

SECRETARIA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL INSTITUTO
NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

VOLUMEN II



SEPTIEMBRE DE 2000



VOLUMEN II

ÍNDICE

	HOJA
21.- RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE PACIENTES	329
22.- EXCENCIÓN DE PAGO	344
23.- OTORGAR MEDICINA PREVENTIVA	356
24.- EVALUACIÓN MÉDICA	367
T 25.- REALIZAR INVESTIGACIÓN MÉDICA	375
T 26.- PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL EN EVENTOS MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS	382
T 27.- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	394
T 28.- CUMPLIMIENTO DE NORMAS ETICAS EN INVESTIGACIÓN Y SERES HUMANOS	426
T 29.- ASISTENCIA A EVENTOS CIENTÍFICOS	459
30.- PLANEACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN A LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO	467
T 31.- DEFINICIÓN DE METAS Y ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN PARA INTEGRAR EL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL	499
T 32.- DIVULGACIÓN DE CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN	505
33.- APOYAR LA CREACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONALES	510
T 34.- IMPULSO A INVESTIGADORES	517
35.- OBTENCIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EXTERNOS PARA INVESTIGACIÓN	523
36.- REALIZAR INTERCONSULTA DE PSICOLOGÍA	533



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

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

ÍNDICE

HOJA

TR	37.- PROCESAR EXÁMENES CLÍNICOS DEL ÁREA DE INFECTOLOGÍA	546
TR	38.- REALIZAR INTERCONSULTA DE INFECTOLOGÍA	557
T	39.- REALIZACIÓN DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS	569
T	40.- OBTENCIÓN, MANTENIMIENTO Y EMPLEO DE ANIMALES EN EL BIOTERIO	583

Dr. M. G.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
329

DIRECCIÓN MÉDICA

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

21.-PROCEDIMIENTO PARA LA RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
DE PACIENTES



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

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROPORCIONAR AL PACIENTE UNA NUEVA CLASIFICACIÓN ECONÓMICA CON BASE EN UN ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y LA VISITA DOMICILIARIA QUE AVALEN SU INSOLVENCIA PARA PAGAR EL SERVICIO MÉDICO PROPORCIONADO POR EL INSTITUTO



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

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN GENERAL O DIRECCIÓN MÉDICA OTORGAR LAS RECLASIFICACIONES.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL LA RECLASIFICACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO SE APLICARÁ DE ACUERDO A LA VALORACIÓN, TOMANDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:
 - A)-TRATAMIENTO COSTOSO.- CUANDO EL NIVEL 1 REBASE 3 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES VIGENTES, EL SALDO TOTAL QUE GENERO LA ESTANCIA DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y HASTA 4 SALARIOS MÍNIMOS MENSUALES VIGENTES PARA EL NIVEL 2.
 - B)-TRATAMIENTO PROLONGADO-CUANDO LOS PACIENTES REBASAN EL PROMEDIO GENERAL DE DÍAS DE ESTANCIA ESPECÍFICO DE CADA INSTITUTO.
 - C)-CUANDO EL PACIENTE DURANTE UN AÑO HA TENIDO 2 O MAS REINGRESOS Y TIENE ADEUDOS POR INSOLVENCIA ECONÓMICA EN EL INSTITUTO.
 - D)-CUANDO LA PROBLEMÁTICA SOCIOECONÓMICA DEL PACIENTE ESTE INTERFIRIENDO EN LA CONTINUIDAD DE SU TRATAMIENTO MÉDICO.
 - E)-CUANDO EL PACIENTE COMPRUEBA MEDIANTE DOCUMENTOS OFICIALES QUE EXISTIDO UN CAMBIO RELEVANTE EN SU SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA QUE AMERITE SER REVALORADO COMO: DESEMPLEO, GASTOS POR ENFERMEDAD O DEFUNCIÓN DE ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.
 - F)CUANDO EL PACIENTE HAYA SIDO DADO DE ALTA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.
 - G)CUANDO LA DIRECCIÓN GENERAL O LA DIRECCIÓN MÉDICA GIREN INSTRUCCIONES DE RECLASIFICAR EL CASO Y SE ENVÍE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EL OFICIO AUTORIZADO.
- LA RECLASIFICACIÓN DE PACIENTES RESIDENTES EN EL DISTRITO FEDERAL Y ZONA CONURBADA SE HARÁ PREVIA VISITA DOMICILIARIA.



POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL (EN EL CASO DE LOS PACIENTES FORANEOS) ESTABLECER COORDINACIÓN CON EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA O PRESIDENCIA MUNICIPAL A FIN DE QUE ENVÍE UN REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL A TRAVÉS DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA MODIFICAR EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS PACIENTES INSOLVENTES ÚNICAMENTE PARA ESTUDIOS ESPECIALES CON AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
333

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

PROCEDIMIENTO: 21.-RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE PACIENTES



UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL ESTABLECER LA RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	2	SOLICITA AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA AGENDA DIARIA E PACIENTES CITADAS POR ÉL Y SOLICITA EXPEDIENTES AL ARCHIVO CLÍNICO, DE LA PACIENTE QUE SOLICITA LA RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA Y/O ARCHIVO CLÍNICO	3	ENTREGA AGENDA DIARIA DE PACIENTES, Y LOCALIZA LOS EXPEDIENTES SOLICITADOS Y ENVÍA AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	4	RECIBE AGENDA DIARIA Y EXPEDIENTES DE LAS PACIENTES, Y VERIFICA EXISTENCIA Y VIGENCIA DEL ESTUDIO SOCIAL INICIAL.
PACIENTE Y/O FAMILIAR	7	RECIBE A LA PACIENTE Y/O FAMILIAR LO ENTREVISTA Y REQUIERE SOLICITUD DE RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA FORMATO (2520-04) ¿PROCEDE? NO: SE EXPLICA LA RAZÓN POR LA QUE NO SE AUTORIZA Y MANTIENE EL MISMO NIVEL EL PACIENTE. TERMINA PROCEDIMIENTO SI: INFORMA QUE SE LE OTORGARÁ RECLASIFICACIÓN.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
334

