EL SERVICIO.
18	No. DÍAS ESTANCIA POR INFECCIÓN	EL No. DE DÍAS QUE ESTUVO EN EL HOSPITAL POR LA INFECCIÓN.
19	TIPO DE INFECCIÓN	LO DETERMINA EL PEDIATRA.
20	DX INGRESO	DIAGNÓSTICO CON EL QUE INGRESA EL BEBÉ EN EL SERVICIO.
21	DX EGRESO	DIAGNÓSTICO CON EL QUE EGRESA EL BEBÉ DEL SERVICIO.
22	SINTOMATOLOGÍA	LA FECHA DE CUANDO TUVO LA INFECCIÓN.
23	SIGNOS Y SINTOMAS DE INFECCIÓN	SÍNTOMAS QUE TUVO EL BEBÉ POR LA INFECCIÓN.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES" (RECIÉN NACIDOS) (2530-02)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
24	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZA AL BEBÉ.
25	PATOLOGÍA AGREGADA	QUÉ OTRAS ENFERMEDADES TUVO EL BEBÉ DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL.
26	FUENTE PROBABLE	DE DONDE INICIÓ LA INFECCIÓN.
27	MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	COMO ADQUIRIÓ EL BEBÉ LA INFECCIÓN.
28	CONTACTOS CASOS SECUNDARIOS	SI LLEGÓ A TENER OTRO TIPO DE INFECCIÓN EL BEBÉ.
29	MEDIDAS DE CONTROL	LAS MEDIDAS PARA MANTENER UN CONTROL DE LA INFECCIÓN.
30	CONFIRMACIÓN DEL CASO	SE PONE EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE YA CONFIRMÓ LA INFECCIÓN.
31	OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	LAS OBSERVACIONES Y COMENTARIOS SOBRE EL CASO.
32	HALLAZGOS DE AUTOPSIA	EL REPORTE DE LA AUTOPSIA



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES  
( PUERPERALES )

NOMBRE: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ No. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ (3)

SERVICIO: \_\_\_\_\_ (4) \_\_\_\_\_ PISO: \_\_\_\_\_ (5) \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ (6) \_\_\_\_\_ QUIROFANO O SALA DE EXPULSION \_\_\_\_\_ (7)

MEDICO TRATANTE EN PISO: \_\_\_\_\_ (8)

CIRUJANO OBSTETRA: \_\_\_\_\_ (9)

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ (10) \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_ (11) \_\_\_\_\_ X DIAS ESTANCIA NORMALES \_\_\_\_\_ (12)

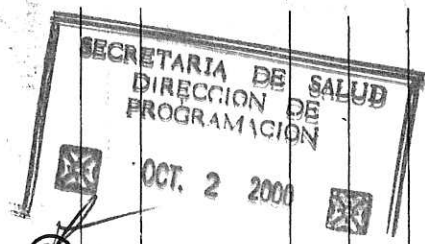
No. DIAS ESTANCIA: \_\_\_\_\_ (13) \_\_\_\_\_ No. DIAS ESTANCIA POR INFECCION: \_\_\_\_\_ (14)

D. X INGRESO: \_\_\_\_\_ (15)

ANTECEDENTES IMPORTANTES: \_\_\_\_\_ (16)

PROCEDIMIENTO UTILIZADO: \_\_\_\_\_ (17) \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_ (18)

FECHA INICIO SINTOMAT. DE INFECC. \_\_\_\_\_ (19)





SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
FECHA AUT.  
DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES(PUERPERALES)" (2530-05)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE	NOMBRE DE LA PACIENTE EMPEZANDO POR SU APELLIDO PATERNO.
2	EDAD	LA EDAD ACTUAL DE LA PACIENTE.
3	No. DE EXPEDIENTE	No. DE REGISTRO ASIGNADO POR EL DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL.
4	SERVICIO	EL SERVICIO EN EL CUAL SE CAPTA A LA PACIENTE.
5	PISO	EL PISO, DEPENDIENDO DE DONDE VIENE LA PACIENTE.
6	CAMA	LA ASIGNADA A LA PACIENTE DEPENDIENDO DEL MÉDICO ADSCRITO.
7	QUIRÓFANO O SALA DE EXPULSIÓN	A DONDE SE LE HIZO EL PROCEDIMIENTO A LA PACIENTE.
8	MÉDICO TRATANTE EN PISO	EL MÉDICO ADSCRITO QUE TRATA A LA PACIENTE.
9	CIRUJANO OBSTETRA	EL MÉDICO QUE ESTUVO PRESENTE EN LA CIRUGÍA.
10	FECHA DE INGRESO	LA FECHA Y DÍA QUE INGRESÓ AL PISO.
11	FECHA DE ALTA	EL DÍA DE EGRESO DEL PISO EN EL HOSPITAL.





SECRETARÍA DE SALUD  
DIAR. MES. AÑO DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (PUERPERALES)" (2530-05)

No:	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
12	X DÍAS ESTANCIA NORMALES	LOS DÍAS DEPENDIENDO DEL DIAGNÓSTICO DE LA PACIENTE.
13	No. DE DÍAS ESTANCIA	EL No. DE DÍAS DEPENDIENDO DEL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO A LA PACIENTE.
14	No: DE DÍAS ESTANCIA POR INFECCIÓN	EL No. DE DÍAS DEPENDIENDO DE LA INFECCIÓN DIAGNOSTICADA POR EL MÉDICO A LA PACIENTE.
15	D. X INGRESO	EL DIAGNÓSTICO CON EL QUE INGRESA LA PACIENTE.
16	ANTECEDENTES IMPORTANTES	ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES Y ANTECEDENTES PROPIOS DE LA PACIENTE.
17	PROCEDIMIENTO UTILIZADO	EL TIPO DE PROCEDIMIENTO QUE SE REALIZÓ A LA PACIENTE.
18	FECHA Y HORA DE PROCEDIMIENTO	LA FECHA Y LA HORA EN QUE SE REALIZÓ EL PROCEDIMIENTO A LA PACIENTE.



SECRETARÍA DE SALUD	FECHA AUT.	FECHA AUT.
DÍA	MES	AÑO
PROGRAMACION		
	OCT. 2	2000

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES (PUERPERALES) (2530-05)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
19	FECHA INICIO SINTOMAT. DE INFECC.	LA FECHA EN QUE SE INICIÓ LA INFECCIÓN.
20	SINTOMATOLOGÍA DE INFECCIÓN	LA FECHA DE CUANDO TUVO LA INFECCIÓN LA PACIENTE.
21	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	PROCEDIMIENTO QUE SE REALIZA A LA PACIENTE.
22	PATOLOGÍA AGREGADA	QUÉ OTRAS ENFERMEDADES TUVO LA PACIENTE DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL.
23	D. X. EGRESO	DIAGNÓSTICO CON EL QUE EGRESA LA PACIENTE EN EL SERVICIO.
24	TIPO DE INFECCIÓN	LO DETERMINARÁ EL MÉDICO QUE ATIENDE A LA PACIENTE.
25	MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	COMO ADQUIRIÓ LA PACIENTE LA INFECCIÓN.
26	FUENTE PROBABLE	DE DONDE INICIÓ LA INFECCIÓN.
27	MEDIDAS DE CONTROL	LAS MEDIDAS PARA MANTENER UN CONTROL DE LA INFECCIÓN.



SECRETARÍA DE SALUD	
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
FECHA AUT.	
DÍA	MES AÑO
OCT. 2	2000

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMITÉ DE INFECCIONES NOSOCOMIALES PUERPERALES" (2530-05)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
28	CONTACTO CASOS SEC.	SI LLEGÓ A TENER OTRO TIPO DE INFECCIÓN LA PACIENTE.
29	AFIRMACIÓN DE CASOS	
30	OBSERVACIONES Y COMENTARIOS	LAS OBSERVACIONES Y COMENTARIOS SOBRE EL CASO.



DIRECCIÓN MÉDICA

14.- PROCEDIMIENTO PARA ATENCIÓN DE PACIENTES INFÉRTILES



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

214

FECHA AUT

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROPORCIONAR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA PARA DETERMINAR LAS POSIBLES CAUSAS QUE IMPIDEN EL EMBARAZO, ASÍ COMO PARA MEJORAR LAS POSIBILIDADES DE EMBARAZO EN LAS PACIENTES INFERTILES.



## POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD TODOS LOS ESTUDIOS QUE SE LE APLIQUEN A LAS PACIENTES.
- LA EVALUACIÓN DE LAS PACIENTES SE REALIZARÁ POR MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD COMPLETADO POR MÉDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN Y/O GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- LA ACEPTACIÓN DE LA PACIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD DEPENDERÁ DEL MÉDICO QUE EVALUA A LA PACIENTE POR VEZ PRIMERA.
- LA EDAD MÁXIMA PARA SER CONSIDERADA COMO FUTURA PACIENTE DE ESTERILIDAD O INFERTILIDAD ES DE 35 AÑOS.
- SE TOMARÁ EN CUENTA PARA EL INGRESO DE LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD UN MÍNIMO DE TRES PERDIDAS DEL FETO DE CUALQUIER TRIMESTRE DE MANERA REPETIDA O SEIS PÉRDIDAS INTERCURRENTES DEL MISMO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD COMPROBAR QUE LAS PACIENTES TENGAN ANTECEDENTES NEGATIVOS DE CANCER Y VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), DE LO CONTRARIO NO PODRAN SER ATENDIDAS EN EL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD.
- EL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD SERÁ RESPONSABLE DE ASIGNAR EL NÚMERO DE FICHAS DIARIAS QUE SE OTORGAN AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA PARA NO SATURAR EL SERVICIO Y PODER DEDICAR EL TIEMPO JUSTO A CADA PACIENTE INTERESADA.
- LOS SERVICIOS PARA INTERCONSULTA DEL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD SERÁN: GENÉTICA, REPRODUCCIÓN ASISTIDA, ONCOLOGÍA, RADIOLOGÍA Y ANDROLOGÍA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

216

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 14.- ATENCIÓN DE PACIENTES INFÉRTILES

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	1	INSTRUYE VERBALMENTE AL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD PARA QUE REALICE LA ATENCIÓN DE PACIENTES ESTÉRILES O CON SOSPECHA DE SERLO.
DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD	2	RECIBE A LAS PACIENTES DE ACUERDO AL NÚMERO DE FICHAS DE VALORACIÓN DE PRIMERA VEZ QUE ENTREGO EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA. FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA FEMENINA (2230-01). ASIGNA MÉDICO TRATANTE.
	3	REVISA HISTORIA CLÍNICA DE LAS PACIENTES Y SOLICITA EXÁMENES ESPECÍFICOS PARA DETERMINAR CAUSA DE INFERTILIDAD, INDIVIDUALIZANDO EL ESTUDIO CON BASE EN LAS CONDICIONES DE CADA PAREJA.  ¿PROCEDE?  NO: EXPLICA A LA PACIENTE LAS CAUSAS DEL PORQUE NO PODRÁ SER ACEPTADA PARA CONSULTA SUBSECUENTE EN EL INSTITUTO.  TERMINA PROCEDIMIENTO.  SÍ: PROPORCIONA TRATAMIENTO Y SOLICITA INTERCONSULTAS A DEPARTAMENTOS ESPECÍFICOS, INDICÁNDOLE A LA PACIENTE PASAR AL SERVICIO RESPECTIVO.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

217

FECHA AUT

SECRETARIA DE SALUD  
DIA: MES: AÑO  
PROGRAMACION

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 14.- ATENCIÓN DE PACIENTES INFÉRTILES

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT NO.	DESCRIPCIÓN
SERVICIOS DE INTERCONSULTA DEL INSTITUTO	4	RECIBE AL PACIENTE, ATIENDE MOTIVOS DE INTERCONSULTA (FORMATO 2240-15), PROPORCIONA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO RESPECTIVO Y ENVÍA AL PACIENTE CON SU MÉDICO TRATANTE DEL DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD.
DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD	5	RECIBE DIAGNÓSTICO SOBRE FERTILIDAD DEL PACIENTE, LO ANALIZA Y SUGIERE EL TRATAMIENTO A SEGUIR HASTA CONSEGUIR RESULTADOS POSITIVOS DE FERTILIDAD.
	6	INFORMA MENSUALMENTE MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN MÉDICA Y DISTRIBUYE: ORIGINAL- DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E INFERTILIDAD, 1ª COPIA - DIRECCIÓN MÉDICA.  TERMINA PROCEDIMIENTO.

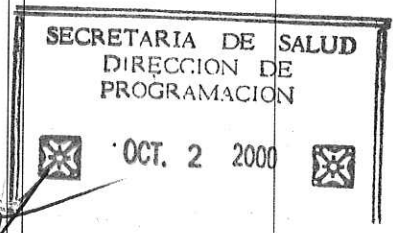
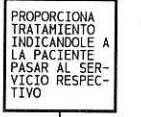
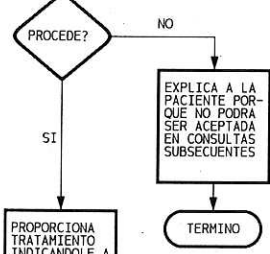
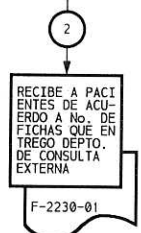
AREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 14.-ATENCION DE PACIENTES INFERTILES

DIRECCION MEDICA

DEPARTAMENTO DE ESTERILIDAD E. INFERTILIDAD

SERVICIOS DE INTERCONSULTA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA





# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA

CLINICA DE ESTERILIDAD

-HISTORIA CLINICA FEMENINA-

## IDENTIFICACION: ①

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

- 1. NOMBRE: \_\_\_\_\_
- 2. NUMERO DE REGISTRO: \_\_\_\_\_
- 3. EDAD: \_\_\_\_\_
- 4. ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_
- 5. FECHA DE ELABORACION DE HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_  

	DIA	MES	ANO
--	-----	-----	-----
- 6. EXAMENES PREVIOS PARA ESTERILIDAD
 

1. NO	<input type="checkbox"/>
2. SI	<input type="checkbox"/>
- 7. TRATAMIENTO PREVIO PARA ESTERILIDAD
 

1. NO	<input type="checkbox"/>
2. SI	<input type="checkbox"/>

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: ②

- 8.- DIABETES MELLITUS
 

1.- NO	<input type="checkbox"/>
2.- SI	<input type="checkbox"/>
- 9.- ENFERMEDAD TIROIDEA:
 

1.- NO	<input type="checkbox"/>
2.- SI	<input type="checkbox"/>
- 10.- TUBERCULOSIS:
 

1.- NO	<input type="checkbox"/>
2.- SI	<input type="checkbox"/>
- 11.- OTRAS:
 

1.- NO	<input type="checkbox"/>
2.- SI	<input type="checkbox"/>

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## HISTORIA REPRODUCTIVA: ③

- 12.- HA ESTADO ALGUNA VEZ EMBARAZADA?:
 

1.- NO	<input type="checkbox"/>
2.- SI	<input type="checkbox"/>
- A.- CUANTOS EMBARAZOS: \_\_\_\_\_
- B.- INTERVALO DESDE EL ULTIMO EMBARAZO (MESES) \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA**

④

**20.- HISTORIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:**

**A) TUBERCULOSIS:**

- 1. NO
- 2. SI

**B) DIABETES MELLITUS:**

- 1. NO
- 2. SI

**C) ENFERMEDAD TIROIDES::**

- 1. NO
- 2. SI

**D) OTROS: ( ESPECIFICAR )**

- 1. NO
- 2. SI

**E) PROPORCIONE INFORMACION:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SECRETARIA DE SALUD	
DIRECCION DE PROGRAMACION	
✠	OCT. 2 2000
✠	✠

**21.- HISTORIA DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL:**

- 1. NO
- 2. SI

**A) T I P O :**

- 1. SIFILIS
- 2. CHLAMYDIA TRACHOMATIS
- 3. DESCONOCIDA

- 4. GONORREA
- 5. MYCOPLASMA
- 6. OTRAS: \_\_\_\_\_

**B) NUMERO TOTAL DE EPISODIOS:** \_\_\_\_\_

**C) TRATAMIENTOS:** \_\_\_\_\_

**22.- APENDICECTOMIA:**

- 1. NO
- 2. SI

**COMPLICADA:**

- 1. NO
- 2. SI

**23.- OTRAS CIRUGIAS:**

**A) CUNA DE OVARIO**

- 1. NO
- 2. SI

**B) CIRUGIA TUBARIA:**

- 1. NO
- 2. SI

**C) CIRUGIA UTERINA**

- 1. NO
- 2. SI

**D) DILATACION Y LEGRADO:**

- 1. NO
- 2. SI

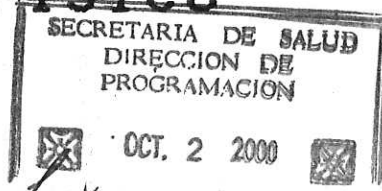
**E) OTRAS:**

- 1. NO
- 2. SI

**ESPECIFIQUE:** \_\_\_\_\_

# EXAMEN FISICO

7



## GENERAL:

1.- ESTATURA: \_\_\_\_\_ 2.- PESO: \_\_\_\_\_

### 3.- CAMBIOS DE PESO:

A) GANADO O PERDIDO MENOR DEL 10%

B) PERDIDA DE MAS DEL 10%

C) GANANCIA DE MAS DEL 10%

4.- PRESION ARTERIAL: \_\_\_\_\_

5.- EXAMEN FISICO GENERAL: 1.- NORMAL: \_\_\_\_\_ 2.- ANORMAL: \_\_\_\_\_

### 6.- EVIDENCIA DE ENFERMEDAD EN LOS SIGUIENTES ORGANOS O SISTEMAS:

#### A. TIROIDES

1. NO

2.- SI

#### C. CARDIOVASCULAR

1.- NO

2.- SI

#### E. APARATO DIGESTIVO

1.- NO

2.- SI

#### G. OTROS

1.- NO

2.- SI

#### B. ADRENALES

1.- NO

2.- SI

#### D. APARATO RESPIRATORIO

1.- NO

2.- SI

#### F. NEUROLOGICO

1.- NO

2.- SI

ESPECIFIQUE ANORMALIDADES: \_\_\_\_\_

### 7.- DISTRIBUCION DE VELLO:

1.- NORMAL: \_\_\_\_\_ 2.- ANORMAL: \_\_\_\_\_ 3.- AUSENTE: \_\_\_\_\_

A. SI ES MASCULINA, CLASIFICACION DE FERRIMAN Y GALLWEY: \_\_\_\_\_

### 8.- MAMAS:

A. TANNER: I II III IV V

B. GALACTORREA: C. SECRECION HEMATICA: D. OTRAS SECRECIONES:

1.- NO

2.- SI

1.- NO

2.- SI

1.- NO

2.- SI

**GENITALES INTERNOS:**

9

16.- UTERO:

A)- NORMAL: \_\_\_\_\_ B)- AUSENTE: \_\_\_\_\_ C)- GRANDE: \_\_\_\_\_

D)- OTRAS ANORMALIDADES: (ESPECIFIQUE) \_\_\_\_\_

17.- PROLAPSO GENITAL:

1.- AUSENTE: \_\_\_\_\_ 2.- PRESENTE: \_\_\_\_\_

PROPORCIONE INFORMACION: \_\_\_\_\_

18.- ANEXOS:

1.- NORMALES: \_\_\_\_\_ 2.- ANORMALES: \_\_\_\_\_

PROPORCIONE INFORMACION: \_\_\_\_\_

19.- CARACTERISTICAS MENSTRUALES:

A.- OLIGOMENORREA:

1.- NO   
2.- SI

C.- OPSOMENORREA:

1.- NO   
2.- SI

E.- AMENORREA:

1.- NO   
2.- SI

B) POLIMENORREA:

1.- NO   
2.- SI

D) PROIOMENORREA:

1.- NO   
2.- SI

F) HIPERMENORREA:

1.- NO   
2.- SI

20.- COMENTARIOS ADICIONALES: \_\_\_\_\_



NOMBRE Y CLAVE DEL MEDICO \_\_\_\_\_

10

UICH/evc.