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

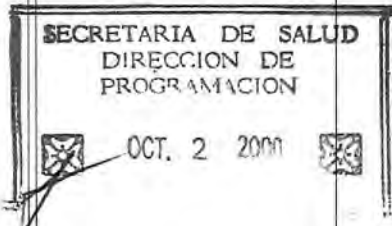
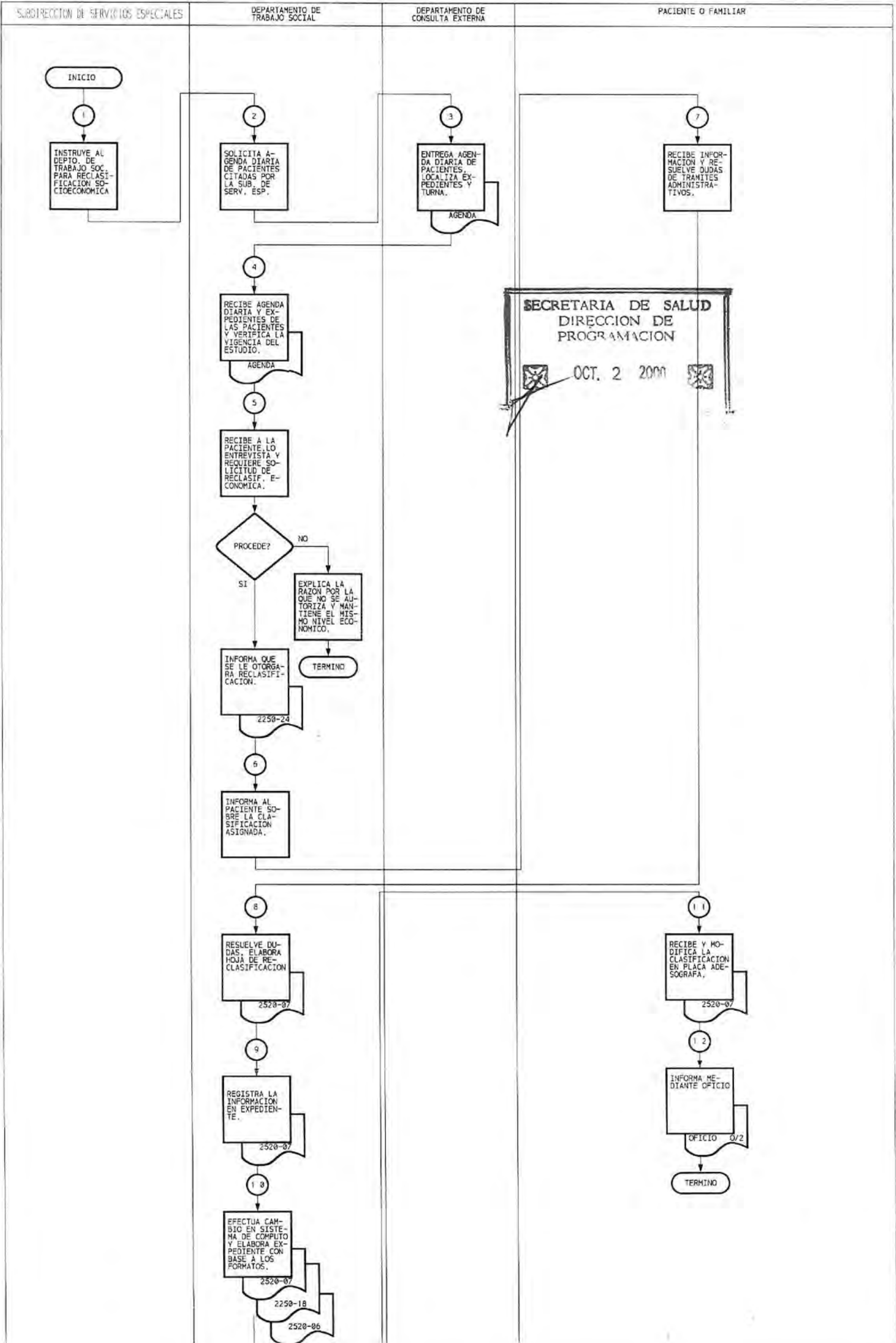
PROCEDIMIENTO: 21.-RECLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE PACIENTES

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	8	RESUELVE DUDAS, ELABORA HOJA DE RECLASIFICACIÓN FORMATO (2520-07) EN ORIGINAL Y UNA COPIA, Y RECABA FIRMAS CORRESPONDIENTES DE LA DIRECCIÓN MÉDICA Y DECIDE. NO: INDICA CORRECCIONES REGRESA A LA ACTIVIDAD NUMERO 7 SI: FIRMA DE AUTORIZACIÓN.
	9	REGISTRA LA INFORMACIÓN EN EXPEDIENTE, ANEXANDO INFORME DIARIO, HOJA DE VERIFICACIÓN, FORMATO (2520-06).
	10	EFECTÚA CAMBIO EN SISTEMA DE CÓMPUTO, ELABORÁ EXPEDIENTE CON LA HOJA DE RECLASIFICACIÓN FORMATO (2520-07), ESTUDIO SOCIAL INICIAL FORMATO (2520-18) Y HOJA DE VERIFICACIÓN FORMATO (2520-06) EN ORIGINAL Y UNA COPIA ORIGINALES PARA ARCHIVO CLÍNICO 1ª- COPIA A LA SUPERVISORA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA SU CONOCIMIENTO Y ARCHIVO.
	11	RECIBE Y MODIFICA LA CLASIFICACIÓN EN PLACA ADESÓGRAFA Y CARÁTULA DE EXPEDIENTE CLÍNICO, ELABORÁ CARNET NUEVO FORMATO (2440-18).
	12	INFORMA MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y DOS COPIAS ORIGINAL.- SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES, 1ª. COPIA.- ARCHIVO CLÍNICO Y 2ª. COPIA.- DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA (ARCHIVO CLÍNICO)		TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES

PROCEDIMIENTO : 27.- RECLASIFICACION SOCIOECONOMICA DE PACIENTES



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: _____

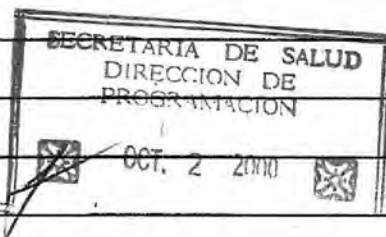
⑤

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	DÍA	MES AÑO
DIRECCIÓN DE	PROGRAMACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/>	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.



INSTITUTO
NACIONAL DE
PERINATOLOGIA

DIRECCION MEDICA
SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
RECLASIFICACION

FECHA _____ ¹

NUMERO _____ ²

NOMBRE _____ ³ REGISTRO _____ ⁴

RECLASIFICACION DE _____ ⁵ A _____

S E R V I C I O

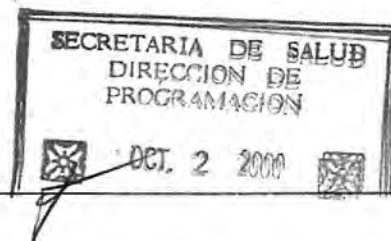
CONSULTA EXTERNA ⁶ HOSPITALIZACION URGENCIAS

M O T I V O

VIGENCIA ⁷

VERIFICACION DE
INFORMACION

ESPECIAL



TRABAJO SOCIAL

Vo.Bo.

⁸
NOMBRE Y FIRMA

⁹
NOMBRE Y FIRMA



SECRETARÍA DE SALUD	FECHA AUT. SALUD		
	DÍA	MES	AÑO
			2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"RECLASIFICACIÓN" (2520-07)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 FECHA	LA FECHA (DD/MM/AAAA).
2 NÚMERO	EL NÚMERO QUE SE LE ASIGNE EN SU CARNET.
3 NOMBRE	EL NOMBRE DE LA PACIENTE..
4 REGISTRO	EL NÚMERO DE REGISTRO DE SU CARNET.
5 RECLASIFICACIÓN	LA RECLASIFICACIÓN QUE SE QUIERE CAMBIAR.
6 SERVICIO	EL SERVICIO CON UNA "X" (CONSULTA EXTERNA, HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS).
7 MOTIVO	EL MOTIVO DE LA RECLASIFICACIÓN (VIGENCIA, VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN Y ESPECIAL).
8 TRABAJO SOCIAL	EL NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE Ó TRABAJADORA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
9 Vo. Bo.	EL VISTO BUENO, NOMBRE Y FIRMA DE LA SUPERVISORA Ó SUBDIRECTOR DEL ÁREA.



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

" REGISTRO Y VERIFICACION DE DOCUMENTOS "

NOMBRE: (1) _____ REGISTRO: (2) _____
FECHA: (3) _____

(4) DOCUMENTOS PRESENTADOS

- ACTA DE NACIMIENTO
- VIGENCIA IMSS, ISSSTE U OTROS
- COMPROBANTE DOMICILIO
- COMPROBANTE EMPLEO
- ESTUDIO SOCIOECONOMICO
- IDENTIFICACION PERSONAL
- OTROS



(5) OBSERVACIONES

Blank lines for recording observations.

NOS PERMITIMOS INFORMARLE QUE DICHOS DOCUMENTOS DEBERA CONSERVALOS YA QUE PUEDEN SER REQUERIDOS EN CUALQUIER OTRA OCASION DURANTE SU ATENCION EN EL INSTITUTO.

(6) _____
FIRMA DE CONFORMIDAD

(7) _____
TRABAJADORA SOCIAL



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS" (2520-06)

.No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	NOMBRE DE LA PACIENTE
2	REGISTRO	NÚMERO DE REGISTRO DE LA PACIENTE
3	FECHA	DIA. MES AÑO DEL TRAMITE.
4	DOC. PRESENTADOS	MARCAR DOCUMENTOS ENTREGADOS.
5	OBSERVACIONES	ALGUNA OBSERVACIÓN ACERCA DE DOCUMENTOS.
6	FIRMA	FIRMA DE CONFORMIDAD DE LA PACIENTE .
7	TRABAJADORA SOCIAL	NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

SECRETARIA DE SALUD
 DIRECCION DE PROGRAMACION
 OCT. 2 2000

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 esta 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



SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN
FECHA AUT
DÍA MES AÑO DE
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 QUE ATENDIO A LA PACIENTE.
3	FECHA	LA FECHA, (DÍA, 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.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

344

FECHA AUT.

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

22.- PROCEDIMIENTO PARA LA EXENCIÓN DE PAGO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
345

DIRECCIÓN MÉDICA

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

OBJETIVO ESPECÍFICO

ELABORAR ESTUDIO SOCIOECONÓMICO Y VISITA DOMICILIARÍA A LOS PACIENTES PARA DETERMINAR INSOLVENCIA ECONÓMICA Y PODER RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EXENTA DE PAGO.



DIRECCIÓN MÉDICA

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- EL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL EN BASE AL CATÁLOGO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DETERMINARÁ LA TARIFA A PAGAR DE TAL MODO QUE LOS USUARIOS CON MEJOR SITUACIÓN ECONÓMICA APORTEN UNA CANTIDAD MAYOR QUE AQUELLOS QUE NO LA TIENEN.
- LAS CUOTAS DE RECUPERACIÓN SE EXPRESAN EN PESOS SIN DECIMALES.
- LOS CATÁLOGOS DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN INCLUIRÁN SIETE NIVELES PARA LA CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN USUARIA, INCLUYENDO EL DE EXENTOS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL REALIZAR EL TRAMITE DE LA EXENCIÓN DE PAGO Y TURNAR A LA DIRECCIÓN GENERAL PARA SU AUTORIZACIÓN, QUEDARÁ RESTRINGIDA A LA POBLACIÓN CUYA EVALUACIÓN DE LOS 5 INDICADORES DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO ARROJE UN PUNTAJE MENOR DE 12 Y SOLAMENTE PODRÁ SER AUTORIZADA POR EL DIRECTOR GENERAL Y/O EL DIRECTOR MÉDICO PREVIA SOLICITUD DE DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL Y, EN SU CASO, POR INDICACIÓN DIRECTA DE LA DIRECCIÓN GENERAL Y/O LA DIRECCIÓN MÉDICA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL INFORMAR MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN LAS PACIENTES QUE ESTÁN INCLUIDAS DENTRO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN Y QUE TENDRÁN DERECHO A LA EXENCIÓN DE PAGO, PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN MÉDICA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL QUE LOS CASOS CALIFICADOS COMO DE PROTECCIÓN INSTITUCIONAL ÚNICAMENTE PROCEDERÁ LA EXENCIÓN CUANDO SEA SOLICITADO EXPRESAMENTE POR EL ORGANISMO REMITENTE O EL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO INFORME UN NIVEL DE INGRESO FAMILIAR MENSUAL MENOR A UN SALARIO MÍNIMO Y SEA AUTORIZADA POR EL DIRECTOR GENERAL Y/O DIRECTOR MÉDICO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

347

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN MÉDICA

OCT. 2 2002

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL QUE LOS USUARIOS EXTERNOS DE OTROS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, CALIFICADOS COMO EXENTOS DEBERÁN PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN SIGUIENTE: OFICIO DE SOLICITUD, ESTUDIO SOCIOECONÓMICO, SOLICITUD DE ESTUDIO Y/O SERVICIO QUE REQUIERE Y CARNET CON REGISTRO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO ASIGNADO POR INSTITUCIÓN QUE LO REFIERE.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL LA CAPTURA DE INFORMACIÓN PARA LA APERTURA DE EXPEDIENTE SE REALIZARÁ MEDIANTE EL SISTEMA DE CÓMPUTO DEL INSTITUTO, CUANDO EXCEPCIONALMENTE ÉSTE NO PUEDA UTILIZARSE, LA CAPTURA SE REALIZARÁ EN FORMA MANUAL, DEBIENDO INTEGRARSE AL SISTEMA A LA BREVEDAD POSIBLE.
- LAS ÁREAS PRESTADORAS DE SERVICIO INFORMARÁN AL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA DE LA EXENCIÓN DE PAGO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

348

AREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

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

PROCEDIMIENTO :22.- PARA EXENCIÓN DE PAGO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA QUE PROPORCIONE EXENCIÓN DE PAGO A LOS PACIENTES QUE NO PUEDAN REALIZAR LOS PAGOS CORRESPONDIENTES POR ALGÚN SEVICIO BRINDADO POR EL INSTITUTO.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	2	ENVÍA A LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL PARA SOLICITAR EXENCIÓN DE PAGO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CON EL FORMATO DE ACEPTACIÓN (2240-01) Y FORMATO DE VALORACIÓN (2240-20).
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	3	RECIBE A LA PACIENTE CON LA FICHA DE VALORACIÓN FORMATO (2240-20) Y FORMATO DE ACEPTACIÓN (2240-01) DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL MÉDICO QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN.
	4	REALIZA LA ENTREVISTA Y/O RECIBE SOLICITUD EXTRA INSTITUCIONAL (REFERIDOS DE OTROS INSTITUTOS DE SALUD) AUTORIZADA POR LA DIRECCIÓN GENERAL PARA LA ASIGNACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO, CAPTURANDO LA INFORMACIÓN EN EL SISTEMA DE CÓMPUTO DEL INSTITUTO.
	5	COMENTA CASO CON SUPERVISIÓN Y/O JEFATURA, ELABORÁ AUTORIZACIÓN DE NIVEL "1X" FORMATO (2520-20)Y ENVÍA A LA DIRECCIÓN MÉDICA PARA SU AUTORIZACIÓN