## DIRECCIÓN MÉDICA

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "HISTORIA CLÍNICA FEMENINA" (2230-01)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	IDENTIFICACIÓN	LOS DATOS GENERALES DEL PACIENTE Y LA FECHA DE ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
2	HISTORIA FAMILIAR DEL LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES	LA ASISTENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SI HA TENIDO DIABETES, TUBERCULOSIS, ENFERMEDAD TIROIDEA U OTRAS.
3	HISTORIA REPRODUCTIVA	SI HA ESTADO EMBARAZADA, LOS RESULTADOS DEL EMBARAZO, EL NÚMERO TOTAL DE HIJOS VIVOS, NÚMERO DE COMPLICACIONES POST-PARTO Y UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
4	HISTORIA MÉDICA	CON UNA X EL RECUADRO DE SÍ O NO EN CADA INCISO DEL NÚMERO 20 AL 25 DEL FORMATO
5	HISTORIA SEXUAL	LA RESPUESTA A CADA PREGUNTA SEXUAL DE FORMA INDIVIDUAL.
6	HISTORIA GINECOLÓGICA	LOS DATOS GINECOLÓGICOS SEGÚN CADA PACIENTE EN PARTICULAR
7	EXAMÉN FÍSICO	LOS DATOS DEL ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE
8	EXAMÉN PÉLVICO	LOS DATOS PÉLVICOS DE CADA PACIENTE
9	GENITALES INTERNOS	LOS DATOS DE ÚTERO, PROLAPSO GENITAL Y CARACTERÍSTICAS MENSUALES
10	NOMBRE DEL MÉDICO Y CLAVE	EL NOMBRE DEL MÉDICO COMPLETO CON APELLIDO MATERNO Y PATERNO





# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

INPer

## SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

DEPENDENCIA <sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
 SERVICIO <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ FECHA <sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Servicio que se solicita la interconsulta <sup>4</sup>			URGENTE <sup>5</sup>	SI NO
Medico solicitante <sup>6</sup>	Fecha y hora de la solicitud <sup>7</sup>	Medico que recibio la solicitud <sup>8</sup>	Fecha y hora de recibida <sup>9</sup>	
Nombre: clave y firma		Nombre: clave y firma		

NOTA : El Médico Interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de NOTAS , EVOLUCION Y ORDENES MEDICAS

2240-15

SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 2000



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

225

FECHA AUT.

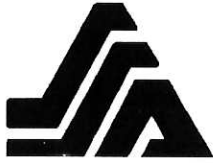
DIRECCIÓN MÉDICA

DÍA MES AÑO  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE INTERCONSULTA" (2240-15)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	DEPENDENCIA	EL NOMBRE DE LA DEPENDENCIA O INSTITUCIÓN QUE CANALIZA AL PACIENTE.
2	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO EN EL QUE SE SOLICITA ATENCIÓN.
3	FECHA	LA FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
4	SERVICIO QUE SOLICITA	EL NOMBRE DEL SERVICIO QUE SOLICITA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.
5	URGENTE	SI LA ATENCIÓN ES CON CARÁCTER DE URGENTE O NO.
6	MÉDICO SOLICITANTE.	EL NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO
7	FECHA Y HORA	LA FECHA (DÍA, MES Y AÑO) Y HORA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA.
8	MÉDICO QUE RECIBIÓ	EL NOMBRE COMPLETO, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE RECIBE LA SOLICITUD.
9	FECHA Y HORA	LA FECHA (DÍA, MES Y AÑO) Y HORA EN QUE RECIBE LA SOLICITUD.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
226

FECHA AUT.

DÍA | MES | AÑO

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2000

15.- PROCEDIMIENTO PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
227

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2009

DIRECCIÓN MÉDICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROPORCIONAR INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS A TODAS LAS PACIENTES UNA VEZ QUE CONCLUYAN: (PARTO, CESÁREA O ABORTO), DE ACUERDO A SUS CARACTERÍSTICAS DE SALUD Y REPRODUCTIVAS, ADEMAS DE VIGILAR PERIÓDICAMENTE A LOS USUARIOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA  
228

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACION

- LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SE OTORGARÁN DE FORMA GRATUITA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LAS ENFERMERAS ADSCRITAS AL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ESTABLECER COMUNICACIÓN PERSONAL CON CADA UNA DE LAS PACIENTES ANTES DE SU EGRESO, PARA BRINDAR INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE UNA DECISIÓN CONSCIENTE Y VOLUNTARIA SOBRE EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS ADECUADO A SUS NECESIDADES.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS MÉDICOS ADSCRITOS AL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, REALIZAR LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:
  1. REVISIÓN Y EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA PACIENTE.
  2. DAR CONSEJERÍA Y ORIENTACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ACUERDO A LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE CADA PACIENTE.
  3. OTORGAR EL MÉTODO Ó LA PRESCRIPCIÓN DEL MISMO Y
  4. PROGRAMAS LA CIRUGÍA EN CASO DE LOS MÉTODOS QUIRÚRGICOS: (OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL, LAPAROSCOPIA, ETC.)
- SÓLO SE DARÁ ATENCIÓN MÉDICA SUBSECUENTE A LAS PERSONAS QUE PRESENTEN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:
  1. MUJERES QUE SE LES HAYA PRESCRITO UM MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN EL POSTPARTO, POSTCESÁREA Ó POSTPARTO.
  2. MUJERES Y HOMBRES DE POBLACIÓN ABIERTA QUE SE LES HAYA REALIZADO ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA.
- LA CONSEJERÍA Y CONSULTA PARA HOMBRES Y MUJERES QUE NO SON PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA (POBLACIÓN ABIERTA), SE DARÁ LOS MARTES Y JUEVES DE 930 A 1130 EN EL CONSULTORIO 24 DEL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
- TODA PACIENTE EGRESADA DEL INSTITUTO QUE NO HUBIESE RECIBIDO MÉTODO ANTICONCEPTIVO DEBERÁ SER CITADA A LA CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 6 SEMANAS DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
229

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

DÍA MES AÑO  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

PROCEDIMIENTO: 15.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	1	ENVÍAN AL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, RELACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADAS, LISTADO Y EXPEDIENTES CLÍNICOS DE LAS PACIENTES DE CONSULTAS PROGRAMADAS.
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	2	RECIBE E IDENTIFICA A LAS PACIENTES PROGRAMADAS: REvisa el expediente clínico y explica alternativas de tratamiento.  HOSPITALIZADAS: ESTABLECE COMUNICACIÓN PERSONAL CON LA PACIENTE ANTES DE SU EGRESO, PARA PROPORCIONARLE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
PACIENTE	3	EVALÚA LA INFORMACIÓN Y DECIDE ACEPTAR O NO ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO E INFORMA AL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SU DECISIÓN.
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	4	RECIBE A LA PACIENTE Y CONFIRMA SU DECISIÓN.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
230  
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE REPRODUCCIÓN

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2001

PROCEDIMIENTO: 15.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
		¿PROCEDE? NO: ESCRIBE LA CAUSA DE NO ACEPTACIÓN EN LA NOTA DE EVOLUCIÓN (FORMATO 2250-07) Y ARCHIVA EN EL EXPEDIENTE DE LA PACIENTE. SI: ANOTA EL MÉTODO ACEPTADO EN LA HOJA DE REGISTRO (FORMATO 2510-03).
	5	ELABORA FORMATOS "SOLICITUD DE OPERACIÓN (2250-11) Y SOLICITUD DE INTERNAMIENTO (2260-01), CUANDO SE SOMETA A MÉTODOS QUIRÚRGICOS Y ENVÍA AL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS PARA SU CITA Y RECETA INDIVIDUAL (2250-20) CUANDO SEA OTRO MÉTODO.
DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS	6	RECIBE Y GENERA LISTADO DE PROGRAMACIÓN DE ACEPTANTES DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FORMATO (2510-03).
	7	PREPARA EL ÁREA QUIRÚRGICA, EL MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO Y ASISTE AL MÉDICO DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, BRINDA APOYO EMOCIONAL A LA PACIENTE Y LE INDICA PASAR AL DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
231

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

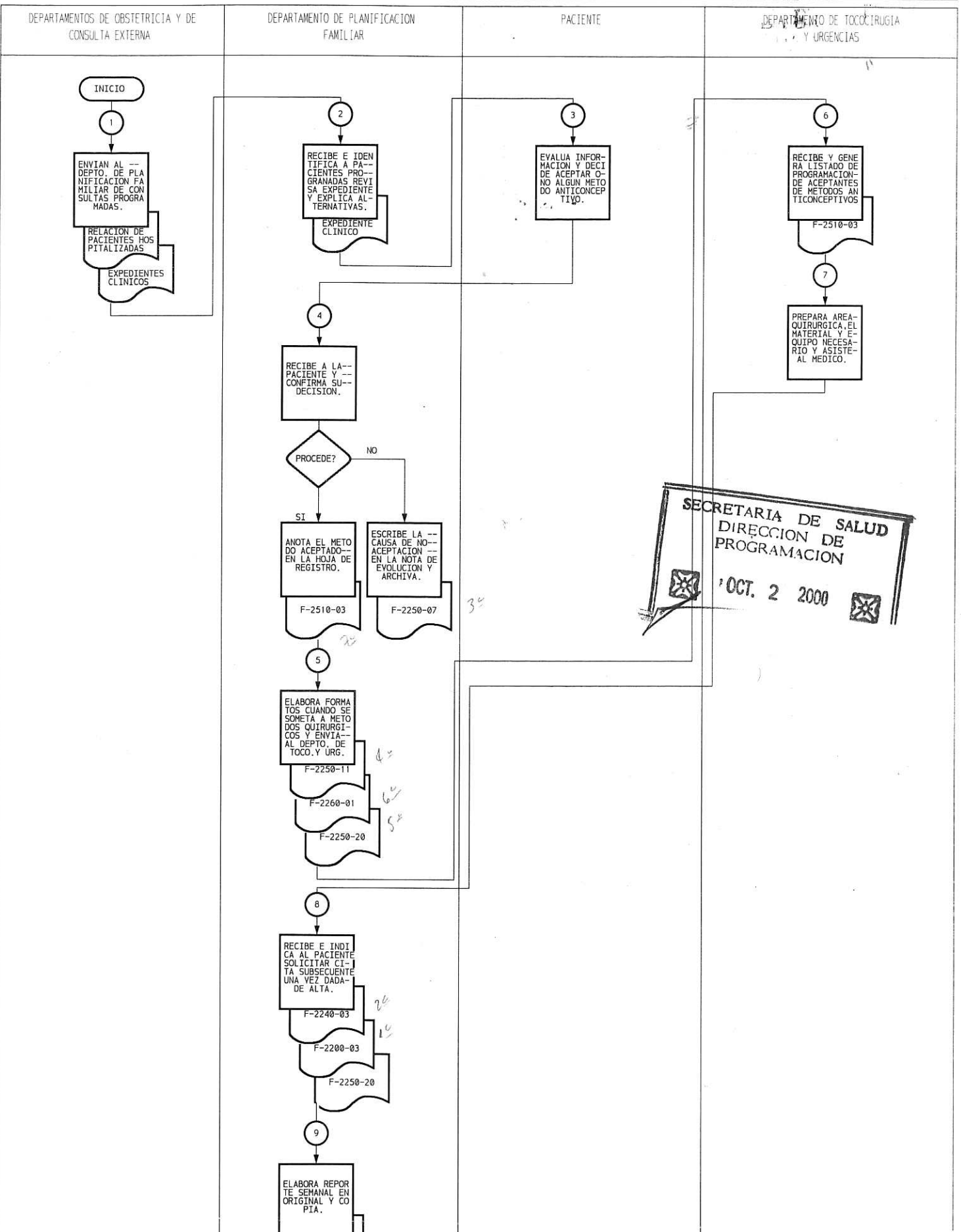
DÍA	MES	AÑO
SECRETARIA	DE	SALUD
DIRECCION DE PROGRAMACION		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000

PROCEDIMIENTO: 15.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

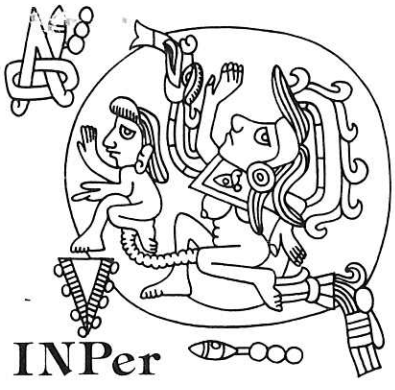
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	8	RECIBE E INDICA AL PACIENTE SOLICITE CITA SUBSECUENTE (FORMATO 2240-03), UNA VEZ DADA DE ALTA, REQUISITA MEDIANTE EL AVISO DE ALTA (FORMATO 2200-03) Y PROPORCIONA RECETA INDIVIDUAL (FORMATO 2250-20), PARA SU CONTROL.
	9	ELABORA REPORTE SEMANAL EN ORIGINAL Y COPIA: ORIGINAL, SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN, 1ª COPIA, DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA SU ARCHIVO.  TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

PROCEDIMIENTO: 15.- PLANIFICACION FAMILIAR



SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 1 OCT. 2 2000



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

## Expediente Clínico

1 APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

EXPEDIENTE CLINICO N°

2


--

11/2000



SECRETARIA DE SALUD  
DIA MES AÑO  
PROGRAMACION  
OCT 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

EXPEDIENTE CLÍNICO (2240-09)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE DE LA PACIENTE.
2	EXPEDIENTE CLÍNICO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE ASIGNADO A LA PACIENTE





## SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "NOTAS DE EVOLUCIÓN" (2250-07)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE ATENDIÓ EL/LA PACIENTE (ESTOMATOLOGÍA, TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO, UNIDAD DE CUIDADOS INMEDIATOS ADULTOS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES)
2	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA ASIGNADO POR LA JEFA DEL SERVICIO
3	NO. DE HOJA	EL NÚMERO CONSECUTIVO DE LA HOJA.
4	FECHA Y HORA	LA FECHA Y HORA EN QUE SE ELABORA LA ORDEN MÉDICA.
5	PROB. No.	SERÁ LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN	SERÁ LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE
7	PLANES	A) DIAGNÓSTICO B) TRATAMIENTO Ó C) EDUCATIVO



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION FAMILIAR  
 REGISTRO DE ACEPTANTES  
 DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

USE NUMEROS ARABIGOS O MARQUE CON UNA "X"

(04) EDAD: 1 ANT. OBST.: 2  
 (06)G (08)P (09)C (10)A

(13-27) FACTOR DE RIESGO: 3

( Diagnóstico Clínico )

(11) NUMERO DE HIJOS VIVOS: 4 (12) NUMERO DE HIJOS DESEADOS: 5

METODO PRESCRITO: 6 (28) QUIRURGICO: 7 (28.1) POMEROY 8

(28.2) LAPAROSCOPIA 9 (28.3) FIMBRIECTOMIA 10 (28.4) OTROS 11

(29) DIU 12 (30) HORM. ORAL 13 (30.1) HORM. INY. 14 (31) BARRERA 15 (32) NATURAL 16

MOMENTO DE LA APLICACION: 17 (41.01) POST - PARTO 18 (41.02) POST - ABORTO 19

(41.03) TRANSCESAREA 20 (41.04) PUERPERIO MEDIATO 21 (41.05) INTERVALO GESTACIONAL 22

SITIO DONDE SE REALIZO: 23

(42.01) TOCOCIRUGIA 24 (42.02) HOSPITALIZACION 25 (42.03) MED. COMUNITARIA 26

OBSERVACIONES: 27

SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000

FECHA 10 AÑO MES DIA

MEDICO 11

NOMBRE COMPLETO Y CLAVE

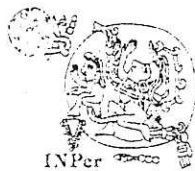




## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "REGISTRO DE ACEPTANTES DE METODOS ANTICONCEPTIVOS" (2510-03)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 EDAD	LA EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS DE LA PACIENTE.
2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	LOS ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS GESTAS, PARTOS CESÁREAS Y ABORTOS.
3 FACTOR DE RIESGO	EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO INDICADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE.
4 NÚMERO DE HIJOS VIVOS	EL NÚMERO DE HIJOS VIVOS DE LA PACIENTE.
5 NÚMERO DE HIJOS DESEADOS	EL NÚMERO DE HIJOS QUE DESEA TENER LA PACIENTE.
6 MÉTODO PRESCRITO	EL MÉTODO INDICADO POR EL MÉDICO: QUIRÚRGICO, POMEROY, LAPARASCOPIA, FIBRECTOMÍA, OTROS, DISPOSITIVO, INTRA UTERINO, HORMONAS ORALES, INYECTABLES, BARRERA O NATURAL.
7 MOMENTO DE LA APLICACIÓN	EN SU CASO, EL MOMENTO EN QUE SE APLICÓ EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO: POSTPARTO, POST-ABORTO, TRANSCESÁREA, PUERPERIO MEDIATO O INTERVALO.
8 SITIO DONDE SE REALIZÓ	EL LUGAR EN DONDE SE REALIZÓ LA APLICACIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO: TOCOCIRUGÍA, HOSPITALIZACIÓN O MEDICINA COMUNITARIA.
9 OBSERVACIONES	LOS COMENTARIOS QUE CONSIDERE IMPORTANTES EL MEDIO RESPONSABLE.
10 FECHA	EL AÑO, MES Y DÍA DE LA ELABORACIÓN DEL REGISTRO.
11 MÉDICO	EL NOMBRE COMPLETO Y CLAVE DE ADSCRIPCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE.



INSTITUTO  
NACIONAL DE  
PERINATOLOGIA

CONSULTA EXTERNA, CITAS SUBSECUENTES  
FAVOR DE DAR CITA A: ①

REGISTRO NUMERO: ②

EL DIA: ③

MEDICO: ④

2240-03

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION  
OCT. 2 2000



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CITAS SUBSECUENTES" (2240-03)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FAVOR DE DAR CITA A	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
2	REGISTRO NÚMERO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE.
3	EL DÍA	EL DÍA, MES Y AÑO DE LA PRÓXIMA CONSULTA.
4	MÉDICO	EL NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE.





SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
DIA MES AÑO  
OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE FORMATO

"AVISO DE ALTA" (2200-03)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO O AREA EN EL CUAL SE DARÁ ATENCIÓN A LA PACIENTE.
2	FECHA	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORARÁ EL AVISO DE ALTA.
3	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
4	REGISTRO	EL NÚMERO COMPLETO DE LA PACIENTE.
5	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNARÁ A LA PACIENTE.
6	FECHA DE INGRESO	EL REGISTRO DEL DÍA, MES Y AÑO EN QUE LA PACIENTE INGRESA COMO PACIENTE A ALGÚN SERVICIO.
7	FECHA DE EGRESO	EL REGISTRO DEL DÍA, MES Y AÑO EN QUE LA PACIENTE EGRESA DE ALGÚN SERVICIO.
8	OBSERVACIONES	LAS OBSERVACIONES O COMENTARIOS CON RESPECTO AL DIAGNÓSTICO Y ATENCIONES QUE RECIBE LA PACIENTE.
9	NOMBRE Y CLAVE	EL NOMBRE Y NÚMERO DE CLAVE DE LA ENFERMERA JEFE DE PISO.



①



243

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SERVICIO ②

R.X. ③

1)

2)

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

INDICACIONES: ④

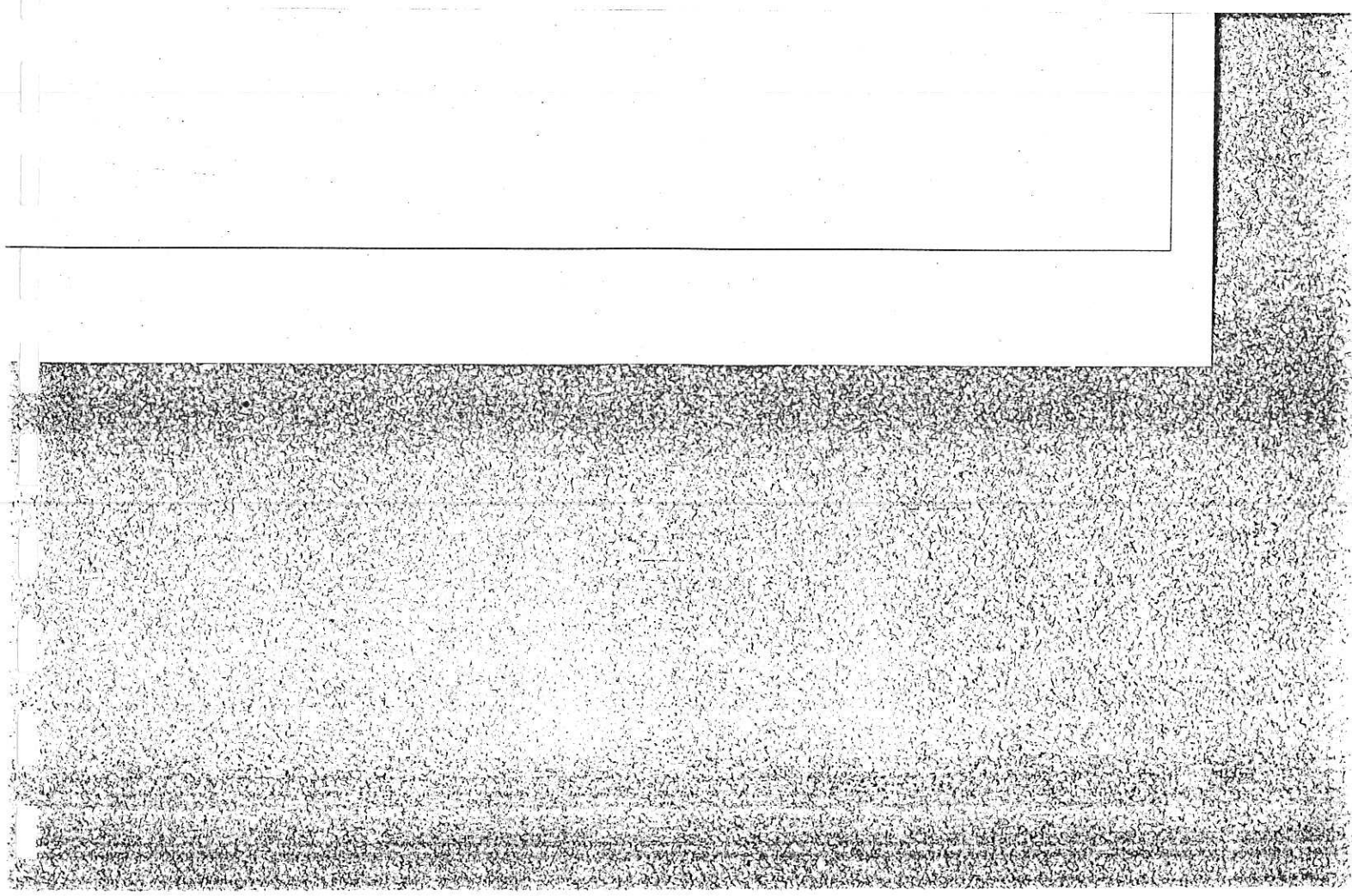
1)

2)

FECHA: ⑤	AÑO	MES	DIA	MEDICO: ⑥	CLAVE ⑦
----------	-----	-----	-----	-----------	---------

2250-20

RECETA INDIVIDUAL





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCION DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

HOJA  
244

FECHA AUT  
SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
DIAGNOSTICACION

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DEL FORMATO

"RECETA INDIVIDUAL" (2250-20)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	RECUADRO BLANCO	LOS DATOS DE LA PACIENTE.
2	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO.
3	R.X.	EL NOMBRE Y NÚMEROS DE ESTUDIOS DE RAYOS EQUIS.
4	INDICACIONES	LAS INDICACIONES A SEGUIR, NUMERÁNDOLAS.
5	FECHA	LA FECHA CON QUE SE APLICARÁ EL ESTUDIO (AÑO, MES Y DÍA)
6	MÉDICO	SE ANOTARÁ EL NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE.
7	CLAVE	LA CLAVE DEL MÉDICO SOLICITANTE.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

245

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO

SUBDIRECCIÓN DEBIOLOGIA DE LA REPRODUCCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SOLICITUD DE INTERNAMIENTO

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

FECHA DE INGRESO (1)

HORA DE INGRESO (2)

SERVICIO (3)

CAMA (4)

DIAGNOSTICO (5)

OPERACION O ESTUDIO PROGRAMADO (6)

DIA (7)

HORA (8)

OBSERVACIONES PREOPERATORIAS (9)

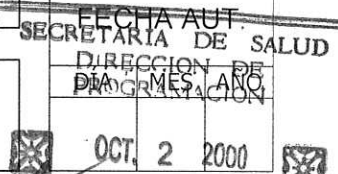
(10)

NOMBRE DEL MEDICO

(11)

CLAVE

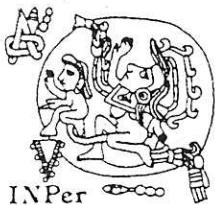
2200-01



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

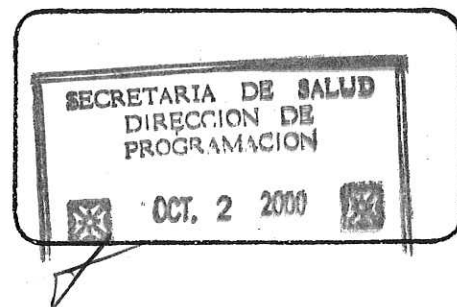
## "SOLICITUD DE INTERNAMIENTO" (2200-01)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA DE INGRESO	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE LA PACIENTE INGRESA AL INSTITUTO PARA SER INTERNADA.
2	HORA DE INGRESO	HORA EN QUE LA PACIENTE INGRESA AL INSTITUTO PARA SER INTERNADA.
3	SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO EN EL QUE SE LE BRINDARÁ ATENCIÓN.
4	CAMA	NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNARÁ A LA PACIENTE .
5	DIAGNÓSTICO	EL DIAGNÓSTICO O PADECIMIENTO QUE EL MÉDICO DETECTE EN LA PACIENTE.
6	OPERACIÓN O ESTUDIO PROGRAMADO	EL NOMBRE DE LA OPERACIÓN O ESTUDIO QUE SE LE PRACTICARÁ A LA PACIENTE.
7	DÍA	EL DÍA EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A LA PACIENTE.
8	HORA	LA HORA EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA A LA PACIENTE.
9	OBSERVACIONES PREOPRATORIAS	LOS COMENTARIOS QUE SEAN IMPORTANTES ANTES DE UNA OPERACIÓN O ESTUDIO.
10	NOMBRE DEL MÉDICO	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA EL INTERNAMIENTO DE LA PACIENTE.
11	NOMBRE, NÚMERO Y CLAVE	EL NOMBRE COMPLETO, CLAVE DE ADSCRIPCIÓN Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SERVICIO (1)		CAMA (2)
FECHA DE SOLICITUD (3)	FECHA SOLICITADA (4)	HORA (5)



## SOLICITUD DE OPERACION (6)

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO			
OPERACION PROYECTADA			
ELECTIVA ( ) URGENCIA ( )			
ANESTESIA SUGERIDA	GENERAL ( )	REGIONAL ( )	LOCAL ( )
CIRUJANO	AYUDANTE		
JEFE DE SERVICIO			

## PROGRAMACION DEL QUIROFANO (7)

DIA	HORA	SALA
ANESTESIOLOGO	Vo. Bo. JEFE DE CIRUGIA	

DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO	
OPERACION EFECTUADA	
ANESTESIA ADMINISTRADA	ANESTESIOLOGO
COMPLICACIONES	

Doy mi consentimiento al personal médico del Instituto Nacional de Perinatología, para que se me efectúen los procedimientos anestésicos y quirúrgicos que se consideren necesarios para solucionar mis problemas de salud, siendo informada de los riesgos a que quedo sujeta durante dicho acto.

(8)

FIRMA DEL PACIENTE



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
248

SUBDIRECCION DE BIOLOGÍA EN LA REPRODUCCIÓN

FECHA AUT  
SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
DIA MES AÑO DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE OPERACIÓN" (2250-11)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO QUE SOLICITA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
2 CAMA	EL NÚMERO DE CAMA QUE SE ASIGNÓ A LA PACIENTE.
3 FECHA DE SOLICITUD	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
4 FECHA SOLICITADA	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
5 HORA	LA HORA EN QUE SE EFECTUARÁ LA OPERACIÓN.
6 SOLICITUD DE OPERACIÓN	EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO INDICADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE, LA OPERACIÓN PROYECTADA, ANESTESIA SUGERIDA, NOMBRE COMPLETO DEL CIRUJANO, AYUDANTE, RESPONSABLES DE LA INTERVENCIÓN Y DEL JEFE DE SERVICIO.
7 PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO	EL DÍA, HORA Y NÚMERO DE SALA EN QUE SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN, NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO RESPONSABLE, VISTO BUENO DEL JEFE DE CIRUGÍA, DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO, NOMBRE DE LA OPERACIÓN EFECTUADA, ANESTESIA ADMINISTRADA Y EN SU CASO COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN.
8 FIRMA DEL PACIENTE	LA FIRMA DE AUTORIZACIÓN DE LA PACIENTE, PARA QUE EFECTUEN LOS PROCEDIMIENTOS ANESTÉSICOS Y QUIRÚRGICOS NECESARIOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
249

FECHA AUT.

SUBDIRECCION DE BIOLOGÍA EN LA REPRODUCCIÓN

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE OPERACIÓN" (2250-11)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
9 TÉCNICA DE OPERACIÓN PROYECTADA	LA TÉCNICA A UTILIZARSE DURANTE LA OPERACIÓN.
10 HALLAZGOS	EN SU CASO, LOS HALLAZGOS OBTENIDOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
11 CANALIZACIONES	EL TIPO DE CANALIZACIÓN QUE SE EFECTUARÁ, SI ES REQUERIDA.
12 ENVÍO A ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO	SI SE REQUIERE CANALIZAR A ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO ALGUNA MUESTRA.
13 NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO	EL NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CIRUJANO RESPONSABLE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
250

DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

16.- PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO EDUCACIÓN CLIMATÉRICA A LA  
COMUNIDAD EN GENERAL



DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT.  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROPORCIONAR A LA POBLACIÓN EN GENERAL; INFORMACIÓN ACERCA DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO, SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO MÉDICO, PARA AYUDAR A LA MUJER A LLEVAR UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA





DIRECCIÓN MÉDICA

POLITICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO ELABORAR LOS PROGRAMAS DE SESIONES EN CLIMATERIO PARA INFORMAR A LA COMUNIDAD EN GENERAL A TRAVÉS DEL PERSONAL ASIGNADO A SU ÁREA.
- EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO LLEVARÁ A CABO LAS PLÁTICAS Y REUNIONES CON EL PÚBLICO EN GENERAL; EN EL LUGAR INDICADO POR LA SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN Y BAJO LA ASESORÍA DEL JEFE DEL MISMO DEPARTAMENTO.
- LAS SESIONES REALIZADAS MENSUALMENTE POR EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO, PODRÁN SER AUXILIADAS POR OTROS DEPARTAMENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, SIEMPRE QUE ASÍ LO REQUIERAN.
- LA SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA EN LA REPRODUCCIÓN SERÁ LA RESPONSABLE DE AUTORIZAR, PLÁTICAS, SESIONES E INFORMACIÓN ACERCA DE EDUCACIÓN CLIMATÉRICA.
- SERÁ EVALUADA Y APROBADA LA INFORMACIÓN ACERCA DEL SINDROME CLIMATÉRICO OTORGADA POR RESIDENTES, ALUMNOS DEL DIPLOMADO, ENFERMERAS Y MÉDICOS ADSCRITOS A LA COMUNIDAD, POR EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO.
- LA TRABAJADORA SOCIAL RESPONSABLE DEL ÁREA SUPERVISARÁ LA ASISTENCIA Y COLABORACIÓN DE LAS PACIENTES A LAS SESIONES IMPARTIDAS POR LOS INTEGRANTES DEL ÁREA.
- SE ARCHIVARÁ TODA LA INFORMACIÓN UTILIZADA PARA LA EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD, EN EL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO PARA SU POSTERIOR ACTUALIZACIÓN Y UTILIDAD.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

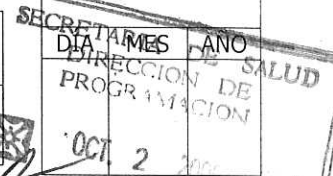
HOJA

253

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

PROCEDIMIENTO: 16.- LLEVAR ACABO EDUCACIÓN CLIMATÉRICA A LA COMUNIDAD EN GENERAL

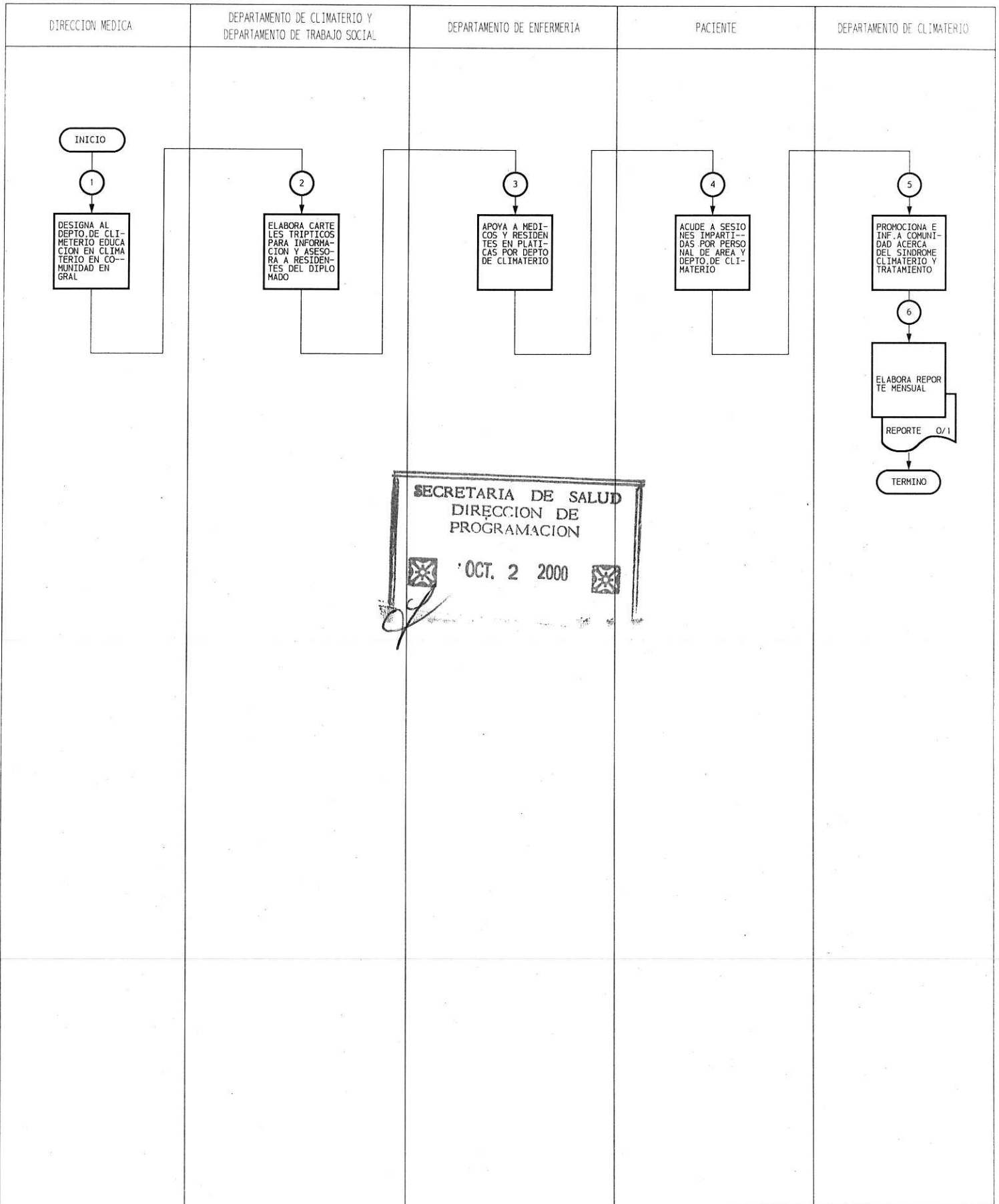


UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	1	DESIGNA PERMANENTEMENTE AL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO Y DE TRABAJO SOCIAL PARA REALIZAR EDUCACIÓN EN CLIMATERIO A LA COMUNIDAD EN GENERAL.
DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO Y DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	2	ELABORA CARTELES, TRÍPTICOS Y SESIONES PARA INFORMACIÓN A LA COMUNIDAD, COLOCADOS EN LAS ÁREAS FÍSICAS CONCURRIDAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, CON AYUDA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.Y ASESORA A RESIDENTES Y ALUMNOS DEL DIPLOMADO, PARA SU REALIZACION.
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	3	APOYA A LOS MÉDICOS ADSCRITOS Y RESIDENTES EN LAS PLÁTICAS IMPARTIDAS POR EL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO EN LOS DIFERENTES SITIOS DONDE SE REALICEN.
PACIENTE	4	ACUDE A LAS SESIONES IMPARTIDAS POR EL PERSONAL DEL ÁREA EN LA FECHA Y HORA INDICADAS, POR EL DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO.
DEPARTAMENTO DE CLIMATERIO	5	PROMOCIONA E INFORMA A LA COMUNIDAD ACERCA DEL SÍNDROME DEL CLIMATERIO Y SUS ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO.



AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

PROCEDIMIENTO : 16. -LLEVAR ACABO EDUCACION CLIMATERICA A LA COMUNIDAD EN GENERAL



SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
256

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD	
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
FECHA	AÑO
OCT. 2	2000
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

17.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A NEONATOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
257

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD	
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
FECHA AUT.	DIAS MES AÑO
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2 2000 <input checked="" type="checkbox"/>

## OBJETIVO ESPECÍFICO

RECIBIR, EVALUAR Y DAR TRATAMIENTO A TRAVÉS DE EQUIPO MÉDICO DE TERCER NIVEL, A CADA UNO DE LOS NEONATOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO DE ACUERDO A SUS ANTECEDENTES PERINATALES.



SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUT. SALUD		
DÍA	MESES	AÑO
PROGRAMACIÓN		
OCT.	2	2000

## POLITICAS Y/O NORMAS DE OPERACION

- EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO, COORDINARÁ EN FORMA CONJUNTA EL PASO DE VISITA MÉDICA DIARIA DE LA SALA DE HOSPITALIZACIÓN LA CUAL DARÁ INICIO A LAS 08:00 HORAS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO ADSCRITO EN EL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO EN CONJUNTO CON LOS MÉDICOS RESIDENTES SE ENCARGARAN DE INFORMAR LA EVOLUCIÓN DIARIA DE LOS PACIENTES EN CUESTIÓN A TRAVÉS DE:
  - A) INFORMACIÓN SISTEMÁTICA DEL PACIENTE.
  - B) DISCUSIÓN CONSTRUCTIVA Y ACADÉMICA DE LA EVOLUCIÓN INTRA-HOSPITALARIA.
  - C) PLAN DE MANEJO MÉDICO INDIVIDUAL.
  - D) PROMOCIÓN DE SU EGRESO CON 72 HORAS DE ANTICIPACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO ADSCRITO SUPERVISAR LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES A SU CARGO ASÍ COMO COORDINAR LAS ACCIONES MÉDICAS, CON LA FINALIDAD DE EJECUTAR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS BAJO SUPERVISIÓN ESTRICTA DEL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO.
- LOS PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, PROCEDENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO, URGENCIAS Y ALOJAMIENTO CONJUNTO SERÁN INSTALADOS EN LA SUBUNIDAD REFERIDA COMO AISLAMIENTO, UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO (UCIREN), DE DONDE SE CONTINUARÁ SU TRATAMIENTO HASTA EL MOMENTO DE SU EGRESO.
- LOS NEONATOS QUE INGRESEN A LA UNIDAD CON PADECIMIENTOS DENOMINADOS MENORES O TRANSITORIOS SERÁN UBICADOS EN EL ÁREA DE TRANSICIÓN (UCIREN), DONDE PERMANECERÁN HASTA EL MOMENTO DE SU EGRESO EL CUAL SE DECIDIRÁ EN FORMA CONJUNTA.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

259

DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT.		
SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA	MES	AÑO
PROGRAMACION		
OCT.	2	2000

—SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO EVALUAR EL IMPACTO DEL PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO OTORGADO POR EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA EN: LA PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO EFECTIVO DE SU HIJO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
260

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

PROCEDIMIENTO: 17.- ATENCIÓN INTEGRAL A NEONATOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO

FECHA AUT. SALUD		
SECRETARÍA DE SALUD		
DI	ME	ÑO
PROGRAMACION		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000
<input checked="" type="checkbox"/>		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, Y AL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO LA ATENCIÓN ASISTENCIAL E INTEGRAL, SEGÚN PROGRAMA ESTABLECIDO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO	2	RECIBE Y EFECTÚA VISITA DIARIA Y VALORA LA EVOLUCIÓN DEL RECIÉN NACIDO Y SUPERVISA LAS INDICACIONES MÉDICAS Y PROCEDIMIENTOS SEÑALADOS PARA CADA NEONATO.
	3	<p>INFORMA VERBALMENTE A LOS PADRES LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS RECIÉN NACIDOS A SU CARGO.</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: DICTAMINA EL ALTA DEL RECIÉN NACIDO, RECIBE INDICACIONES LA PACIENTE Y/O FAMILIAR Y ELABORA FORMATO DE SOLICITUD DE INTERCONSULTAS (2240-15).</p> <p>SÍ: SEGUIRÁ INTERNADO EL NEONATO HASTA SU RECUPERACIÓN TOTAL Y TURNA AL DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO.</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

261

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

PROCEDIMIENTO: 17.- ATENCIÓN INTEGRAL A NEONATOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO

SECRETARÍA DE SALUD	FECHA	AUT. SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	DÍA	MES
	2	2000
	OCT.	

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO	4	RECIBE INDICACIONES Y FORMATOS DEBIDAMENTE REQUISITADOS Y ELABORA:  A) SOLICITUD DE INTERCONSULTAS (FORMATO 2240-15) ORIGINAL Y COPIA, ORIGINAL-DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, COPIA-EXPEDIENTE (UCIN) Ó (UCIREN) SEGÚN SEA EL CASO, SOLICITUD DE ESTUDIO ELECTRO-FISIOLÓGICO (3150-02) ORIGINAL Y COPIA-EXPEDIENTE DE (UCIN) Ó (UCIREN) SEGÚN SEA EL CASO, SOLICITUD DE POTENCIALES EVOCADOS DE TALLO CEREBRAL (3150-03) ORIGINAL Y COPIA-EXPEDIENTE DE (UCIN) Ó (UCIREN) SEGÚN SEA EL CASO.  B) AUTORIZACIÓN DE TRASLADO (2300-02) ORIGINAL Y DOS COPIAS, ORIGINAL-DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL, 1ª COPIA-HOSPITAL REFERIDO, 2ª COPIA-FAMILIAR DE LA PACIENTE.  C) RECETA PARA MEDICAMENTOS (2250-20) ORIGINAL Y COPIA, ORIGINAL-FAMILIAR DE LA PACIENTE, COPIA-FARMACIA DEL INSTITUTO, TURNA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	5	ENTREVISTA A LOS PADRES DE FAMILIA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN ESTE SERVICIO Y ANALIZA LA PROBLEMÁTICA SOCIOECONÓMICA MÁS RELEVANTE DE CADA CASO PARA RECONSIDERAR UNA REVALORACIÓN SOCIOECONÓMICA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

262

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

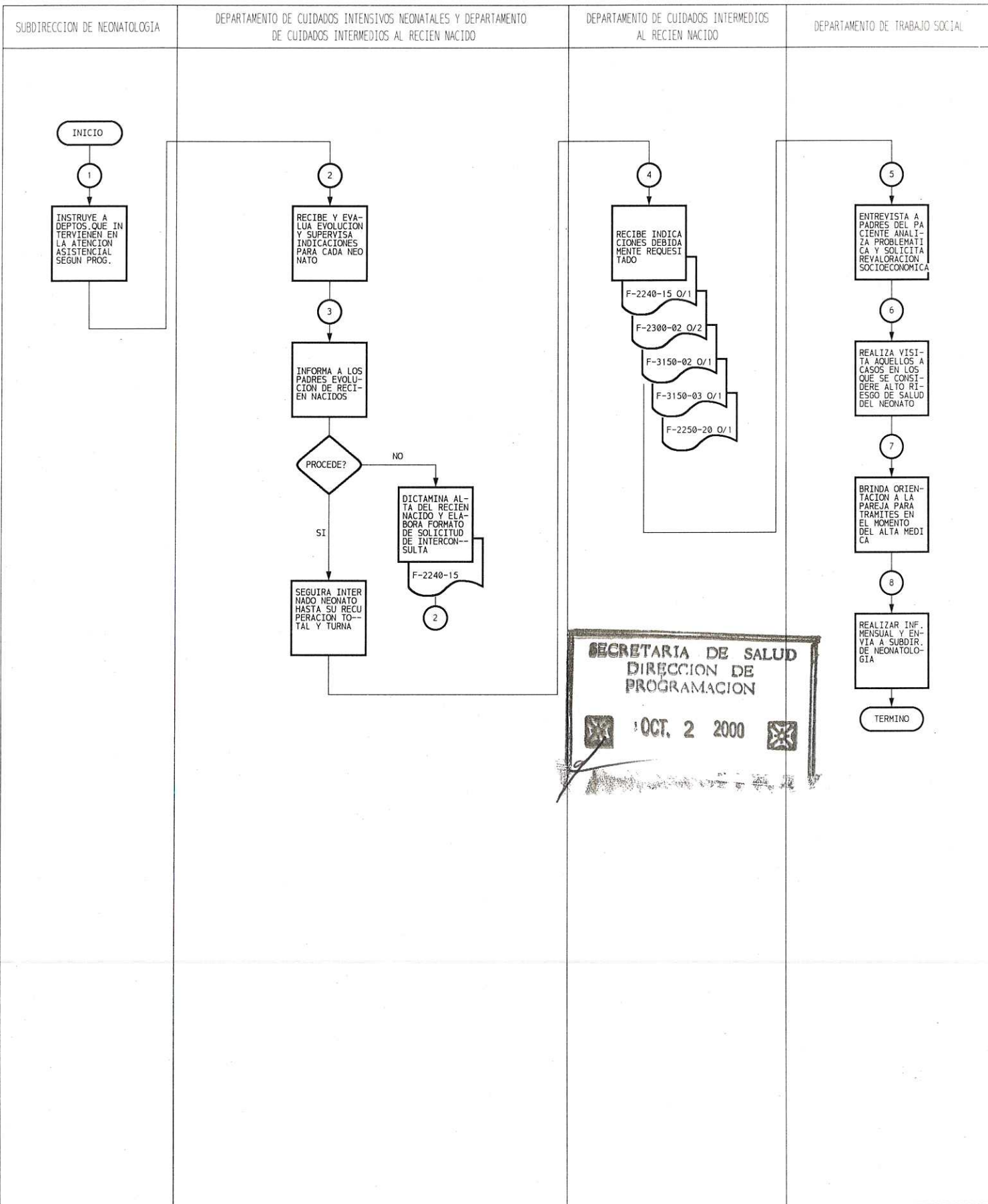
PROCEDIMIENTO: 17.- ATENCIÓN INTEGRAL A NEONATOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO

SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA DE PROGRAMACIÓN		
DD	MM	AAAA
OCT	2	2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	6	REALIZA VISITA DOMICILIARIA EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE SE CONSIDERA ALTO RIESGO INTRAFAMILIAR PARA LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO.
	7	BRINDA ORIENTACIÓN A LA PAREJA PARA LOS TRÁMITES NECESARIOS EN EL MOMENTO DEL ALTA MÉDICA.
	8	REALIZA INFORME MENSUAL Y LO ENVÍA A LA SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA EN ORIGINAL Y COPIA, ORIGINAL-SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA, Y COPIA-PARA EL EXPEDIENTE.
		TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE NEONATOLOGIA

PROCEDIMIENTO : 17.-ATENCION INTEGRAL A NEONATOS DE MEDIANO Y ALTO RIESGO



SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000



**DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

México, D. F. a 1 de \_\_\_\_\_ 200\_\_

PERSONAL DE CONTROL DE CITAS  
CONSULTA DE PRIMERA VEZ  
PRESENTE

La C. 2 con ficha número 3 y con edad de 4 años, reúne los criterios médicos para ser **ACEPTADA EN FORMA PROVISIONAL** como paciente en:

- EMBARAZO DE ALTO RIESGO 5  ADOLESCENCIA (Obstetricia)  ONCOLOGIA
- PERDIDA GESTACIONAL RECURRENTE CLIMATERIO  ADOLESCENCIA (Ginecología)
- GINECOLOGIA  CLIMATERIO
- UROGINECOLOGIA  PLANIFICACION FAMILIAR 6

**DIAGNOSTICO DE ACEPTACION:** \_\_\_\_\_ 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:

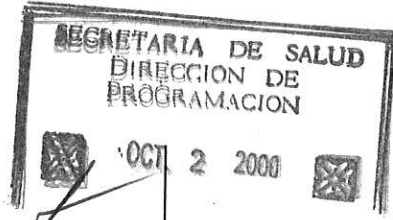
- NINGUNO  PRUEBA POSITIVA DE EMBARAZO 7
- RESUMEN CLINICO  ULTRAECOSONOGRAFIA
- OTRO: \_\_\_\_\_

**SU ACEPTACION DEFINITIVA QUEDARA CONDICIONADA A LA PRESENTACION DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.**

NOMBRE DEL MEDICO QUE VALORO: 8

FIRMA: 9

**FAVOR DE PRESENTAR ESTA HOJA EL DIA DE SU C.T.A, SIN ELLA, LAMENTABLEMENTE NO PODRA REALIZAR NINGUN TRAMITE. GRACIAS.**





FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CONSULTA DE PRIMERA VEZ" (2240-01)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	DÍA , MES Y AÑO EN QUE SE PRESENTA A LA PRIMERA CITA.
2	LA C.	NOMBRE DE LA PACIENTE ATENDIDA
3	FICHA NÚMERO	NÚMERO CONSECUTIVO QUE LE ASIGNAN A LA PACIENTE.
4	EDAD	EDAD DE LA PACIENTE.
5	PACIENTE EN	ÁREA EN LA QUE SERA CANALIZADA LA PACIENTE.
6	DIAGNOSTICO	CAUSA POR LA QUE LA ACEPTÁN.
7	ESTUDIO	ESTUDIOS QUE DEBE DE PRESENTAR EN LA SIGUIENTE CITA.
8	MÉDICO	EL NOMBRE COMPLETO, DEL MÉDICO QUE VALORO
9	FIRMA	FIRMA DEL DOCTOR QUE VALORO



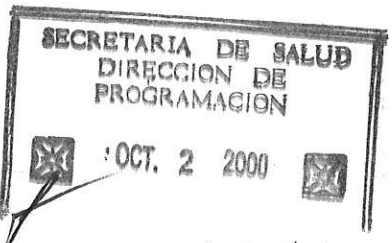
1



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

# Carnet de Citas

2



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

FECHA: 3 / DIA / MES / AÑO

2240-18

**RECOMENDACIONES**

**1.- 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.

**2.- Procure NO OLVIDAR ésta tarjeta**  
 cuando acuda al Instituto, sin ella no podemos atenderla adecuadamente

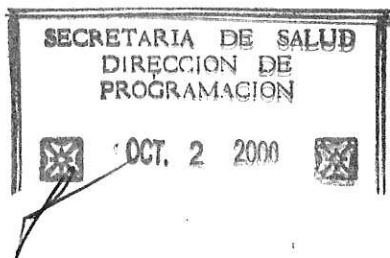
**3.- Para cualquier aclaración de sus**  
 consultas llame al Tel: 5 20-99-00  
 Ext: 295, 296, 297.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS" (2240-18)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE, REGISTRO Y NIVEL.	EL NOMBRE COMPLETO DE LA 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 QUE ATENDIÓ A LA PACIENTE.
3	FECHA.	LA FECHA, MES Y AÑO DE ELABORACIÓN DEL CARNET DE LA PACIENTE.
4	FECHA-HORA	EL DÍA, MES, Y HORA DE LA PRÓXIMA CONSULTA.
5	SERVICIO	EL ÁREA MÉDICA DONDE SE ATENDERÁ A LA PACIENTE.



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**  
**DIRECCION MEDICA**  
**FICHA DE VALORACION PARA**  
**CONSULTA EXTERNA**



ES INDISPENSABLE SU PRESENTACION PARA LA  
VALORACION MEDICA

2240-20

- 1.- ESTA FICHA ES INTRANSFERIBLE.
- 2.- SE REQUIERE ACOMPAÑARLA DE IDENTIFICACION PERSONAL.
- 3.- VALIDA EN LA FECHA Y HORA SEÑALADAS.
- 4.- LA CITA TIENE UNA TOLERANCIA MAXIMA DE 15 MINUTOS.
- 5.- SU DISTRIBUCION ES GRATUITA. NO NEGOCIABLE.
- 6.- GRACIAS POR SU COOPERACION.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
Ficha de Valoración para  
Consulta Externa

①

ES INDISPENSABLE SU PRESENTACION PARA LA  
VALORACION MEDICA:

2240-20



IDENTIFICACION EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 0

NOMBRE DE PACIENTE \_\_\_\_\_ NIVEL: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NAC / / EDAD: \_\_\_\_\_  
VIVIENDA PERMANENTE

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_  
DEL O MPIO: \_\_\_\_\_ COD. POST: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

VIVIENDA TEMPORAL

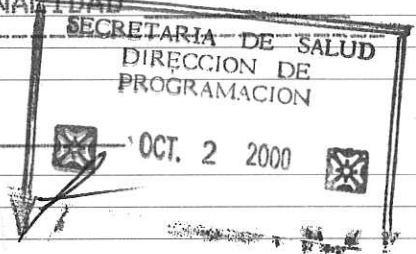
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ COLONIA: \_\_\_\_\_  
DEL O MPIO: \_\_\_\_\_ COD. POST: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_  
PERSONAS RESPONSABLES: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
TELEFONO: \_\_\_\_\_ EXT: \_\_\_\_\_

ENTIDADES FEDERATIVAS

DOM. PERMANENTE \_\_\_\_\_ DOM. TEMP. \_\_\_\_\_ NACIMIENTO \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ESTUDIO: / /  
REALIZADO EN: C/EXT. TIPO PAC. OBST 18 Meses SEM/GEST : \_\_\_\_\_  
URG. GINE 18 Meses  
COHORTE P. F. 18 Meses  
Est. 3 Años  
Clim 3 Años



TIENE SEG. SOC. ? \_\_\_\_\_ LA USA? \_\_\_\_\_ CUAL: IMSS CANALIZO: IMSS INS. PRIV.  
ISSSTE ISSSTE D. D. F.  
PEMEX PEMEX INS. NAL. SALUD  
HOSP. MARINA HOSP. MARINA INIC. PROP.  
HOSP. MILIT. HOSP. MILIT. D. I. F.  
ISEMYM MED. PART. EMPL. EN INPer  
S. G. M. S. S. A.

CANALIZADO: VERBALMENTE EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ EDAD. COMP. : \_\_\_\_\_ HIJOS VIVOS \_\_\_\_\_  
OFICIALMENTE

EDADES DE HIJOS : \_\_\_\_\_ EDADES DE HIJAS : \_\_\_\_\_  
(\* Siempre de menor a mayor)

RELIGION PAC: \_\_\_\_\_ RELIGION COMP: \_\_\_\_\_

AÑOS DE ESTUDIO: MUJER: \_\_\_\_\_ NIVEL \_\_\_\_\_ COMP. : \_\_\_\_\_ NIVEL \_\_\_\_\_

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION SOCIO-ECONOMICA

OCCUPACION P. : ( ) DESCRIPCION : \_\_\_\_\_  
OCCUPACION C. : ( ) DESCRIPCION : \_\_\_\_\_  
APORTADOR PRINCIPAL. ( ) PACIENTE ( ) COMPANERO PUNTOS: \_\_\_\_\_

- <1> Desempleado <8> Empl. de Ofic. y Jubilados Pens.
- <2> Becario <9> Tec. y Prof. de Nivel Medio
- <3> Trabaj. no Calificados <10> Prof. Cient. e Intel.
- <4> Oficiales, Operarios y Artesanos
- <5> Trab. de los Serv. y Vend. Com. y Merc.
- <6> Operadores de Inst. Maq. y Mont. <11> Fuerzas Armadas
- <7> Agric. y Trab. Cal. Agrop. y Pesq. <12> Ejecutivos e Inversionistas

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 0 \_\_\_\_ 0

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION SOCIO-ECONOMICA

INGRESO FAMILIAR MENSUAL: MUJER: N\$ \_\_\_\_\_ No. DE DEP. ECONOMICOS: \_\_\_\_  
COMP. : \$ \_\_\_\_\_  
OTROS: \$ \_\_\_\_\_ PUNTOS : \_\_\_\_\_

ALIMENTACION: 71 O MAS LUGAR DE RESIDENCIA : ZONA DE UBICACION  
61-70 % D. F. URBANA  
51-60 % EDO. MEX. SUBURBANA  
ALIMENTACION 41-50 % OTROS RURAL  
31-40 %  
N\$ \_\_\_\_\_ 21-30 % PUNTOS : \_\_\_\_\_  
PUNTOS : \_\_\_\_\_

VIVIENDA: RENTADA NO. HABITACIONES SERVS. INTRADOM.  
PRESTADA 5 O MAS UNO O NINGUNO  
PROPIA PAGADA 3 - 4 SOLO DOS  
1 - 2 TRES

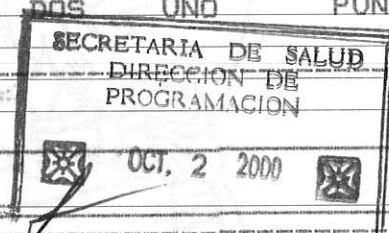
NOTA : Si es propia pagandola se considera rentada CUATRO O MAS

MAT. CONSTR: LAMINA DE CARTON NUM. PERSONAS DORMITORIO: TIPO DE VIVIENDA:  
MIXTA 4 O MAS GRUPO 1  
MAMPOSTERIA 3 GRUPO 2  
1-2 GRUPO 3  
GRUPO 4  
GRUPO 5

NOTA : Considerar el dormitorio donde duermen mas personas PUNTOS: \_\_\_\_\_

EDO. SALUD FAMILIAR  
NUMERO DE ENFERMOS : 3 O APORTADOR PRINCIPAL DOS UNO PUNTOS : \_\_\_\_\_

DIAGNOST. SOCIALES  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_



\*\*\* EMPL. EN INPER SUELDO: \$ \_\_\_\_\_ NO CRED. : \_\_\_\_\_

CLAVE DE TRAB. SOC. \_\_\_\_\_ TOT. PUNTOS: \_\_\_\_\_

ESTA INFORMACION ES FIDEDIGNA Y ESTOY DE ACUERDO CON LA CLASIFICACION ASIGNADA, QUEDO ENTERADA (O) DE DONACION DE SANGRE, EFECTUAR DEPOSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACION Y EN CASO DE PROLONGARSE ESTA CUBRIRE SEMANALMENTE LA CUENTA.