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA 349

AREA RESPONSABLE: DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

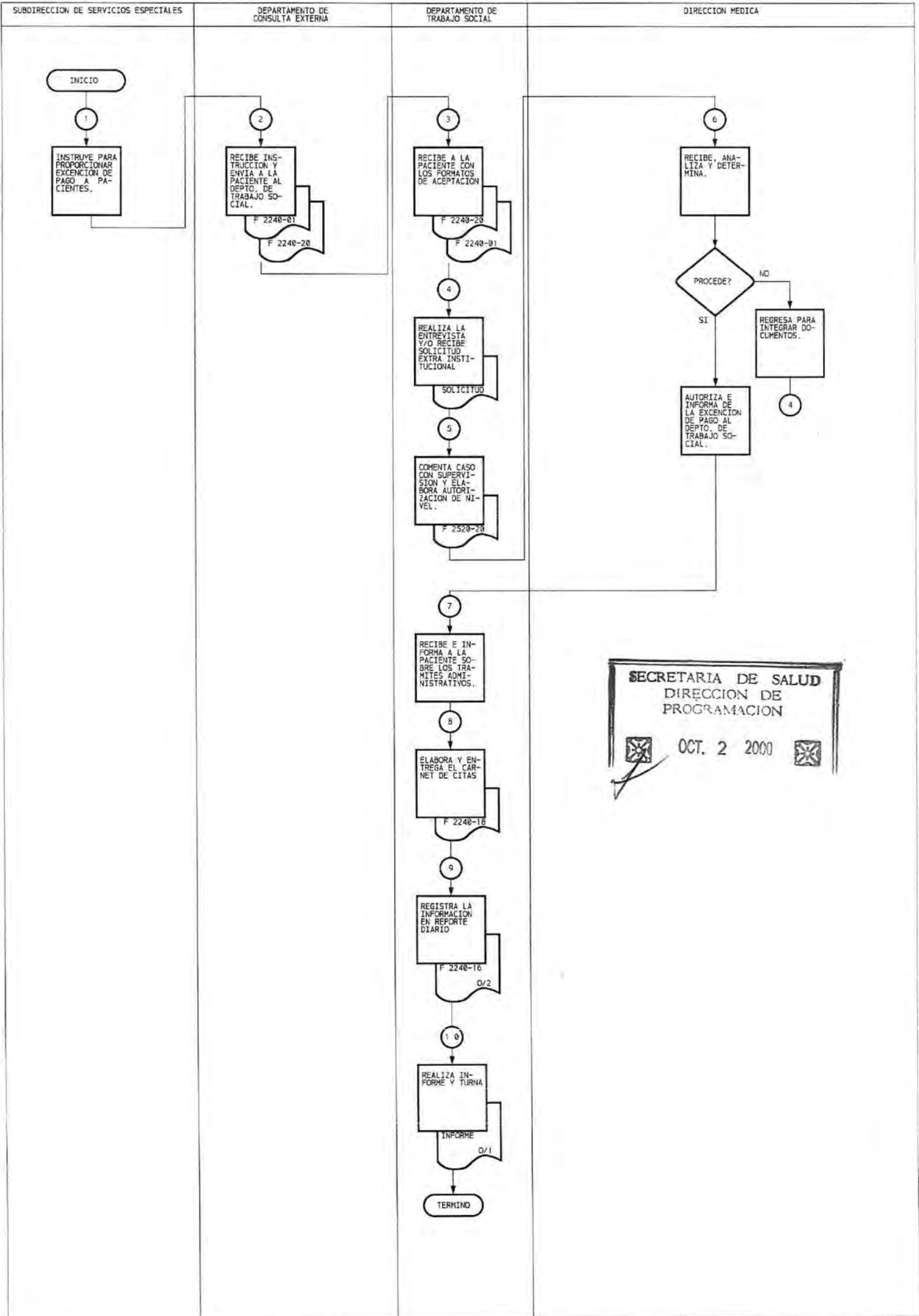
SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE TRÁMITE		
FECHA AUT. DE		
DÍA: MES: AÑO:		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000

PROCEDIMIENTO :22.- PARA EXENCIÓN DE PAGO

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	6	<p>RECIBE, ANALIZA Y DETERMINA:</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: REGRESA PARA INTEGRAR DOCUMENTOS (ACTIVIDAD No. 4).</p> <p>SI: AUTORIZA, INFORMA DE LA EXENCIÓN DE PAGO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.</p>
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	7	RECIBE E INFORMA A LA PACIENTE SOBRE LA EXENCIÓN Y TRÁMITES ADMINISTRATIVOS QUE DEBEN DE REALIZAR.
	8	ELABORA Y ENTREGA EL CARNET DE CITAS FORMATO (2240-18).
	9	REGISTRA LA INFORMACIÓN EN EL REPORTE DIARIO FORMATO (2240-16) EN ORIGINAL Y DOS COPIAS, ORIGINAL CONSULTA EXTERNA PARA CITAS SUBSECUENTES 1ª. COPIA ARCHIVO, 2ª.COPIA-PACIENTE.
	10	REALIZA INFORME EN ORIGINAL Y COPIA: ORIGINAL PARA LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES PARA LLEVAR EL CONTROL DE SOLICITUDES DE EXENCIÓN DE PAGO, COPIA PARA ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.
		TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 22. EXENCION DE PAGO



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE PROGRAMACION


OCT. 2 2000

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION

OCT. 2 2000




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



INPer

ES INDISPENSABLE SU PRESENTACION PARA LA
VALORACION MEDICA



2240-20

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



FECHA AUT
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
DIA MES AÑO
OCT 2 2008

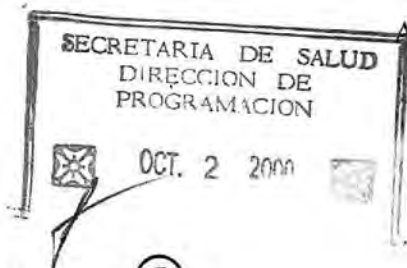
INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

“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
SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



AUTORIZACION NIVEL 1x

Nº. FOLIO: ① _____

FECHA: ② _____

NOMBRE: ③ _____ REGISTRO: ④ _____

SERVICIO: ⑤ _____ FECHA APERTURA EXP. ⑥ _____

OBSERVACIONES: ⑦ _____

SOLICITA AUTORIZACION

AUTORIZACION

⑧

JEFE DEPTO. TRABAJO SOCIAL

⑨

DIRECTOR GENERAL INPER.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"AUTORIZACIÓN NIVEL 1X" (2520-20)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARA
1	No. DE FOLIO	NÚMERO ASIGNADO POR EL INSTITUTO.
2	FECHA	DIA, MES AÑO DEL TRAMITE.
3	NOMBRE	NOMBRE DEL PACIENTE.
4	REGISTRO	REGISTRO CONSECUTIVO.
5	SERVICIO	SEVICIO EN EL QUE VA A SER ATENDIDA.
6	FECHA APERTURA EXPEDIENTE	DÍA EN QUE SE INTEGRA EXPEDIENTE.
7	OBSERVACIONES	ALGUNA ANOTACIÓN SOBRE LA PACIENTE
8	SOLICITA AUT.	NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL.
9	AUTORIZACIÓN	FIRMA DEL DIRECTOR GENERAL.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
356