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

\* NOTA: AL CAPTURAR ESTA INFORMACION, HAGALO CON LA OPCION NORMAL DE CAPTURA.

\*\*PRECAUCION\*\*

EN LA PANTALLA NUM 2 PROPORCIONE LA FECHA DEL ESTUDIO EN FORMA MANUAL.  
AL FINAL EN LA PREGUNTA ES EXPEDIENTE NUEVO, RESPONDA N, Y SOLO DE EL NUMERO DE EXP  
CAPTURE ESTE ESTUDIO ANTES DE TERMINAR EL MES.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
271

FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DÍA MES AÑO  
OCT. 2 2000

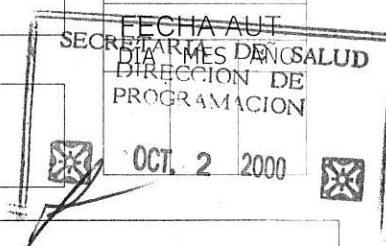
18.- PROCEDIMIENTO PARA ALOJAMIENTO CONJUNTO





OBJETIVO ESPECÍFICO

FOMENTAR LA RELACIÓN MADRE RECIÉN NACIDO, MEDIANTE LA ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO, ASÍ COMO IDENTIFICAR Y VIGILAR PROBLEMAS EN EL NEONATO DURANTE EL PERÍODO DE TRANSICIÓN NEONATAL, PARA DETECTAR Y ANALIZAR A TIEMPO PROBLEMAS QUE IMPIDAN UNA ATENCIÓN ADECUADA HACIA EL RECIÉN NACIDO



### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- EL DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, DARÁ SERVICIO DE LUNES A DOMINGO, LOS 365 DIAS DEL AÑO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA ASIGNADA AL DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, VERIFICAR QUE LA IDENTIFICACIÓN DE LA PULSERA DEL RECIÉN NACIDO SEA IGUAL A LA DE LA MADRE, AL MOMENTO DE RECIBIRLO.
- EL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO QUE INGRESA AL CUNERO, DEBERÁ SER VIGILADO POR EL MÉDICO DE PISO, EN SU PERÍODO DE TRANSICIÓN NEONATAL.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO DE PISO, INDICAR LA ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO. SOLO EN CASOS ESPECIALES Y POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA SE ADMINISTRARÁ LECHE MATERNIZADA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO DE PISO, INFORMAR DIARIAMENTE A LA MADRE EL ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO; ASÍ COMO LOS ESTUDIOS QUE SE VAYAN REALIZANDO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, NOTIFICAR A LAS PACIENTES DEL PISO, QUE DEBERÁN ASISTIR AL CURSO DE PRE-ALTA QUE IMPARTE EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN.
- EL DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO SERÁ EL RESPONSABLE DE REALIZAR EL ESTUDIO DE TAMIZ NEONATAL A LOS RECIÉN NACIDOS QUE PERMANEZCAN MÁS DE 48 HORAS EN EL CUNERO O EN ALOJAMIENTO CONJUNTO.
- EL HORARIO DE ATENCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO SERÁ DE LUNES A VIERNES DE 16:00 A 19:00 HORAS, SÁBADO, DOMINGO Y DÍAS FESTIVOS DE 12:00 A 17:00 HORAS.



ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

PROCEDIMIENTO : 18.- ALOJAMIENTO CONJUNTO

DÍA	MES	AÑO
OCT	2	2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA	1	INSTRUYE VERBAL Y PERMANENTE-MENTE AL DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO, PARA QUE LLEVE A CABO LAS ACTIVIDADES DIARIAS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN ADECUADA A LA MADRE Y RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO.
DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO	2	RECIBE POR INSTRUCCIONES DEL DEPARTAMENTO DE TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS A LA MADRE Y AL RECIÉN NACIDO, ASÍ COMO LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN (FORMATO 2250-07)
	3	IDENTIFICA AL RECIÉN NACIDO DE BAJO RIESGO, COMPRUEBA QUE LA IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO SEA IGUAL A LA DE LA MADRE Y VERIFICA EL ESTADO DE SALUD DE AMBOS.
	4	INFORMA A LA MADRE EL ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO, LE DA INDICACIONES PARA LA LACTANCIA Y RESULTADOS DE SUS ESTUDIOS DE LABORATORIO, SI SE REALIZARON.
	5	REALIZA VISITA DIARIA AL RECIÉN NACIDO, LO REvisa Y DETERMINA PROBLEMAS DE SALUD.
		<p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: ELABORA HOJA DE CONTROL DEL RECIÉN NACIDO (FORMATO 2321-01), E INFORMA A LA MADRE SOBRE LAS PLÁTICAS DE PREALTA.</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
275

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

PROCEDIMIENTO : 18.- ALOJAMIENTO CONJUNTO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
MADRE DEL PACIENTE	6	SÍ: CANALIZA AL RECIÉN NACIDO AL ÁREA CORRESPONDIENTE (UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO Ó UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS AL RECIÉN NACIDO) E INFORMA A LA MADRE EL ESTADO DE SALUD DEL RECIÉN NACIDO.
DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO	7	ACUDE A LAS PLÁTICAS DE PREALTA IMPARTIDAS POR EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PARA LA REPRODUCCIÓN.
	8	REALIZA TAMIZ NEONATAL DESPUÉS DE 48 HORAS DE NACIDO, EN CASO DE QUE EL RECIÉN NACIDO SEA DADO DE ALTA ANTES DE LAS 48 HORAS, PROGRAMA UNA CITA EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, PARA TOMA DEL TAMIZ NEONATAL.
	9	ELABORA FORMATOS PARA TRÁMITE DE ALTA DE LA MADRE E HIJO (FORMATOS 2250-02, 2250-13, 2330-01Y 2240-24) Y LOS REGISTRA EN LA LIBRETA DE EGRESOS DIARIOS DE PACIENTES.
	9	ENTREGA A LA MADRE DEL NIÑO RECIÉN NACIDO: FOLLETO "EL CUIDADO DEL NIÑO RECIÉN NACIDO", ORIGINAL COMPROBANTE DE NACIMIENTO (2250-02), COPIA DE LA HOJA DE EGRESO HOSPITALARIO (2250-13) Y LISTA DE HOSPITALES DONDE PUEDE SER ATENDIDO EL RECIÉN NACIDO (2330-01).



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
276

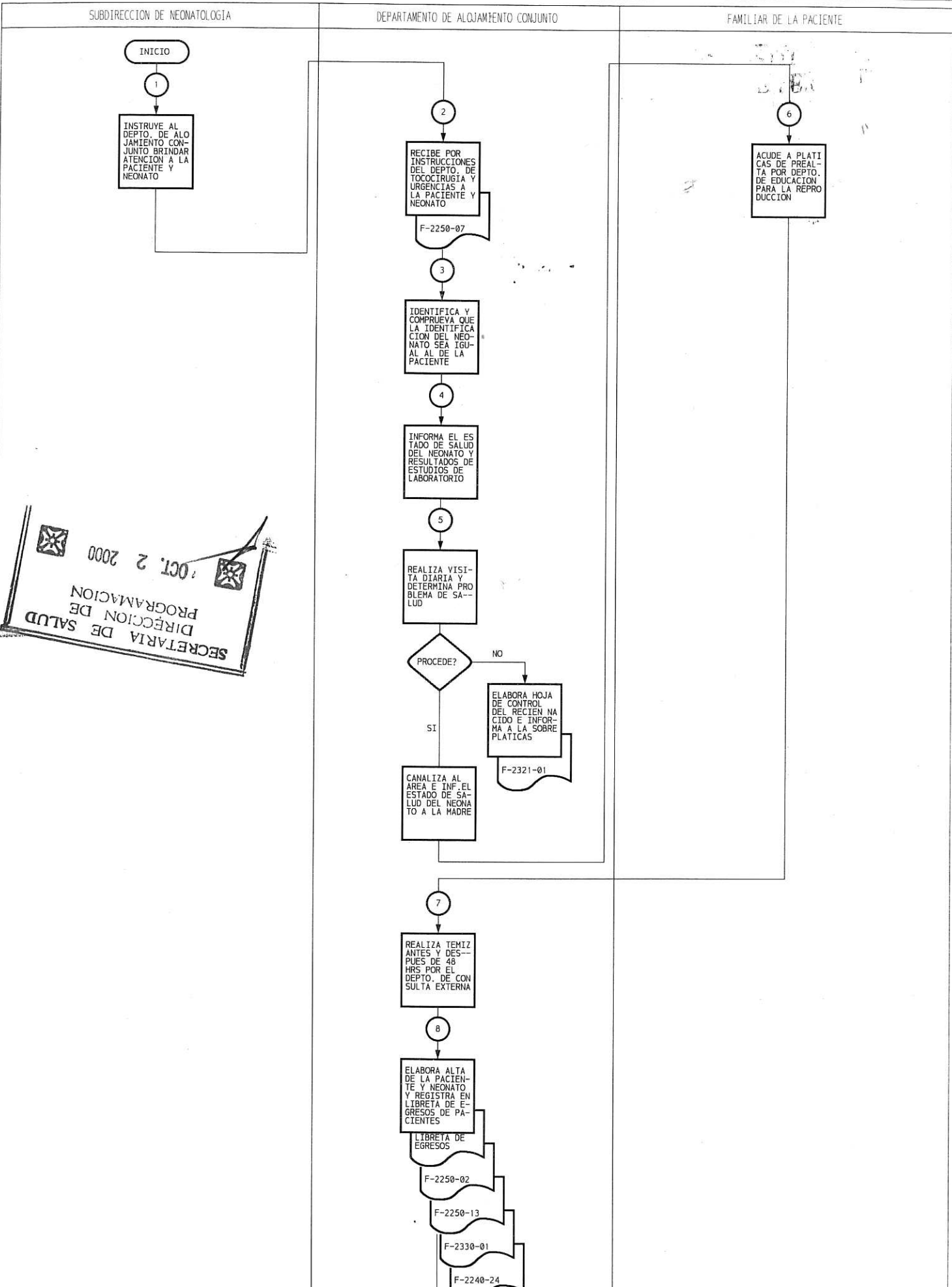
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

PROCEDIMIENTO : 18.- ALOJAMIENTO CONJUNTO

DÍA	MES	AÑO
OCT.	2	2000
SECRETARÍA DE SALUD DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
	10	ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, ORIGINAL DE LA HOJA DE EGRESO (2240-24) Y COPIA DEL COMPROBANTE DE NACIMIENTO (2250-22), PARA SU ARCHIVO.  TERMINA PROCEDIMIENTO





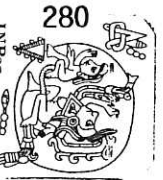




## DIRECCIÓN MÉDICA

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"NOTAS DE EVOLUCIÓN" (2250-07)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO DONDE SE ATENDIÓ EL/LA PACIENTE (ESTOMATOLOGÍA, TOCOCIRUGÍA Y URGENCIAS, UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO, UNIDAD DE CUIDADOS INMEDIATOS ADULTOS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES)
2	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA ASIGNADO POR LA JEFA DEL SERVICIO
3	NO. DE HOJA	EL NÚMERO CONSECUTIVO DE LA HOJA.
4	FECHA Y HORA	LA FECHA Y HORA EN QUE SE ELABORA LA ORDEN MÉDICA.
5	PROB. No.	SERÁ LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE
6	NOTAS DE EVOLUCIÓN	SERÁ LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE
7	PLANES	A) DIAGNÓSTICO Ó B) TRATAMIENTO Ó C) EDUCATIVO



**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA**

**DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE NEONATOLOGIA  
UNIDAD DE CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIEN NACIDO  
INFORME DIARIO DE RECIEN NACIDOS VIVOS**

DEL DIA (1) MES (2) AL DIA (3) MES (4)

NUMERO DE REGISTRO ( APELLIDOS Y NOMBRE )		SITIO MAC.	
EN UTO FUERA UTO		EDAD MATERNA (AÑOS)	
GESTA PARA		CESAREA	
ABORTOS		No. DE CONSULTAS	
ANESTESIA O ANESTESIA		SEX O	
GENERAL EMBARAZO MULTIPLE No. NAC.		FEMENINO INDETERMINADO	
PESO (gr.)		TALLA (cms.)	
PERIM. CEFALICO		1er. MINUTO	
2o. MINUTO		FUM.	
CAPURRO		NUEVO BALLARD	
EUTOCICO		FORCEPS	
PELVICICO		OTRAS DISTOCIAS	
FORTUITO		CESAREA	
ALOJAMIENTO CONJUNTO		CUNERO	
UCIN		UCIREN	
PATOLOGIA		TRAS. OTRA INSTITUCION	
DIA		MES	
AÑO		HORAS	
MINUTOS		ASIS. R.N. SANO	
ASP. TRAQUEAL (+/-)		PRES. POSIC. O/MASC.	
CAMPANA CEFALICA		CPAP	
INTUB. ENDOT.		MASAJE CARD.	
VENOCLEISIS		OTROS	
MEDICAMENTOS		DIAG. PRENATAL	
R.N. SANO		ASFIXIA	
ARGAR BA.		OTROS	

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

MEDICAMENTOS ( COLUMNA ) :  
 1= ADRENALINA, 2= EXP VOL., 3= BIC NO.,  
 4= NALOXONA, 5= DOPAMINA, 6= OTROS.

OTROS PROCEDIMIENTOS ( COLUMNA ) :  
 1= ONFALOCLISIS, 2= TORACOCENTESIS,  
 3= PARACENTESIS, 4= EXANGUINO, 5= SUTURA,  
 6= VENDAJE, 7= OTROS.

OTROS DIAGNOSTICOS ( COLUMNA ) :  
 1= HIDROPS NO IMMUNE, 2= CROMOSOMOPATIAS,  
 3= TORCH, 4= OTROS.

PATOLOGIA MATERNA ( COLUMNA ) :  
 1= SANA, 2= DIABETES MELLITUS, 3= HAS, 4= N  
 6= NEUMOPATIA, 7= NEOPLASIAS MALIGNAS, 8  
 9= PATOLOGIA TIROIDEA, 10= OTRAS ENDOCRIN  
 13= ANEMIA, 14= IVU AL NACIMIENTO, 15= COR  
 17= ENF. TRANS. SEXUAL, 18= OTRAS INF., 19=  
 21= OTROS.



DIRECCIÓN MÉDICA

FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
OCT. 2		

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DDARIO DE RECIÉN NACIDOS VIVOS" (2321-01)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	DÍA	EL DÍA EN QUE SE INICIÓ EL PERIODO DE INFORME AL RECIÉN NACIIDO.
2	MES	EL MES EN QUE SE INICIÓ EL PERÍODO DE IN-INFORME
3	AL DÍA	EL DÍA EN QUE SE TERMINO EL PERÍODO DE INFORME
4	MES	EL MES EN QUE SE TERMINA EL PERIODO DE INFORME
5	AÑO DE	EL AÑO EN QUE TRASCURRE EL PRESENTE FORMATO
6	NÚMERO DE REGISTRO	EL NÚMERO DE REGISTRO DEL PACIENTE
7	NOMBRE DE LA MADRE	EL NOMBRE DE LA PACIENTE QUE DIO A LUZ EL NEONATO.
8	OTROS	LO LLENARÁ LA ENFERMERA ENCARGADA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIÉN NACIDO



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

282

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE NEONATOLOGIA  
COMPROBANTE DE NACIMIENTO

FOLIO 2901

NOMBRE DE LA MADRE

①

②

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE(S)

REGISTRO

DATOS DEL RECIEN NACIDO

③

DIA MES AÑO

HRS. MIN.

SEXO

Masculino

Femenino

PRODUCTO

UNICO

MULTIPLE: orden de nac.

FECHA DE NACIMIENTO

HORA DE NACIMIENTO

HUELLA DIGITAL MATERNA

HUELLA PLANTAR DEL HIJO

MEDICO RESPONSABLE

④

NOMBRE

⑤

⑥

DEDULA PROFESIONAL

FIRMA

ATENCION: ESTE REGISTRO ES EXCLUSIVAMENTE DE CARACTER INSTITUCIONAL Y NO SUSTITUYE AL OFICIAL DEL REGISTRO FEDERAL.

ORIGINAL: PACIENTE 1a. COPIA: EXPEDIENTE CLINICO

2250-02

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE PROGRAMACION  
OCT. 2 2000



SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

FECHA AUT  
SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN  
OCT 2 2000

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO  
"COMPROBANTE DE NACIMIENTO" (2250-02)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	NOMBRE DE LA MADRE	EL APELLIDO PATERNO MATERNO Y NOMBRES DE LA MADRE DEL NEONATO
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE REGISTRO DE LA PACIENTE QUE LE OTORGA EL INSTITUTO PARÁ SER ATENDIDA
3	DATOS DEL RECIÉN NACIDO	LOS DATOS DEL NEONATO AL MOMENTO DE SU NACIMIENTO
4	NOMBRE	NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE
5	CÉDULA PROFESIONAL	EL NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL DE LA UNIVERSIDAD DONDE ESTUDIO EL MÉDICO QUE ATENDIÓ EL PARTO
6	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO QUE ATENDIÓ EL PARTO



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION MEDICA

HOJA DE EGRESO HOSPITALARIO

PLACA DE ADESOGRAFO (1)

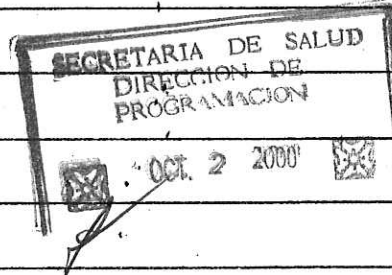
[Empty box for Adesografo]

DATOS DE HOSPITALIZACION (2)

\*FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_  
HORA \_\_\_\_\_  
\*FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_  
HORA \_\_\_\_\_  
\*SERVICIO \_\_\_\_\_

RESUMEN (3)

[Lined area for Resumen]



OBSERVACIONES (4)

[Lined area for Observaciones]

INDICACIONES (5)

[Lined area for Indicaciones]

32 CLAVE DEL MEDICO [ ]

(6)

(7)

FIRMA



## DIRECCIÓN MÉDICA

## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

## "HOJA DE EGRESO HOSPITALARIO" (2250-13)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	PLACA DE ADESÓGRAFO	EL NOMBRE Y NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE
2	DATOS DE HOSPITALIZACIÓN	LA FECHA (DÍA, MES AÑO Y HORA ) DE INGRESO Y DE LA PACIENTE, ASÍ COMO EL SERVICIO.
3	RESUMEN	EN RESUMEN EL CUADRO CLÍNICO DE LA PACIENTE.
4	OBSERVACIONES	LOS COMENTARIOS HECHOS POR EL MÉDICO QUE ATIENDE A LA PACIENTE.
5	INDICACIONES	LAS INSTRUCCIONES QUE EL MÉDICO SEÑALE.
6	CLAVE DEL MÉDICO	EL NÚMERO DE CLAVE DE ADSCRIPCIÓN DEL MÉDICO TRATANTE.
7	FIRMA	FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE





## INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE NEONATOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

### ESTIMADOS PADRES DE FAMILIA:

EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA, NO TIENE POR EL MOMENTO CAPACIDAD DE OFRECER ATENCION PEDIATRICA A SU HIJO. TAMPOCO CUENTA CON SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS.

LE SUGERIMOS QUE CUANDO SU HIJO SE ENFERME, ACUDA AL CENTRO HOSPITALARIO MAS CERCANO A SU DOMICILIO.

SI USTED CUENTA CON LOS SERVICIOS DEL ISSSTE O DEL IMSS, ACUDA A SU CLINICA CORRESPONDIENTE.

A CONTINUACION SE ENLISTAN ALGUNOS HOSPITALES A DONDE USTED PUEDE ACUDIR EN CASO DE URGENCIA.

**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA**  
Insurgentes Sur No. 3700-C

**HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO**  
Dr. Márquez No. 162, Col. Doctores

**HOSPITAL INFANTIL DE AZCAPOTZALCO**  
Av. Azcapotzalco No. 731, esq. con Castillas

**HOSPITAL INFANTIL DE COYOACAN**  
Moctezuma y Miguel Angel de Quevedo, Col. Coyoacán

**HOSPITAL INFANTIL DE LEGARIA**  
Calzada Legaria No. 371-A

**HOSPITAL INFANTIL DE XOCHIMILCO**  
Av. 16 de Septiembre y Prol. Nativitas Xochimilco

**HOSPITAL INFANTIL DE PERALVILLO**  
Prol. Zarco y Tolnahuac No. 14, Col Peralvillo

**HOSPITAL INFANTIL MOCTEZUMA**  
Oriente 158 No. 189, Col. Moctezuma

**HOSPITAL INFANTIL DE TACUBAYA**  
Av. Arq. Carlos Lazo y Gaviota, Col. Tacubaya

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA

HOJA DE EGRESO



**DATOS DEL PACIENTE (1)**

1 REGISTRO \_\_\_\_\_

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

3 EDAD

ADULTOS	NEONATALES
<input type="text"/> AÑOS	<input type="text"/> MESES
<input type="text"/> DIAS	<input type="text"/> HORAS

**DATOS DE HOSPITALIZACION (2)**

4 FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

5 FECHA DE EGRESO \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

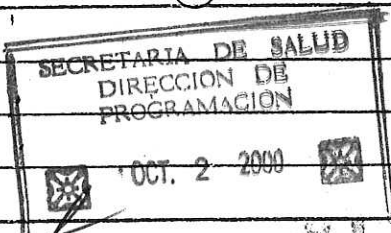
6 SERVICIO \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO DE INGRESO (3)** C.I.E.

7	
8	
9	

**DIAGNOSTICO DE EGRESO (4)** C.I.E.

10 DIAGNOSTICO PRINCIPAL	
11 OTROS	
12	
13	



**(5) DATOS DEL RECIEN NACIDO**

14 SEMANAS DE GESTACION  FUM

CAPURRO / BALLARD

15 APGAR 1

16 APGAR 5

17 SILVERMAN

18 TALLA EN CMS.

19 PESO GRS.

20 SEXO:

FEMENINO

MASCULINO

INDETERMINADO

**(6) TIPO DE PACIENTE**

21 GINECOLOGICA

22 OBSTETRICA

23 ESTERILIDAD

24 CLIMATERIO

25 NEONATAL

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS (7)** O.P.S.

26	
27	
28	

**(8) MOTIVOS DE EGRESO**

MEJORIA  ALTA VOLUNTARIA  AGRAVAMIENTO  DEFUNCION  TRASLADO

**(9) DESTINO:**  DOMICILIO  PATOLOGIA  OTRO SERVICIO  OTRA INSTITUCION

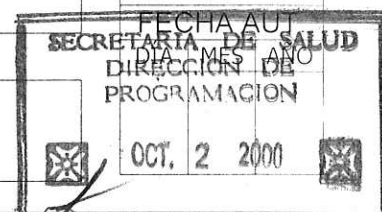
**(10) PLANIFICACION FAMILIAR:**  D. I. U.  O. T. B.  HORMONALES  BARRERA  VASECTOMIA  NINGUNA

**(11) CLAVE DEL MEDICO PARA EL EXPEDIENTE**

**(12) FIRMA** \_\_\_\_\_



DIRECCIÓN MÉDICA



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"HOJA DE CODIFICACIÓN DEL EGRESO HOSPITALARIO" (2240-24)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	DATOS DEL PACIENTE	LOS DATOS DEL PACIENTE; NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE LE ASIGNA EL INSTITUTO, NOMBRE COMPLETO, EDAD (ADULTOS: AÑOS, NEONATALES: MESES, DÍAS U HORAS).
2	DATOS DE HOSPITALIZACIÓN	LA FECHA (DÍA, MES Y AÑO) Y HORA DE INGRESO Y EGRESO, ASÍ COMO EL NOMBRE DEL SERVICIO EN QUE SE ATENDIÓ A LA PACIENTE.
3	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	EL ESTADO DE SALUD EN QUE INGRESA EL PACIENTE.
4	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	EL ESTADO DE SALUD EN QUE EGRESA EL PACIENTE Y SE HARÁ HINCAPIÉ SI EXISTE ALGÚN DIAGNÓSTICO IMPORTANTE
5	DATOS RECIÉN NACIDO	LOS DATOS DEL RECIÉN NACIDO (SEXO, TALLA, PESO, SEMANAS DE GESTACIÓN, ETC.)
6	TIPO DE PACIENTE	LA ESPECIALIDAD O ÁREA EN QUE SE ATIENDE A LA PACIENTE DURANTE EL TIEMPO DE GESTACIÓN.
7	INTERVENCIONES	EL TIPO Y NOMBRE DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS A QUE FUE SOMETIDO EL PACIENTE, EN CASO DE EXISTIR.
8	MOTIVOS DE EGRESO	EL MOTIVO POR EL CUAL EGRESA LA PACIENTE Y SE MARCARÁ EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.



DIRECCIÓN MÉDICA



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

“HOJA DE CODIFICACIÓN DEL EGRESO HOSPITALARIO” (2240-24)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
9	DESTINO	EL DESTINO DEL PACIENTE YA SEA A SU DOMICILIO, OTRO SERVICIO, PATOLOGÍA, OTRA INSTITUCIÓN, ETC.
10	PLANIFICACIÓN FAMILIAR	EN EL RECUADRO CORRESPONDIENTE SI LA PACIENTE OPTA POR ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.
11	CLAVE	LA CLAVE DEL MÉDICO QUE ELABORA LA HOJA DE EGRESO.
12	FIRMA	FIRMA DEL MÉDICO QUE ELABORA LA HOJA DE EGRESO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
290

FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

DÍA	MES	AÑO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
OCT. 2 2000

19- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR SERVICIO DE LABORATORIO CENTRAL



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
291  
FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA	MES	AÑO
OCT. 2		2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROPORCIONAR APOYO A LOS MÉDICOS TRATANTES DEL INSTITUTO MEDIANTE LA OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO Y DE ESTA MANERA LOGRAR UN DIAGNÓSTICO MÁS PRECISO Y ADECUADO DE LOS CASOS QUE SE PRESENTEN EN LA ATENCION DIARIA DE LAS PACIENTES.





## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
292

FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

### POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL LA CORRECTA OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO QUE SOLICITEN LOS MÉDICOS TRATANTES DE LAS PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA.
- EL HORARIO DE ATENCIÓN EN LA RECEPCIÓN DE LABORATORIO CENTRAL SERÁ: PARA PROGRAMACIÓN DE CITAS DE 9:00 A 14: HRS., RECEPCIÓN DE PACIENTES CON SUS MUESTRAS Y TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE DE 7:30 A 9:00 HRS. DE LUNES A VIERNES EN DÍAS HÁBILES Y PARA ESTUDIOS CON CARÁCTER DE URGENTE A CUALQUIER HORA Y CUALQUIER DÍA LOS 365 DÍAS DEL AÑO.
- TODAS LAS SOLICITUDES PARA ESTUDIOS DE LABORATORIO DEBERÁN SER LLENADAS POR EL MÉDICO TRATANTE DE CADA PACIENTE, CON LOS SIGUIENTES DATOS: NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE, NÚMERO DE REGISTRO DE LA PACIENTE, NOMBRE DEL SERVICIO, EDAD DE LA PACIENTE, EDAD GESTACIONAL, NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE Y DEBERÁ ESTAR AUTORIZADA POR EL ESPECIALISTA SI SE TRATA DE UN ESTUDIO CON CARÁCTER DE URGENCIA, INFORMACIÓN CLÍNICA ADICIONAL Y/O TERAPÉUTICA, FECHA DE SOLICITUD Y CLAVE DEL MÉDICO TRATANTE.
- EN CASO DE QUE LOS DATOS DE LA SOLICITUD ESTÉN INCOMPLETOS, EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL ENVIARÁ MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN MÉDICA LA MISMA PARA DETERMINAR LA SANCIÓN CORRESPONDIENTE.
- EL PERSONAL DEL LABORATORIO DEBERÁ SEGUIR LOS PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS ANALÍTICOS QUE SE PRESENTAN EN LOS MANUALES DE CADA SECCIÓN (BIOQUÍMICA, HEMATOLOGÍA O LÍQUIDOS BIOLÓGICOS) PARA EL PROCESO DE LOS ESTUDIOS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL, PROMOVER LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS NACIONALES Y EXTRANJEROS DE EVALUACIÓN EXTERNA DE LA CALIDAD, EN EL QUE PARTICIPARÁN TODAS LAS ESPECIALIDADES QUE LO CONFORMAN.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
293

FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	
DÍA	MESE	AÑO
OCT.	2	2000

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL CONTAR CON UN SISTEMA DE AUDITORÍAS INTERNAS Y EXTERNAS, LAS CUALES PERMITIRÁN ASEGURAR LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD, DETECTAR DESVIACIONES Y DAR SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES CORRECTIVAS, ESTAS SERÁN REALIZADAS POR LA CONTRALORÍA INTERNMA DEL INSTITUTO Y EL DESPACHO DE AUDITORES EXTERNOS QUE CONTRATE EL MISMO INSTITUTO. LAS AUDITORÍAS SERÁN REALIZADAS ANUALMENTE, CADA VEZ QUE EXISTA UNA ANOMALÍA EN EL SERVICIO, O CADA VEZ QUE SE REQUIERA.
- SE REALIZARÁN INFORMES MENSUALES DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL Y SE REPORTARÁN A LA DIRECCIÓN MÉDICA PARA SU CONOCIMIENTO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE LABORATORIO CENTRAL LA REVISIÓN Y CUIDADO DEL MATERIAL A SU CARGO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL LA AUTORIZACIÓN DE LOS MATERIALES QUE SE USEN EN EL DEPARTAMENTO.
- EL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL RECIBIRÁ DE LOS MÉDICOS TRATANTES LAS SOLICITUDES DE ESTUDIO, LAS CUALES SON: HEMATOLOGÍA (2430-14), ENDOCRINOLOGÍA (2440-01), LÍQUIDOS BIOLÓGICOS (2430-16), BIOQUÍMICA (2430-18), MICROBIOLOGÍA (2430-05), INMUNOLOGÍA (2430-21), BANCO DE SANGRE (2430-15) Y DEBERÁ VERIFICAR QUE ESTÉN DEBIDAMENTE LLENADAS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
294

FECHA AUT.

DIA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
PROCEDIMIENTO: 19.- OTORGAR SERVICIO DE LABORATORIO CENTRAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL PARA QUE CON BASE EN LOS LINEAMIENTOS QUE DICTA LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE LABORATORIO CLÍNICOS, LLEVE A CABO LOS ANÁLISIS CLÍNICOS DE LAS PACIENTE, LOS CUALES SOLO SE OTRGARÁN A PETICIÓN DE LOS MÉDICOS TRATANTES DE LAS MISMAS.
	2	RECIBE DEL MÉDICO TRATANTE SOLICITUD CORRESPONDIENTE DE ESTUDIOS PARA PROCESAR MUESTRA DE LABORATORIO.
	3	VERIFICA EN LA MISMA QUE LOS DATOS SEAN CORRECTOS.  ¿PROCEDE?  NO: SOLICITA AL MÉDICO TRATANTE HACER LAS CORRECCIONES NECESARIAS. REGRESA AL PUNTO NO.2.  SÍ: CAPTURA LOS DATOS EN EL SISTEMA, EL CUAL EMITE AUTOMÁTICAMENTE LAS ETIQUETAS DE CÓDIGO DE BARRAS CON NOMBRE DEL PACIENTE, ESTUDIOS SOLICITADOS, FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DE MUESTRA, EN CASO DE HABERLA.
	4	PROCEDE A COLOCAR LAS ETIQUETAS EN LA SOLICITUD Y FRASCOS DE MUESTRA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
295

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO  
PROCEDIMIENTO: 19.- OTORGAR SERVICIO DE LABORATORIO CENTRAL

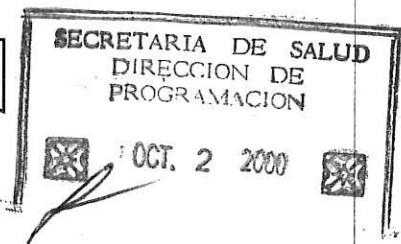
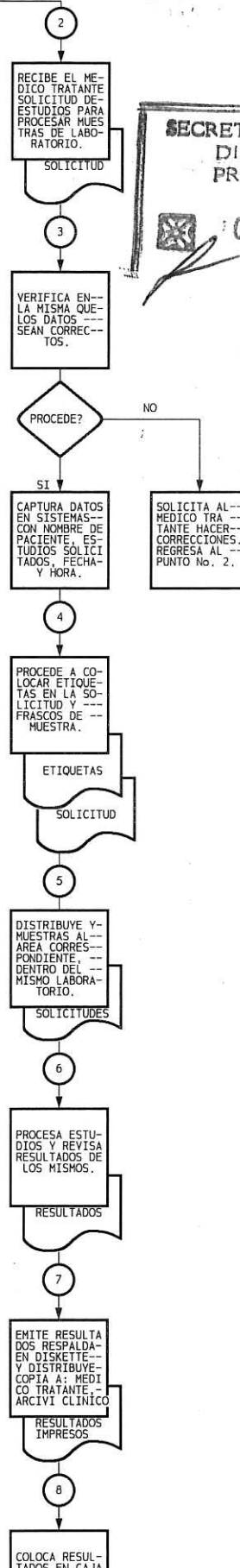
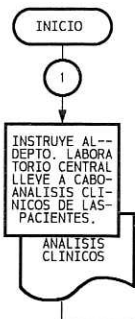
UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
	5	DISTRIBUYE SOLICITUDES Y MUESTRAS AL ÁREA CORRESPONDIENTE, DENTRO DEL MISMO LABORATORIO, (BIOQUÍMICA, HEMATOLOGÍA O LÍQUIDOS BIOLÓGICOS).
	6	PROCESA ESTUDIOS Y REvisa LOS RESULTADOS DERIVADOS DE LOS MISMOS.
	7	EMITE RESULTADOS IMPRESOS, RESPALDA EN DISKETTE Y DISTRIBUYE COPIA DE LOS MISMOS A: MÉDICO TRATANTE, ARCHIVO CLÍNICO Y LABORATORIO CENTRAL PARA CONTROL, ARCHIVO Y CONSULTAS POSTERIORES.
	8	COLOCA DICHOS RESULTADOS EN LA CAJA QUE SE ENCUENTRA EN EL ÁREA DE DISTRIBUCION DE MUESTRAS PARA SER RECOGIDOS POR EL MÉDICO SOLICITANTE.
	9	ELABORA MENSUALMENTE MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y COPIA DEL TOTAL DE ESTUDIOS REALIZADOS EN EL MES Y TURNA ORIGINAL A LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y CONSERVA COPIA PARA CONTROL Y ARCHIVO.
		TERMINA PROCEDIMIENTO.

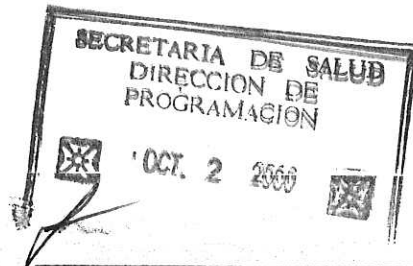
AREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 19.- OTORGAR SERVICIO DE LABORATORIO CENTRAL

SUBDIRECCION DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 DIRECCION MEDICA  
 SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO  
 DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

Nombre: ①  
 Registro: ②

**HEMATOLOGIA**

- |                                                            |                                                           |                                                          |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 2601 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática Completa  | 2618 <input type="checkbox"/> Tiempo de Trombina          | 2629 <input type="checkbox"/> Electrofor. de Hemoglobina |
| 2604 <input type="checkbox"/> Biometría Hemática de Rutina | 2619 <input type="checkbox"/> Fibrinógeno                 | 2630 <input type="checkbox"/> Cuantif. de Hemoglobina A2 |
| 2608 <input type="checkbox"/> Reticulocitos                | 2620 <input type="checkbox"/> Anticoagulante Lúpico       | 2631 <input type="checkbox"/> Cuantif. de Hemoglob.Libre |
| 2610 <input type="checkbox"/> Células LE                   | 2621 <input type="checkbox"/> Productos Líticos           | 2632 <input type="checkbox"/> Haptoglobina               |
| 2611 <input type="checkbox"/> Eosinofilos en Moco Nasal    | 2622 <input type="checkbox"/> Monomeros de Fibrina        | 2633 <input type="checkbox"/> Hierro Sérico              |
| 2612 <input type="checkbox"/> Leucocitos en Moco Fecal     | 2623 <input type="checkbox"/> Lisis de Euglobulina        | 2634 <input type="checkbox"/> Folatos                    |
| 2613 <input type="checkbox"/> Médula Osea                  | 2624 <input type="checkbox"/> C. Heparina/Plasma (Prot.)  | 2636 <input type="checkbox"/> Fragilidad Osmótica        |
| 2614 <input type="checkbox"/> Vel Sedimentación Globular   | 2625 <input type="checkbox"/> Antitrombina III            | 2638 <input type="checkbox"/> Dilución con Salina        |
| 2615 <input type="checkbox"/> P. Tendencia Hemorrágica     | 2626 <input type="checkbox"/> Antic. Antiplaquetarios     | 2639 <input type="checkbox"/> Gota Gruesa                |
| 2617 <input type="checkbox"/> Dosif. Factores/Coagulación  | 2627 <input type="checkbox"/> Hemog. Fetal (Cuantitativa) | 2640 <input type="checkbox"/> Dimeros D                  |
| 2618 <input type="checkbox"/> Prueba de Coagulación        | 2628 <input type="checkbox"/> Hemog. Fetal APT (Cualit.)  |                                                          |

Fecha: ④      Edad: ⑤      Edad Gestacional: ⑥ semanas.