DIRECCIÓN MÉDICA

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

23.- PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR MEDICINA PREVENTIVA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
357

DIRECCIÓN MÉDICA

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

OBJETIVO ESPECÍFICO

BRINDAR A LAS PACIENTES Y PERSONAL OPERATIVO DEL INSTITUTO EN ÁREAS DE ALTO RIESGO LA MEDICINA PREVENTIVA NECESARIA PARA PREVENIR SITUACIONES QUE PUDIERAN PONER EN RIESGO SU SALUD.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA		
358		
SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN AUT. DE		
DIRECCIÓN DE		
DÍAS		
MES		
AÑO		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT, 2	2000
<input checked="" type="checkbox"/>		

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, APLICAR LA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA A TODOS LOS RECIÉN NACIDOS SANOS EN EL INSTITUTO.
- SERÁ APLICADA POR EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA LA VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA A TODOS LOS PACIENTES DE SEGUIMIENTO PEDIÁTRICO, EN UN HORARIO DE 12:00 A 14:00 HRS. DE LUNES A VIERNES, PARA LO CUAL LOS FAMILIARES DEBERÁN SOLICITAR FICHA PREVIAMENTE A PARTIR DE LAS 11:45 HRS. EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA APLICAR LA VACUNA TOXOIDE TETÁNICO A TODOS LOS TRABAJADORES DE NUEVO INGRESO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, INDEPENDIEN- TEMENTE DEL ÁREA EN QUE DESEMPEÑARÁN SUS LABORES; DICHA ACTIVIDAD SE LLEVARÁ A CABO LOS DÍAS VIERNES DE 10:00 A 12:00 EN LA OFICINA DE ENFERMERÍA DEL MISMO DEPARTAMENTO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA ASIGNADA AL DEPARTAMENTO DE MEDICIN APREVENTIVA, APLICAR LA VACUNA ANTITETÁNICA AL PERSONAL DEL INSTITUTO QUE SUFRA ALGÚN ACCIDENTE CON MATERIAL PUNZOCORTANTE.
- SE REALIZARÁ LA FUMIGACIÓN DE LAS ÁREAS DE OFICINA, TORRE DE INVESTIGACIÓN Y TORRE DE HOSPITALIZACIÓN EL TERCER JUEVES DE CADA MES EN HORAS HÁBILES, LA ENCARGADA DE ESTA ACTIVIDAD, SERÁ UNA EMPRESA PRIVADA CONTRADA POR EL INSTITUTO, LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL COMO QUIFÓFANOS Y TERAPIAS, SE FUMIGARÁN LOS FINES DE SEMANA EN HORAS ACORDADAS CON ESTOS SERVICIOS, LA FUMIGACIÓN POR ASPERSIÓN DE LA COCINA SE REALIZARÁ POR LA NOCHE EN LOS DÍAS PREDETERMINADOS, ACTIVIDAD QUE SE LLEVARÁ A CABO POR UNA EMPRESA PRIVADA CONTRATADA PREVIAMENTE POR LA JEFATURA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL COMITÉ DE SANEAMIENTO AMBIENTAL REALIZAR LA SUPERVISIÓN DE LA LIMPIEZA DEL HOSPITAL UNA VEZ POR MES, MANEJADORES DE ALIMENTOS UNA VEZ POR MES Y SUPERVISIÓN DEL LAVADO DE ROPA DOS VECES POR MES.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
359

DIRECCIÓN MÉDICA

SECRET	FECHA AUT. SALUD		
	DIRECCION DE		
	DIA	MES	AÑO
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT.	2	2000
			<input checked="" type="checkbox"/>

- LLEVARÁ A CABO EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA EL CONTROL BACTERIOLÓGICO EN ÁREAS CONSIDERADAS DE ALTO RIESGO, COMO SON: UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES, UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL RECIÉN NACIDO, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL RECIÉN NACIDO Y CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
360

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

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

PROCEDIMIENTO: 23.- OTORGAR MEDICINA PREVENTIVA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y REMUNERACIONES PARA PROGRAMAR LA APLICACIÓN DE LA VACUNA TETANOS DIFETERIA AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO (FORMATO 5110-02), CON BASE EN EL "REPORTE MÉDICO DE PERSONAL DE NUEVO INGRESO (FORMATO PM-0337).
DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y REMUNERACIONES	2	ENVÍA OFICIO EN ORIGINAL Y 4 COPIAS AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA CON LOS NOMBRES DEL PERSONAL DE NUEVO INGRESO AL QUE SE LE APLICARÁ LA VACUNA Y DISTRIBUYE: ORIGINAL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, 1ª COPIA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DE PERSONAL, 2ª COPIA, DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL, 3ª COPIA, DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y REMUNERACIONES Y 4ª COPIA DEPARTAMENTO DE URGENCIAS.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA	3	RECIBE COPIA DEL OFICIO Y VERIFICA LA FECHA DE PROGRAMACIÓN DE LA CITA PARA ESPERAR AL TRABAJADOR A LA HORA INDICADA.
PERSONAL DE NUEVO INGRESO	4	SE PRESENTA EN DÍA VIERNES A LAS 10:00 HRS. EN LA OFICINA DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA	5	RECIBE AL TRABAJADOR, LE SOLICITA CARNET (FORMATO 5110-02) PARA CORROBORAR LA FECHA Y HORA DE LA CITA, Y APLICA LA VACUNA TETANOS DIFETERIA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

361

FECHA AUT

SECRETARÍA DE SALUD
DÍA MES AÑO
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

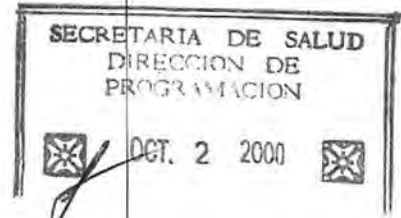
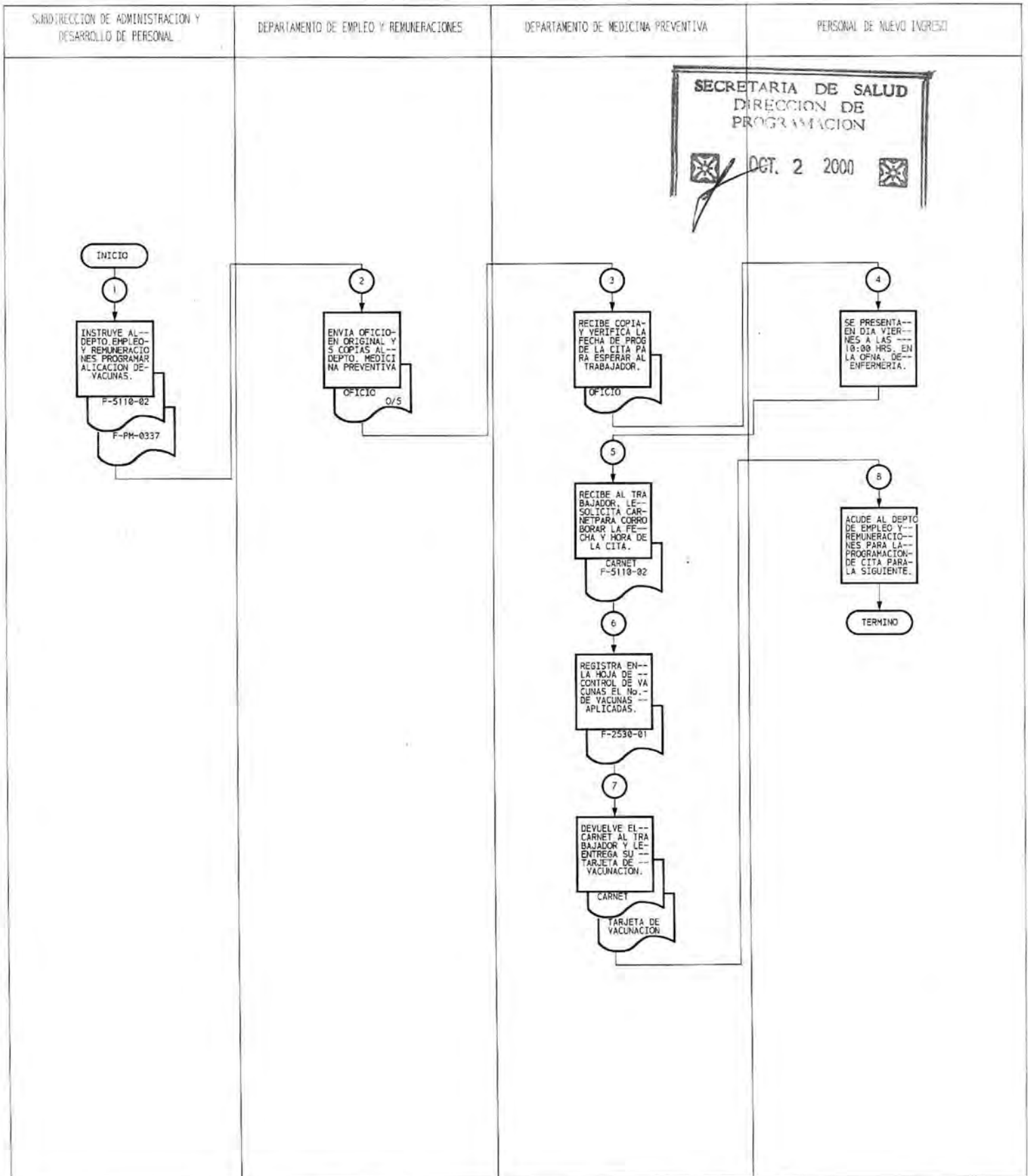
ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

PROCEDIMIENTO: 23.- OTORGAR MEDICINA PREVENTIVA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA	6	REGISTRA EN LA HOJA DE CONTROL DE VACUNAS EL NÚMERO DE VACUNAS APLICADAS (FORMATO 2530-01).
PERSONAL DE NUEVO INGRESO	7	DEVUELVE EL CARNET AL TRABAJADOR Y LE ENTREGA SU TARJETA DE VACUNACIÓN MARCANDO EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE LA VACUNA QUE SE LE APLICÓ, LE SOLICITA PASAR AL DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y REMUNERACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN DE CITA PARA LA SIGUIENTE VACUNA.
	8	ACUDE AL DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y REMUNERACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN DE CITA PARA LA SIGUIENTE VACUNA. TERMINA PROCEDIMIENTO.

ÁREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 23.- OTORGAR MEDICINA PREVENTIVA



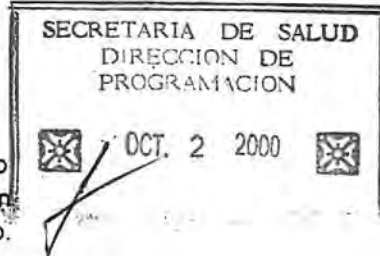


DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
 SUBDIRECCION DE ADMINISTRACION Y DESARROLLO DE
 PERSONAL
 DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y REMUNERACIONES
 SECCION DE RECLUTAMIENTO SELECCION E INDUCCION

1. Acuda puntualmente a las citas, el día y la hora señalada.

2. Cumpla cuidadosamente todas las instrucciones que le señalen en el departamento.

3. Para mayor información marque el teléfono 5-20-99-00 EXT. 100 o presentarse en Montes Urales 800, Edificio administrativo.



Reg. Num.
 ①

NOTA: La falta de cumplimiento a una de sus citas ocasionará la alteración de la propuesta inicial.

NOMBRE: _____ ②
 PROCEDENCIA: _____ ③
 CANDIDATO A: _____ ④

5110-02

SECCIONES:	MES	DIA	HORA	RESPONSABLE
I. CONOCIMIENTOS ⑤				
II. TRABAJO SOCIAL ⑥				
III. PSICOLOGIA ⑦				
IV. MEDICO ⑧				
INDUCCION ⑨				



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS PARA EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO" (5110-02)

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	REG. NUM.	NÚMERO CONSECUTIVO ASIGNADO POR LA OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL AL ASPIRANTE EN LA BOLSA DE TRABAJO.
2	NOMBRE	NOMBRE COMPLETO DEL ASPIRANTE EMPEZANDO POR SU APELLIDO PATERNO.
3	PROCEDENCIA	POR INICIATIVA PROPIA O POR RECOMENDACIÓN.
4	CANDIDATO	EL PUESTO QUE SOLICITA.

SECCIONES

5	CONOCIMIENTOS	EL MES, EL DÍA, LA HORA Y EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE APLICARÁ EL EXAMEN DE CONOCIMIENTOS AL ASPIRANTE.
6	TRABAJO SOCIAL	EL MES, EL DÍA, LA HORA Y EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE ENTREVISTARÁ AL ASPIRANTE.
7	PSICOLOGÍA	EL MES, EL DÍA, LA HORA Y EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE APLICARÁ EL EXÁMEN PSICOMÉTRICO AL ASPITANTE.
8	MÉDICO	MES, DÍA, HORA Y LA UNIDAD RESPONSABLE DE REALIZAR EL EXÁMEN MÉDICO AL ASPIRANTE.
9	INDUCCIÓN	MES, DÍA, HORA Y EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE IMPARTIRÁ EL CURSO DE INDUCCIÓN AL ASPIRANTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA 366

SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"REGISTRO DIARIO DE VACUNACIÓN" (2530-01)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	FECHA	LA FECHA DE VACUNACIÓN AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO.
2	NO.	EL NÚMERO CONSECUTIVO DE LAS PERSONAS A LAS QUE SE LES APLICA LA VACUNA.
3	REGISTRO	EL NOMBRE DE LA VACUNA QUE SE APLICA.
4	SEXO	EL NÚMERO DE DÓISIS DE LA VACUNA.
5	NO. CAMA	QUEDA VACÍO.
6	NOMBRE	EL NOBRE COMPLETO DE LA PERSONA A LA QUE SE LE APLICA LA VACUNA.
7	RESPONSABLE	EL NOMBRE COMPLETO DEL PERSONAL DE INFERMERÍA QUE APLICA LA VACUNA.
8	TOTAL	EL NÚMERO TOTAL DE VACUNAS QUE SE APLICAN EN EL DÍA.