Diagnóstico: ⑦

Núm. de protocolo: ⑧      Nombre de protocolo: ⑨

Médico solicitante: ⑩      Clave: ⑪      Firma: ⑫

Servicio solicitante: ⑬      Cama: ⑭



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

HOJA  
298

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS HEMATOLOGIA" (2430-14)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE.
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE.
3		LOS ANÁLISIS QUE SE LE PRACTICARÁN A LA PACIENTE.
4	FECHA	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
5	EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
6	EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS DE EMBARAZO QUE TIENE LA PACIENTE.
7	DIAGNÓSTICO	LOS PADECIMIENTOS DE LA PACIENTE.
8	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO CON EL CUAL SE AUTORIZA EL PROTOCOLO.
9	NOMBRE DE PROTOCOLO	EL NOMBRE CON EL CUAL SE LLEVA A CABO LA INVESTIGACIÓN.
10	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
11	CLAVE	EL NÚMERO DE ADSCRIPCIÓN AL INSTITUTO DEL MÉDICO SOLICITANTE.
12	FIRMA	FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.
13	SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL SERVICIO EN QUE SE ENCUENTRA EL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
14	CAMA	NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA LA PACIENTE, EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADA.







MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

300

FECHA AUT.

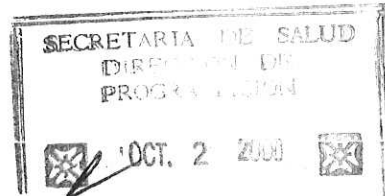
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2008

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS ENDOCRINOLOGIA" (2440-01)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1		NOMBRE COMPLETO Y NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE.
2		LOS ESTUDIOS QUE SE LE REALIZARÁN A LA PACIENTE.
3	FECHA	LA FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
4	EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
5	EDAD GEST.	EL NÚMERO DE SEMANAS DE GESTACIÓN QUE TIENE LA PACIENTE.
6	DIAGNÓSTICO	EL NOMBRE DEL PADECIMIENTO O PROBLEMA QUE SE DETECTA EN LA PACIENTE.
7	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO DE PROTOCOLO CON EL QUE SE REGISTRA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.
8	NOMBRE	NOMBRE CON EL QUE SE LLEVA A CABO LA INVESTIGACIÓN.
9	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
10	CLAVE	EL CLAVE DE ADSCRIPCIÓN AL INSTITUTO DEL MÉDICO SOLICITANTE.
11	SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL ÁREA O SERVICIO EN QUE SE ENCUENTRA EL MÉDICO SOLICITANTE.
12	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA LA PACIENTE.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION MEDICA  
SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO  
DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

### LIQUIDOS BIOLÓGICOS

Nombre: ①

Registro: ②

- |                                                          |                                                                |                                                          |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 2501 <input type="checkbox"/> Examen General de Orina    | 2503 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar Fetal           | 2504 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pericárdico |
| 2505 <input type="checkbox"/> Cristalografía ③           | 2511 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Asp. Bronq.  | 2510 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Pleural     |
| 2509 <input type="checkbox"/> Penetración Espermática    | 2514 <input type="checkbox"/> Madurez Pulmonar en Pool Vaginal | 2512 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. de Ascitis  |
| 2506 <input type="checkbox"/> Espectrofot. Líq Amniótico | 2507 <input type="checkbox"/> Espermatobioscopía Directa       | 2513 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Peritoneal  |
|                                                          | 2508 <input type="checkbox"/> Espermatobioscopía Funcional     | 2502 <input type="checkbox"/> Citoq. de Líq. Cefalorraq. |

Fecha: ④      Edad: ⑤      FUM: ⑥      Edad Gestacional: ⑦ semanas.

Diagnóstico: ⑧      Fecha de estudio anterior: ⑨

Núm. de protocolo: ⑩      Nombre del protocolo: ⑪

Médico solicitante: ⑫      Clave: ⑬      Firma: ⑭

Servicio solicitante: ⑮      Cama: ⑯



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

HOJA  
302

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DÍA MES AÑO

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS" (2430-16)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE.
3	ESTUDIOS	LOS ESTUDIOS QUE REQUIERE LA PACIENTE DE ACUERDO A SUS PADECIMIENTOS.
4	FECHA	LA FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
5	EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
6	FUM	LA FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN.
7	EDAD GESTACIONAL	EL TIEMPO DE EMBARAZO DE LA PACIENTE EN SEMANAS.
8	DIAGNÓSTICO	PADECIMIENTOS QUE SE DETECTAN EN LA PACIENTE.
9	FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR	LA FECHA DEL ÚLTIMO ESTUDIO QUE SE LE EFECTUÓ A LA PACIENTE, EN CASO DE HABERLO.
10	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO CON EL CUAL SE AUTORIZA EL PROTOCOLO.
11	NOMBRE DEL PROTOCOLO	EL NOMBRE CON EL CUAL SE LLEVARÁ A CABO LA INVESTIGACIÓN.
12	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
13	CLAVE	LA CLAVE DE ADSCRIPCIÓN DEL MÉDICO SOLICITANTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

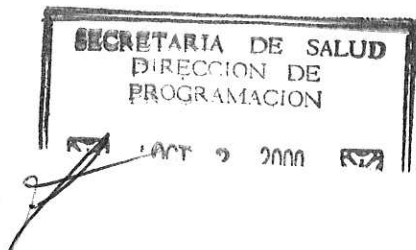
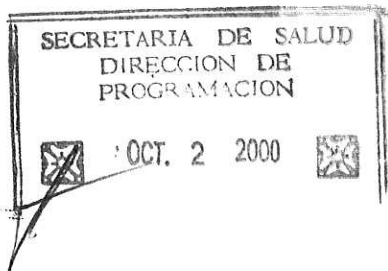
HOJA  
303

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARIA DE SALUD		
FECHA AUT.	PROGRAMACION	
DÍAS	MESES	AÑO
OCT.	2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS" (2430-16)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
14	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.
15	SERVICIO SOLICITANTE	NOMBRE DEL SERVICIO AL QUE PERTENECE EL MÉDICO SOLICITANTE.
16	CAMA	NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA LA PACIENTE, EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADA.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
 DIRECCION MEDICA  
 SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO  
 DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

**BIOQUIMICA**

Nombre: **1**  
 Registro: **2**

- |                                                              |                                                             |                                                           |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 2401 <input type="checkbox"/> Glucosa                        | 2416 <input type="checkbox"/> Lactato Deshidrogenasa        | 2429 <input type="checkbox"/> Depuración de Creatinina    |
| 2402 <input type="checkbox"/> Urea                           | 2417 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina            | 2430 <input type="checkbox"/> Electrol. Urinarios (Na, K) |
| 2403 <input type="checkbox"/> Creatinina                     | 2419 <input type="checkbox"/> Bilirrubinas                  | 2431 <input type="checkbox"/> Fósforo                     |
| 2404 <input type="checkbox"/> Acido Urico                    | 2420 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 60 min.  | 2433 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Alta Dens. |
| 2405 <input type="checkbox"/> Colesterol                     | 2421 <input type="checkbox"/> Glicemia 60 c/50 grs. Glucosa | 2434 <input type="checkbox"/> Lipoproteínas de Baja Dens. |
| 2406 <input type="checkbox"/> Proteínas                      | 2422 <input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial 120 min  | 2436 <input type="checkbox"/> Calcio Urinario             |
| 2407 <input type="checkbox"/> Albúmina                       | 2423 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 120 min.    | 2437 <input type="checkbox"/> Proteínas Urinarias         |
| 2408 <input type="checkbox"/> Electrolitos ( Na, K, Cl )     | 2424 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 180 min.    | 2438 <input type="checkbox"/> Fosfatasa Alcalina Osea     |
| 2412 <input type="checkbox"/> Calcio                         | 2425 <input type="checkbox"/> C.T. a la Glucosa 300 min.    | 2439 <input type="checkbox"/> Osteocalcina                |
| 2413 <input type="checkbox"/> Magnesio                       | 2426 <input type="checkbox"/> Urea Urinaria                 | 2440 <input type="checkbox"/> Oxipiridinolina             |
| 2414 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Oxalacética | 2427 <input type="checkbox"/> Creatinina Urinaria           |                                                           |
| 2415 <input type="checkbox"/> Transaminasa Glut. Pirúvica    | 2428 <input type="checkbox"/> Triglicéridos                 |                                                           |

**3**

Fecha: **4**      Edad: **5**      Edad Gestacional: **6** semanas.  
 Diagnóstico: **7**  
 Núm. de protocolo: **8**      Nombre de protocolo: **9**  
 Médico solicitante: **10**      Clave: **11**      Firma: **12**  
 Servicio solicitante: **13**      Cama: **14**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
305

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN  
DÍA MES AÑO  
OCT 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS DE BIOQUÍMICA" (2430-18)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE
3	ESTUDIOS	LOS ESTUDIOS QUE REQUIERE LA PACIENTE, DE ACUERDO A SUS NECESIDADES Y PADECIMIENTOS.
4	FECHA	LA FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
5	EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
6	EDAD GESTACIONAL	EL TIEMPO DE EMBARAZO QUE TIENE LA PACIENTE EN SEMANAS.
7	DIAGNÓSTICO	LOS PADECIMIENTOS QUE SE DETECTAN EN LA PACIENTE.
8	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO CON EL CUAL SE AUTORIZA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.
9	NOMBRE DEL PROTOCOLO	EL NOMBRE CON EL CUAL SE LLEVARÁ A CABO LA INVESTIGACIÓN.
10	MÉDICO SOLICITANTE	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
11	CLAVE	NÚMERO DE ADSCRIPCIÓN AL INSTITUTO DEL MÉDICO SOLICITANTE.
12	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.
13	SERVICIO SOLICITANTE	NOMBRE DEL SERVICIO AL QUE PERTENECE EL MÉDICO SOLICITANTE.
14	CAMA	NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA LA PACIENTE, EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADA



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION DE INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
DEPTO. DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL

## MICROBIOLOGIA

Nombre: ①

Registro: ②

- |                                                               |                                                              |                                                            |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 2201 <input type="checkbox"/> Hemocultivo                     | 2218 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción de Herida   | 2235 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Líq. Peritoneal |
| 2202 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Cefalorraquideo   | 2219 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspiración Celulitis  | 2236 <input type="checkbox"/> Tinción Baar B/ Endometrio   |
| 2203 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasal          | 2220 <input type="checkbox"/> Cult. P/Asp. de Tej. Blandos   | 2237 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Biopsia Trompas |
| 2204 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Nasofaringeo   | 2221 <input type="checkbox"/> Cult. de Absc. Intraabdominal  | 2238 <input type="checkbox"/> Tinción Baar Tejidos Blandos |
| 2205 <input type="checkbox"/> Cult. Faringeo                  | 2222 <input type="checkbox"/> Cult. de Absceso Hepático      | 2239 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Fresco             |
| 2206 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Otica ③      | 2223 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. de Articulación | 2240 <input type="checkbox"/> C.P.S. en Concentrado        |
| 2207 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Conjuntival  | 2224 <input type="checkbox"/> Cult. de Secr. Ureteral        | 2241 <input type="checkbox"/> Cucharilla Rectal            |
| 2208 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Bronquial     | 2225 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Hígado     | 2242 <input type="checkbox"/> Frotis en Fresco             |
| 2209 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. Pleural           | 2226 <input type="checkbox"/> Cult. de Biopsia de Pulmón     | 2243 <input type="checkbox"/> Frotis de Gram               |
| 2210 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Gástrico      | 2227 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Espudo        | 2244 <input type="checkbox"/> Sangre Oculta en Heces       |
| 2211 <input type="checkbox"/> Cult. de Aspirado Duodenal      | 2228 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en Orina         | 2245 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Ureaplasma        |
| 2212 <input type="checkbox"/> Coprocultivo                    | 2229 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en L. Peritoneal | 2246 <input type="checkbox"/> Cult. Esp. Listeria          |
| 2213 <input type="checkbox"/> Urocultivo                      | 2230 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Endometrio  | 2247 <input type="checkbox"/> Coagulación                  |
| 2214 <input type="checkbox"/> Espermocultivo                  | 2231 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en B/Trompas     | 2248 <input type="checkbox"/> Cult. de Punta de Catéter    |
| 2215 <input type="checkbox"/> Cult. de Exudado Cervicovaginal | 2232 <input type="checkbox"/> Cult. de Baar en T/Ganglionar  | 2249 <input type="checkbox"/> Cult. de Secreción Umbilical |
| 2216 <input type="checkbox"/> Cult. de Cavidad Uterina        | 2233 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Espudo    |                                                            |
| 2217 <input type="checkbox"/> Cult. de Líq. de Ascitis        | 2234 <input type="checkbox"/> Tinción para Baar en Orina     |                                                            |

Fecha: ④      Edad: ⑤      Edad Gestacional: ⑥ semanas      Diagnóstico: ⑦

Núm. de protocolo: ⑧      Nombre de protocolo: ⑨

Médico solicitante: ⑩      Clave: ⑪      Firma: ⑫

Servicio solicitante: ⑬      Cama: ⑭





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
307

FECHA AUT.

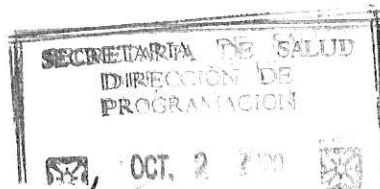
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS DE MICROBIOLOGIA" (2430-05)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PACIENTE.
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE.
3		LOS ESTUDIOS, QUE DEPENDIENDO DE LA VALORACIÓN SE REALIZARÁN A LA PACIENTE.
4	FECHA	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD
5	EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
6	EDAD GESTACIONAL	EL TIEMPO EN SEMANAS QUE TIENE LA PACIENTE DE EMBARAZO.
7	DIAGNÓSTICO	LOS PADECIMIENTOS QUE PRESENTA LA PACIENTE.
8	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO CON EL CUAL SE AUTORIZA EL PROTOCOLO.
9	NOMBRE DE PROTOCOLO	EL NOMBRE CON EL CUAL SE LLEVA A CABO LA INVESTIGACIÓN.
10	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE Y APELLIDOS DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
11	CLAVE	EL NÚMERO DE ADSCRIPCIÓN AL INSTITUTO DEL MÉDICO SOLICITANTE.
12	SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL SERVICIO O ÁREA QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
13	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA LA PACIENTE, EN CASO ESTAR HOSPITALIZADA.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION DE INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
DEPTO. DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL

### INMUNOLOGIA

Nombre: ①

Registro: ②

- |                                                                 |                                                              |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 2101 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Humana (Cualit.) | 2116 <input type="checkbox"/> Antic. Antinucleoproteínas     | 2132 <input type="checkbox"/> Inmunolectroforesis                   |
| 2102 <input type="checkbox"/> Gonad. Coriónica Humana (Cuanti.) | 2117 <input type="checkbox"/> Antígeno de Sup. de Hepatitis  | 2133 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cualitativo)                |
| 2103 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgG               | 2118 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Contra V.I.H.      | 2134 <input type="checkbox"/> Virus Sinsicial Respiratorio          |
| 2104 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgM               | 2119 <input type="checkbox"/> Antic. Contra VIH (Confirmat.) | 2135 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgM        |
| 2105 <input type="checkbox"/> Inmunoglobulina IgA               | 2120 <input type="checkbox"/> Huddlesson                     | 2136 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Ags HB                  |
| 2106 <input type="checkbox"/> Fraccion 4 del Complemento        | 2121 <input type="checkbox"/> Chlamydia                      | 2137 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis A IgM   |
| 2107 <input type="checkbox"/> Fraccion 3 del Complemento        | 2122 <input type="checkbox"/> Proteina C Reactiva            | 2138 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Hepatitis C       |
| 2108 <input type="checkbox"/> Factor Reumatoide                 | 2124 <input type="checkbox"/> Widal O                        | 2139 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Delta             |
| 2109 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Antitoxoplasma IgG    | 2125 <input type="checkbox"/> Widal H                        | 2140 <input type="checkbox"/> Antígeno E Hepatitis B                |
| 2110 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antitoxoplasma IgM      | 2126 <input type="checkbox"/> Paratífico A                   | 2141 <input type="checkbox"/> Antic. Vs Core de la Hepatitis B      |
| 2111 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgG         | 2127 <input type="checkbox"/> Paratífico B                   | 2142 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Parvovirus B 19         |
| 2112 <input type="checkbox"/> Anticuer. Antirubeola IgM         | 2128 <input type="checkbox"/> Weil Felix O                   | 2143 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Virus Epstein Baar      |
| 2113 <input type="checkbox"/> Antic. Anticitomegalovirus IgG    | 2129 <input type="checkbox"/> Antiestreptolisinas            | 2144 <input type="checkbox"/> FTA ABS                               |
| 2114 <input type="checkbox"/> V.D.R.L. (Cuantitativo)           | 2130 <input type="checkbox"/> Determinacion de Proteínas     | 2145 <input type="checkbox"/> Antic. Contra Herpes IgM              |
| 2115 <input type="checkbox"/> Anticuerpos Anti D.N.A.           | 2131 <input type="checkbox"/> Electroforesis de Proteínas    | 2146 <input type="checkbox"/> Cult. de Virus Sinsicial Respiratorio |

Fecha: ④ \_\_\_\_\_ Edad: ⑤ \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: ⑥ \_\_\_\_\_ semanas.