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

24.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN MÉDICA



SECRETARÍA DE SALUD	FECHA AUT.
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	DÍA MES AÑO
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2 2008 <input checked="" type="checkbox"/>

DIRECCIÓN MÉDICA

OBJETIVO ESPECÍFICO

ANALIZAR CONJUNTAMENTE CON EL PERSONAL MÉDICO DEL ÁREA DE GINECO-OBSTETRICIA, LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS, EN BASE A LA SUBESPECIALIDAD E INCONFORMIDAD PRESENTADA POR LA PACIENTE EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN MÉDICA.



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

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA Y DEL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA, REALIZAR LA EVALUACIÓN MÉDICA, DE LAS INCONFORMIDADES PRESENTADAS POR LAS PACIENTES.
- EL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA, SERÁ EL RESPONSABLE DE ATENDER DIRECTAMENTE, LOS CASOS QUE SEAN FACTIBLES DE SOLUCIONAR DE FORMA INMEDIATA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA, EVALUAR SÓLO LOS CASOS EN QUE LA ATENCIÓN MÉDICA ESTÉ CONCLUÍDA.
- EL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA DETERMINARÁ SI EXISTE UNA MALA PRÁCTICA MÉDICA, DE ACUERDO A LOS FACTORES QUE INTERVINIERON EN LA CALIDAD DE LA MISMA.
- EL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA, ELABORARÁ MENSUALMENTE UN INFORME DE LOS CASOS ATENDIDOS Y LA SOLUCIÓN A LOS MISMOS, EL CUAL SE ENVIARÁ A LA DIRECCIÓN GENERAL CON COPIA A LA DIRECCIÓN MÉDICA.
- EL COMITÉ DE EVALUACIÓN MÉDICA, SERÁ EL RESPONSABLE DE EVALUAR UNICAMENTE, LOS CASOS EN QUE LA PACIENTE PRESENTE DEMANDA POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS, SERÁ RESPONSABLE DE DAR SEGUIMIENTO A LAS DEMANDAS PRESENTADAS POR LAS PACIENTES, EN CONTRA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
- EL COMITÉ DE EVALUACIÓN MÉDICA, ESTARÁ FORMADO POR:
 - SUBDIRECTOR DE SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
 - JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TERAPIA INTENSIVA
 - JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA
 - JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA
 - JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA
 - COORDINADOR DE LA CLÍNICA DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO.



ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 24.- EVALUACIÓN MÉDICA

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN MÉDICA	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA, PARA RESOLVER LAS INCONFORMIDADES DE LAS PACIENTES.
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA	2	<p>RECIBE A LA PACIENTE PARA CONOCER MEJOR SU INCONFORMIDAD Y DETERMINA SI EXISTE DEMANDA EN CONTRA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: DA SOLUCIÓN INMEDIATA A LA INCONFORMIDAD.</p> <p>SI: INDICA A LA PACIENTE QUE EL CASO SERÁ TURNADO AL COMITÉ DE EVALUACIÓN MÉDICA Y DA FECHA PARA INFORMARLE EL RESULTADO DEL DICTAMEN.</p>
	3	SOLICITA EXPEDIENTE LA PACIENTE AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, MEDIANTE EL FORMATO "SOLICITUD DE EXPEDIENTE" (2240-08) Y TURNA AL COMITÉ DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA EVALUAR.
COMITÉ DE EVALUACIÓN MÉDICA	4	<p>RECIBE Y ANALIZA EL CASO PRESENTADO POR EL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA, EMITE DICTAMEN Y TURNA AL DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA.</p> <p>ACEPTADO: TURNA A LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS, PARA SU SEGUIMIENTO.-</p> <p>NO ACEPTADO: EMITE DICTAMEN Y CONCLUYE EL CASO.</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
371

FECHA AUT.

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

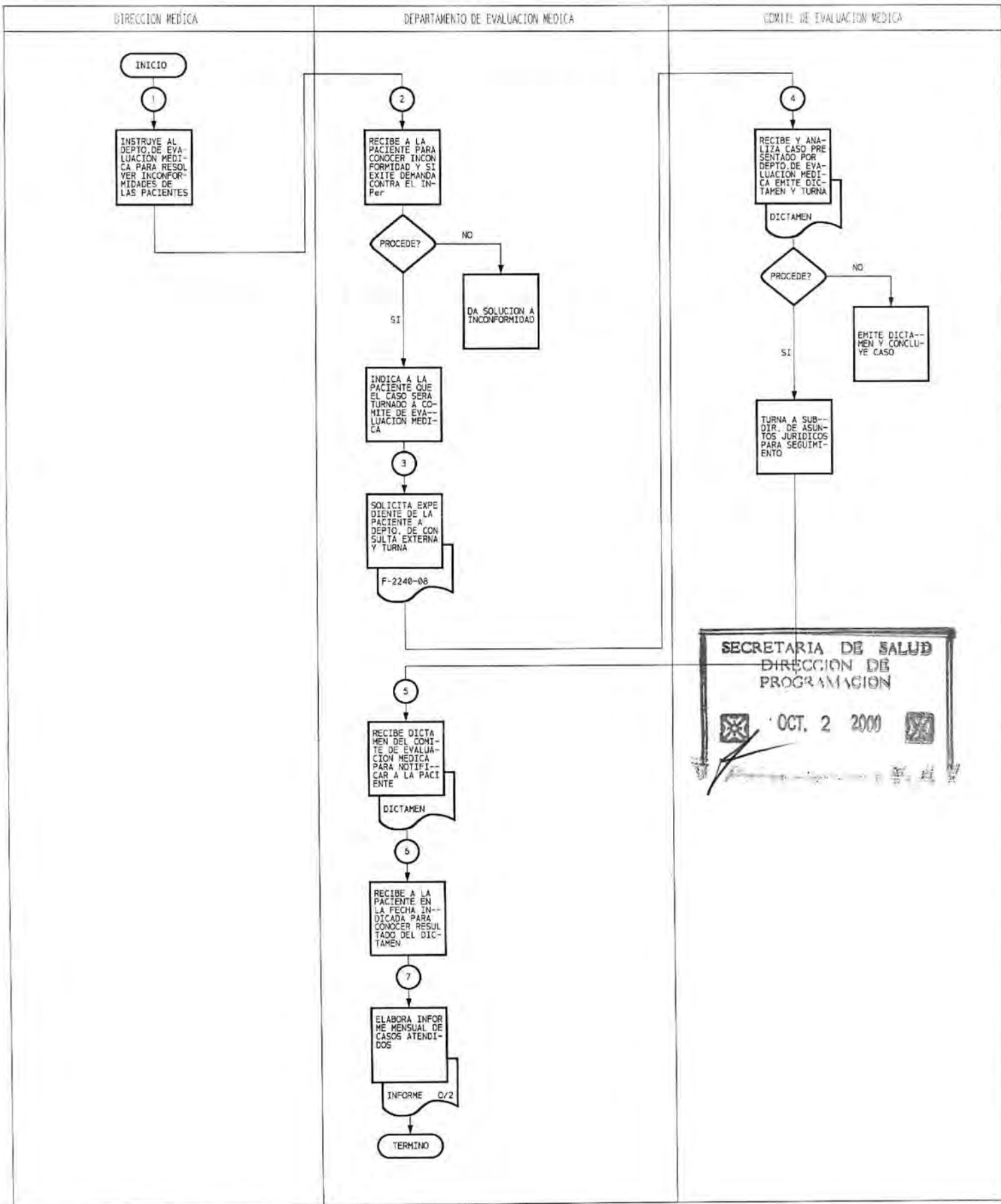
ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