Diagnóstico: ⑦ \_\_\_\_\_ Tipo de estudio: Rutina  ⑧ Especial

Fecha probable de contacto: ⑨ \_\_\_\_\_ Sueros Pareados: Sí  ⑩ No

Núm. de protocolo: ⑪ \_\_\_\_\_ Nombre de Protocolo: ⑫ \_\_\_\_\_

Médico solicitante: ⑬ \_\_\_\_\_ Clave: ⑭ \_\_\_\_\_ Firma: ⑮ \_\_\_\_\_

Servicio solicitante: ⑯ \_\_\_\_\_ Cama: ⑰ \_\_\_\_\_



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
309

FECHA AUT  
SECRETARIA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
PROGRAMACION  
OCT. 2 2000

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"INMUNOLOGIA: SOLICITUD DE ESTUDIO" (2430-21)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE SE LE ASIGNA AL PACIENTE.
3	ESTUDIOS	LOS ESTUDIOS QUE REQUIERE EL PACIENTE.
4	FECHA	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
5	EDAD	LA EDAD DEL PACIENTE.
6	EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS DE EMBARAZO.
7	DIAGNÓSTICO	EL PADECIMIENTO DETECTADOS EN LA PACIENTE.
8	TIPO DE ESTUDIO	SE ESPECIFICARÁ SI SE TRATA DE UN ESTUDIO ESPECIAL O RUTINARIO.
9	FECHA PROBABLE DE CONTACTO	LA FECHA EN QUE PROBABLEMENTE SE CONTAGIO LA PACIENTE.
10	SUEROS PAREADOS	SI SE TOMARON LAS DOS MUESTRAS A LA PACIENTE PARA LLEVAR A CABO LA PRUEBA DE SUERO PAREADO.
11	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO CON EL CUAL SE AUTORIZA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.
12	NOMBRE DEL PROTOCOLO	EL NOMBRE DE LA INVESTIGACIÓN QUE SE REALIZARÁ.
13	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
310

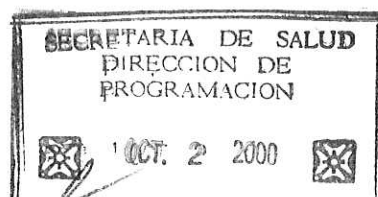
FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA	DIA	MESE	AÑO	ESTAD
DIRECCION DE				
PROGRAMACION				
	OCT.	2	2000	

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"INMUNOLOGIA: SOLICITUD DE ESTUDIO" (2430-21)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
14	CLAVE	EL NÚMERO DE ADSCRIPCIÓN EN EL INSTITUTO DEL MÉDICO.
15	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO.
16	SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL SERVICIO EN QUE SE ATIENDE A LA PACIENTE.
17	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA, EN CASO DE QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRE HOSPITALIZADA.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION MEDICA  
SUBD. DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO  
DEPTO. DE LABORATORIO CENTRAL

**BANCO DE SANGRE**

3

Nombre: (1)

Registro: (2)

- |                                                       |     |                                                     |                                                          |
|-------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 2701 <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo         | (3) | 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 Hemocompatibil. |
| 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             |                                                          |

Fecha: (4) \_\_\_\_\_ Edad: (5) \_\_\_\_\_ Edad Gestacional: (6) \_\_\_\_\_ semanas.

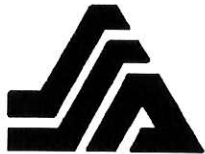
Diagnóstico: (7) \_\_\_\_\_ Gestas: (8) \_\_\_\_\_ Paras: (9) \_\_\_\_\_

Cesáreas: (10) \_\_\_\_\_ Aborto: (11) \_\_\_\_\_ Seguimiento Rhogam: Sí  (12) No

Núm. de protocolo: (13) \_\_\_\_\_ Nombre del protocolo: (14) \_\_\_\_\_

Médico solicitante: (15) \_\_\_\_\_ Clave: (16) \_\_\_\_\_ Firma: (17) \_\_\_\_\_

Servicio solicitante: (18) \_\_\_\_\_ Cama: (19) \_\_\_\_\_



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
312

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS BANCO DE SANGRE" (2430-15)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	EL NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PACIENTE.
2	REGISTRO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DEL PACIENTE.
3		LOS ESTUDIOS QUE SE REALIZARÁN A LA PACIENTE.
4	FECHA	DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD.
5	EDAD	EDAD DE LA PACIENTE
6	EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS QUE TIENE DE EMBARAZO LA PACIENTE.
7	DIAGNÓSTICO	LOS PADECIMIENTOS QUE PRESENTA LA PACIENTE, DE ACUERDO A LA VALORACIÓN.
8	GESTAS	EL NÚMERO DE GESTACIONES QUE HA TENIDO LA PACIENTE.
9	PARAS	EL NÚMERO TOTAL DE HIJOS VIVOS QUE TIENE LA PACIENTE DE SUS GESTACIONES.
10	CESÁREAS	EL NÚMERO DE CESÁREAS QUE SE HAN PRACTICADO A LA PACIENTE.
11	ABORTO	EL NÚMERO TOTAL DE ABORTOS QUE SE HAN PRESENTADO EN LA PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
313

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE ESTUDIOS BANCO DE SANGRE" (2430-15)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
12	SEGUIMIENTO RHOGAM	SI MANTIENE EN OBSERVACIÓN A LA PACIENTE PARA ESTUDIAR LAS REACCIONES DE LA TÉCNICA O VACUNA RHOGAM.
13	NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NÚMERO CON EL QUE SE AUTORIZA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.
14	NOMBRE DEL PROTOCOLO	EL NOMBRE CON EL QUE SE LLEVA A CABO LA INVESTIGACIÓN.
15	MÉDICO SOLICITANTE	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
16	CLAVE	EL NÚMERO DE ADSCRIPCIÓN AL INSTITUTO DEL MÉDICO SOLICITANTE.
17	FIRMA	LA FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.
18	SERVICIO SOLICITANTE	NOMBRE DEL SERVICIO QUE SOLICITA LOS ESTUDIOS.
19	CAMA	EL NÚMERO DE CAMA EN QUE SE ENCUENTRA LA PACIENTE, EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADA.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA

314

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE REGISTRO Y CONTROL

FECHA AUT. SALUD		
DÍA	MES	AÑO
02	OCT	2000

20.-PROCEDIMIENTO PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO A PACIENTES



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA

315

SECRETARÍA DE SALUD  
DIRECCIÓN DE  
FECHA AUSE  
POR DÍA MES AÑO

OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

ASIGNAR AL USUARIO DE LOS SERVICIOS QUE PROPORCIONA LA INSTITUCIÓN, EL NIVEL SOCIOECONÓMICO PARA EL PAGO DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN QUE CORRESPONDA A SU SITUACIÓN ECONÓMICA PREVALECIENTE.





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

317

AREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

PROCEDIMIENTO: 20.- PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO A PACIENTES.

SECRETARÍA DE SALUD	FECHA AUT. SALUD	
DÍA	MES	AÑO
	OCT. 2	2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y TRABAJO SOCIAL PARA QUE ASIGNE NIVEL SOCIOECONÓMICO A LAS PÁCIENTES.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y/O DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	2	REQUISITA FORMATO (2240-01) DE ACEPTACIÓN Y TURNA AL PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA LA APERTURA DEL EXPEDIENTE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	3	RECIBE A LA PACIENTE Y ENTREGA FORMATO (2240-20) DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL MÉDICO QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN DE LA PACIENTE.
	4	EFFECTÚA LA ENTREVISTA Y REQUISITA ESTUDIO SOCIOECONÓMICO FORMATO (2520-18) A LA PACIENTE Y CAPTURA LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA DE COMPUTO
	5	INFORMA A LA PACIENTE SOBRE LA CLASIFICACIÓN ASIGNADA Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS QUE DEBE REALIZAR.
	6	ELABORA Y ENTREGA EL CARNET DE CONSULTA FORMATO (2240-18) AL PACIENTE Y ENVÍA A CAJA PARA QUE REALICE EL PAGO CORRESPONDIENTE Y A CONSULTA EXTERNA PARA SU CITA SUBSECUENTE Y ELABORACIÓN DE PLACA ADESOGRÁFA.
	7	ELABORÁ INFORME MENSUAL EN ORIGINAL Y TRES COPIAS DE LAS PACIENTES QUE SE LES ASIGNO NIVEL SOCIOECONÓMICO: ORIGINAL-DIRECCIÓN GENERAL, 1ª-COPIA- DIRECCIÓN MÉDICA, 2ª.COPIA-SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES, 3ª.COPIA-CONSECUTIVO ARCHIVO.
		TERMINA PROCEDIMIENTO

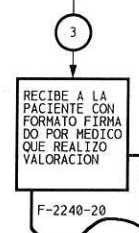
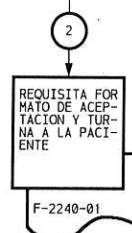
AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES

PROCEDIMIENTO: 20.-PARA LA ASIGNACION DE NIVEL SOCIOECONOMICO A PACIENTES

SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES

DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y/O  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL





SECRET	FECHA	AUSALUD
	DIRECCION DE PROGRAMACION	
	DIA	MES AÑO
	OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
"SOLICITUD DE INTERCONSULTA" (2240-15)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Dependencia	El nombre de la Dependencia o Institución que canaliza al paciente.
2	Servicio	El nombre del Servicio en el que se solicita atención.
3	Fecha	La fecha en que se elabora la solicitud.
4	Servicio que solicita	El nombre del servicio que solicita la atención del paciente.
5	Urgente	Si la atención es con carácter de urgente o no.
6	Médico Solicitante	El nombre completo, clave y firma del médico solicitante.
7	Fecha y Hora	La fecha (día, mes y año) y hora en que se elabora la solicitud de interconsulta.
8	Médico que recibió	El nombre completo, clave y firma del médico que recibe la solicitud.
9	Fecha y Hora	La fecha (día, mes y año) y hora en que recibe la solicitud.









## SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD	FECHA AUT. SALUD
DIAGNÓSTICO	PROGRAMACION
OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO  
"AUTORIZACIÓN DE TRASLADO DE RECIÉN NACIDO" (2300-02)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	DATOS GENERALES	NOMBRE DE LA PACIENTE, EDAD, SEXO, EDAD GESTACIONAL, PESO APGAR, VIA DE NACIMIENTO, NOMBRE DEL SERVICIO, No. DE REGISTRO, CLASIFICACIÓN, FECHA, HORA DE INGRESO AL INPer, CAMA.
2	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	EL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO.
3	DIAGNÓSTICO DE EGRESO	EL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO.
4	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE	EL NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE
5	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE-DE SERVICIO O JEFE DE GUARDIA	EL NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO O JEFE DE GUARDIA.
6	NOMBRE Y FIRMA DEL SUB-DIRECTOR DE NEONATOLOGÍA	EL NOMBRE Y FIRMA DEL SUBDIRECTOR DEL ÁREA.
7	FAMILIAR O PERSONA RESPONSABLE	NOMBRE, PARENTESCO, TELEFONO Y DOMICILIO DEL FAMILIAR O PERSONA RESPONSABLE
8	NOMBRE DEL HOSPITAL DE TRASLADO	EL NOMBRE DEL HOSPITAL O INSTITUCIÓN DE TRASLADO.
9	NOMBRE Y FIRMA	EL NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE, MADRE Y DE DOS TESTIGOS.
10	FECHA	DD/MM/AAAA.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
DIRECCION MEDICA  
SUBDIRECCION DE NEONATOLOGIA

**AUTORIZACION DE TRASLADO DE RECIEN NACIDO**

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Clasificación: \_\_\_\_\_ (1)

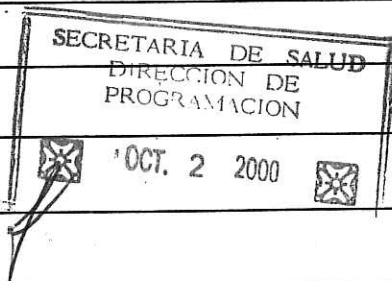
Fecha y hora de ingreso al INPer: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Ingreso:

(2)

Diagnóstico de Egreso:

(3)



(4) \_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Médico  
Responsable

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

(6) \_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Subdirector de Neonatología

**Familiar o persona responsable**

(7) \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Una vez que he sido notificado de los motivos que originan el traslado del paciente, autorizo al Instituto Nacional de Perinatología para que realice los trámites correspondientes a fin de que continúe su atención médica en: (8)

(9) \_\_\_\_\_  
Padre: Nombre y firma

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

\_\_\_\_\_  
Testigo: Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo: Nombre y firma

México D.F., a \_\_\_\_\_ de (10) \_\_\_\_\_ de 199\_\_.

Original: Expediente INPer

Copia: Hospital a referir



## SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
SOLICITUD DE ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO (3150-02)

NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	ESTUDIO SOLICITADO	EN EL NÚMERO CORRESPONDIENTE EL ESTUDIO SOLICITADO.
2	FICHA DE IDENTIDAD	DE LOS APELLIDOS DE LA PACIENTE Y ENTRE PARÉNTESIS HIJO, NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE Y EL DÍGITO CORRESPONDIENTE, FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD, FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ, EDAD DEL BEBÉ, SEXO DEL BEBÉ Y EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE LE DARÁ..
3	DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE	EL O LOS TIPOS DE PADECIMIENTO QUE SE DETECTAN EN EL BEBÉ.
4	MOTIVOS DE RIESGO	DE CON UN CÍRCULO EL O LOS MOTIVOS POR LOS QUE EL MÉDICO SOLICITA EL ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO.
5	DATOS GENERALES	PESO DEL BEBÉ AL NACER, PERÍMETRO CEFÁLICO DEL BEBÉ, RESULTADO DE LA PRUEBA DE APGAR, RESULTADO DE LA MEDICIÓN DE BILIRRUBINAS Y EL NÚMERO DE SEMANA EN QUE NACIÓ EL BEBÉ.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION DE INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA PERINATAL  
LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGIA

## SOLICITUD DE ESTUDIO ELECTROFISIOLOGICO

ESTUDIO SOLICITADO : (1)

1. POLIGRAFIA DEL RECIEN NACIDO \_\_\_\_\_
2. ELECTROENCEFALOGRAFIA INFANTIL \_\_\_\_\_
3. ELECTROENCEFALOGRAFIA DEL ADULTO \_\_\_\_\_

FICHA DE IDENTIDAD : (2)

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

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

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

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

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

TRATAMIENTO : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS DEL PACIENTE : (3)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_

MOTIVOS DE RIESGO : ( Marcar en un círculo ) (4)

1. INFECCION CONGENITA ( TORCH )
2. APGAR < 3 AL MINUTO
3. MALFORMACION CEREBRAL
4. TRAUMA OBSTETRICO
5. PESO < 1500 g AL NACER
6. SEPTICEMIA NEONATAL
7. MENINGITIS
8. ENCEFALOPATIA HIPOXICA
9. HEMORRAGIA CEREBRAL
10. USO DE FORCEPS

11. CRISIS CONVULSIVAS R.N.
12. TRANSTORNOS DE CONDUCTA
13. RETRASO DEL DES. MOTOR
14. RETRASO DEL DES. LENGUAJE
15. EXANGUINOTRANSFUSION
16. HIDROCEFALIA
17. EXPOSICION A ANTIEPILEPTICOS
18. VENTILACION ASISTIDA
19. EPILEPSIA DEL ADULTO
20. APNEA NEONATAL
21. OTRO MOTIVO \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES : ( Solo para pacientes pediátricos ) (5)

PESO AL NACER \_\_\_\_\_

CIFRA MAX. BIL. IND. \_\_\_\_\_

PER. CEFALICO \_\_\_\_\_

EDAD GEST. AL NACER \_\_\_\_\_

APGAR 1/5 MINUTOS \_\_\_\_\_

MEDICO Y SERVICIO SOLICITANTE : \_\_\_\_\_



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA  
325

FECHA AUT.

SUBDIRECCIÓN DE NEONATOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD  
DÍA MES AÑO  
DIRECCIÓN DE  
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO  
SOLICITUD DE ESTUDIO POTENCIALES EVOCADOS (3150-03)

NUMERO	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	ESTUDIO SO- LICITADO	EN EL NÚMERO CORRESPONDIENTE EL ESTUDIO SOLICITADO.
2	FICHA DE IDENTIDAD	DE LOS APELLIDOS DE LA PACIENTE Y ENTRE PARÉNTESIS HIJO, NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE Y EL DÍGITO CORRESPONDIENTE, FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD, FECHA DE NACIMIENTO DEL BEBÉ, EDAD DEL BEBÉ, SEXO DEL BEBÉ, NÚMERO DE SEMANAS DE BEBÉ AL NACER.
3	DIAGNÓSTI- COS DEL PA- CIENTE DES- DE SU NACI- MIENTO.	EL O LOS TIPOS DE PADECIMIENTO (S) DEL BEBÉ DETECTADO (S) DESDE SU NACIMIENTO.
4	MOTIVOS DE RIESGO	DE CON UN CÍRCULO EL O LOS MOTIVOS POR LOS QUE SE SOLICITA EL ESTUDIO DE POTENCIALES EVOCADOS.
5	DATOS GENE- RALES	PESO DEL BEBÉ AL NACER, PERÍMETRO CEFÁLICO DEL BEBÉ, RESULTADO DE LA PRUEBA DE APGAR, MÁXIMO DE BILIRRUBINA, NOMBRE DEL FARMACO USADO, NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA EL ESTUDIO Y VISTO BUENO DEL MÉDICO.



# INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION DE INVESTIGACION  
SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA  
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA  
LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGIA

## SOLICITUD DE ESTUDIO

SECRETARIA DE SALUD  
DIRECCION DE  
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

ESTUDIO SOLICITADO (1) 1.- POTENCIALES EVOCADOS AUDITIVOS \_\_\_\_\_  
2.- POTENCIALES EVOCADOS VISUALES \_\_\_\_\_  
3.- POTENCIALES SOMATO- SENSORIALES \_\_\_\_\_

FICHA DE IDENTIDAD : (2)

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

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

EDAD : \_\_\_\_\_ SEXO : \_\_\_\_\_ EDAD GEST. AL NACER \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICOS DEL PACIENTE DESDE SU NACIMIENTO : (3)

1. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

MOTIVOS DE RIESGO : ( Marcar en un círculo ) (4)

- |                                       |                           |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. INFECCION CONGENITA ( TORCH )      | 11. GENTAMICINA IN UTERO  |
| 2. APGAR < 3 AL MINUTO                | 12. HIPOACUSIA FAMILIAR   |
| 3. ICTERICIA ( FOTOTERAPIA )          | 13. RETRASO DEL LENGUAJE  |
| 4. ICTERICIA ( EXANGUINOTRANSFUSION ) | 14. REFLEJO C - P AUSENTE |
| 5. PESO < 1500 g.                     | 15. OTITIS MEDIA          |
| 6. SEPTICEMIA NEONATAL                | 16. SARAMPION             |
| 7. MANINGITIS                         | 17. PAROTIROIDES          |
| 8. EXPOSICION A FARMACOS              | 18. TRAUMA CRANEAL        |
| 9. HEMORRAGIA CEREBRAL                | 19. VENTILACION ASISTIDA  |
| 10. CIRCULACION FETAL PERSISTENTE     | 20. OTRA _____            |

DATOS GENERALES : (5)

PESO AL NACER \_\_\_\_\_

PER. CEFALICO \_\_\_\_\_

APGAR 1/5 MINUTOS \_\_\_\_\_

MEDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

CIFRA MAX. BILIRRUBINA INDIRECTA \_\_\_\_\_

FARMACO USADO \_\_\_\_\_

FARMACO USADO \_\_\_\_\_

Vo. Bo. \_\_\_\_\_

3750-03





INPer

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

①

SERVICIO

②

R.X.

③

- 1)
- 2)

SECRETARIA DE SALUD  
 DIRECCION DE PROGRAMACION  
 OCT. 2 2000

INDICACIONES:

④

- 1)
- 2)

FECHA:

⑤

AÑO

MES

DIA

MEDICO:

⑥

CLAVE

⑦

2250-20

RECETA INDIVIDUAL





SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA	MES	AÑO
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DE LA FORMA  
RECETA INDIVIDUAL (2250-20)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	RECUADRO BLANCO	LOS DATOS DE LA PACIENTE.
2	SERVICIO	EL NOMBRE DEL SERVICIO.
3	R.X.	EL NOMBRE Y NÚMEROS DE ESTUDIOS DE RAYOS EQUIS.
4	INDICACIONES	LAS INDICACIONES A SEGUIR, NUMERÁNDOLAS.
5	FECHA	LA FECHA CON QUE SE APLICARÁ EL ESTUDIO (AÑO, MES Y DÍA)
6	MÉDICO	SE ANOTARÁ EL NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE.
7	CLAVE	LA CLAVE DEL MÉDICO SOLICITANTE.