PROCEDIMIENTO: 24.- EVALUACIÓN MÉDICA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA	5	RECIBE DICTAMEN DEL COMITÉ DE EVALUACIÓN MÉDICA, PARA NOTIFICAR A LA PACIENTE.
	6	RECIBE A LA PACIENTE, EN LA FECHA INDICADA, PARA CONOCER EL RESULTADO DEL DICTAMEN
	7	ELABORA INFORME MENSUAL DE LOS CASOS ATENDIDOS, EN ORIGINAL Y DOS COPIAS: ORIGINAL, DIRECCIÓN GENERAL, 1ª COPIA, DIRECCIÓN MÉDICA Y 2ª COPIA DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN MÉDICA PARA SU ARCHIVO. TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE SERVICIOS ESPECIALES

PROCEDIMIENTO: 24. EVALUACION MEDICA



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE PROGRAMACION
OCT. 2 2000



DIRECCION MEDICA
 SUBDIRECCION DE GINECO-OBSTETRICIA
 DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA
ARCHIVO CLINICO

FORMATO PARA SOLICITAR EXPEDIENTES MAXIMO 20
 FECHA DE REVISION _____ ① _____ EXT. _____
 NOMBRE DEL MEDICO _____ ② _____ EXT. _____
 ③ MADRE () HIJO () DEFUNCION ()

REGISTRO	④	NOMBRE DE LA PACIENTE
1.-		
2.-		
3.-		
4.-		
5.-		
6.-		
7.-		
8.-		
9.-		
10.-		
11.-		
12.-		
13.-		
14.-		
15.-		
16.-		
17.-		
18.-		
19.-		
20.-		

SECRETARIA DE SALUD
 DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

NOTA: SE SUPLICA ATENTAMENTE REVISAR EL DIA INDICADO Y ANOTAR CON CLARIDAD TODOS LOS DATOS.



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE EXPEDIENTE (2240-08)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 FECHA	LA FECHA (DÍA, MES Y AÑO) DE INICIO Y TERMINO DE LA REVISIÓN.
2 NOMBRE DEL MÉDICO	EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO QUE SOLICITA LOS EXPEDIENTES Y NÚMERO DE EXTENSIÓN DE TELEFONO.
3 MADRE, HIJO O DEFUNCIÓN	CON UNA EQUIS LA CAUSA POR LA QUE SE REVISARÁ EL EXPEDIENTE, PROBLEMAS DE SALUD (MADRE, HIJO O SÍ EXISTIÓ DEFUNCIÓN.
4 REGISTRO Y NOMBRE	EL NÚMERO DE REGISTRO DEL EXPEDIENTE Y, EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE (MÁXIMO 20)



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
375

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

DÍA | MES | AÑO

OCT 2 2000

DIRECCIÓN MÉDICA

25.- PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN MÉDICA



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

OBJETIVO ESPECÍFICO

UTILIZAR Y REALIZAR NUEVAS TÉCNICAS Y AVANCES MÉDICOS EN MEDICINAS E INVESTIGACIÓN PARA MEJORAR LA EVOLUCIÓN DE UNA ENFERMEDAD DIAGNÓSTICADA PARA LLEVAR A CABO UNA BUENA INVESTIGACIÓN



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

DIRECCIÓN MÉDICA

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN MÉDICA SUPERVISAR QUE LOS ASPECTOS TÉCNICOS DE CADA INVESTIGACIÓN SE APEGUEN DE ACUERDO A CONOCIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ACTUALES Y DE PROBADA EFICACIA, Y A LA DISPONIBILIDAD DE ESPACIO EN LA PROGRAMACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DEL ÁREA MÉDICA CONSIDERANDO RECURSOS HUMANOS Y EQUIPO DISPONIBLE.
- TENDRÁN PREFERENCIA LOS ESTUDIOS URGENTES PROVENIENTES DEL ÁREA DE MEDICINA CRÍTICA COMO SON LOS ESTUDIOS DE NEONATOLOGÍA, TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS, URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN CON LA FINALIDAD DE NO PROLONGAR LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE UN PACIENTE POR FALTA DE LOS ESTUDIOS NECESARIOS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL CONTAR CON TODOS LOS ESTUDIOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL DE REGISTRAR LOS DATOS CLÍNICOS DE LA (S) PACIENTE (ES) MÁS IMPORTANTES PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y LA OBTENCIÓN DE LA MAYOR INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA POSIBLE, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE LA INVESTIGACIÓN SE REALICE DE ACUERDO A UN PROTOCOLO, CON LA FINALIDAD DE EVITAR PERDIDA DE INFORMACIÓN ÚTIL.
- SE PODRÁ PARTICIPAR EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN ORIGINADOS EN CUALQUIER OTRO DEPARTAMENTO DEL ÁREA MÉDICA A TRAVÉS DE INVITACIÓN EXPRESA Y EXPLICACIÓN DEL PROYECTO QUE PERMITA CONOCER EL ALCANCE DEL MISMO Y DE LA PARTICIPACIÓN REQUERIDA DEL (LOS) DEPARTAMENTO (S), ASIGNACIÓN DE RESPONSABLES DEL PROYECTO.
- LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN SE LLEVARÁN A CABO DE ACUERDO A LAS POLÍTICAS PARA EL PROTOCOLO EXISTENTE EN LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL CONTAR CON EL LISTADO BIBLIOGRÁFICO PARA SU CONSULTA EN EL SERVICIO DE BIBLIOTECA ASÍ COMO, UTILIZAR LA SALA DE INTERNET DEL INSTITUTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

378

AREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 25.- PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN MÉDICA

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

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y DEL COMITÉ DE ÉTICA AUTORIZAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DETERMINAR EL PRESUPUESTO PARA ASIGNAR LOS MEDIOS PARA INICIAR EL PROTOCÓLO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

379

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

AREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 25.- PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN MÉDICA

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ÁREA MÉDICA	1	RECIBE VALORACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DEL ÁREA MÉDICA ENCARGADAS DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL NEONATO Y/O PACIENTE PARA SU INVESTIGACIÓN Y TURNA A TODOS LOS DEPARTAMENTOS DEL ÁREA MÉDICA.
DEPARTAMENTOS DEL ÁREA MÉDICA	2	RECIBEN, VALORAN, REVISAN Y ELABORAN SU PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
	3	AUTORIZA EL RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN, LA PARTICIPACIÓN DE COAUTORES DE ACUERDO CON EL GRADO DE CONTRIBUCIÓN EN EL PROYECTO Y SE ESTABLECE EL GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LOS DEPARTAMENTOS DEL ÁREA MÉDICA Y SUS RESPONSABILIDADES.
	4	ENTREGA PROYECTO CON SUS ANTECEDENTES CLÍNICOS Y TURNA A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA SU VALIDACIÓN Y AUTORIZACIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	5	RECIBE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN REvisa LA REALIZACIÓN DEL MISMO, ANALIZAN EXPEDIENTE DE LAS PACIENTES Y VALORAN LOS ANTECEDENTES CLÍNICOS DE LOS FAMILIARES (PADRE, MADRE, ETC).



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
380

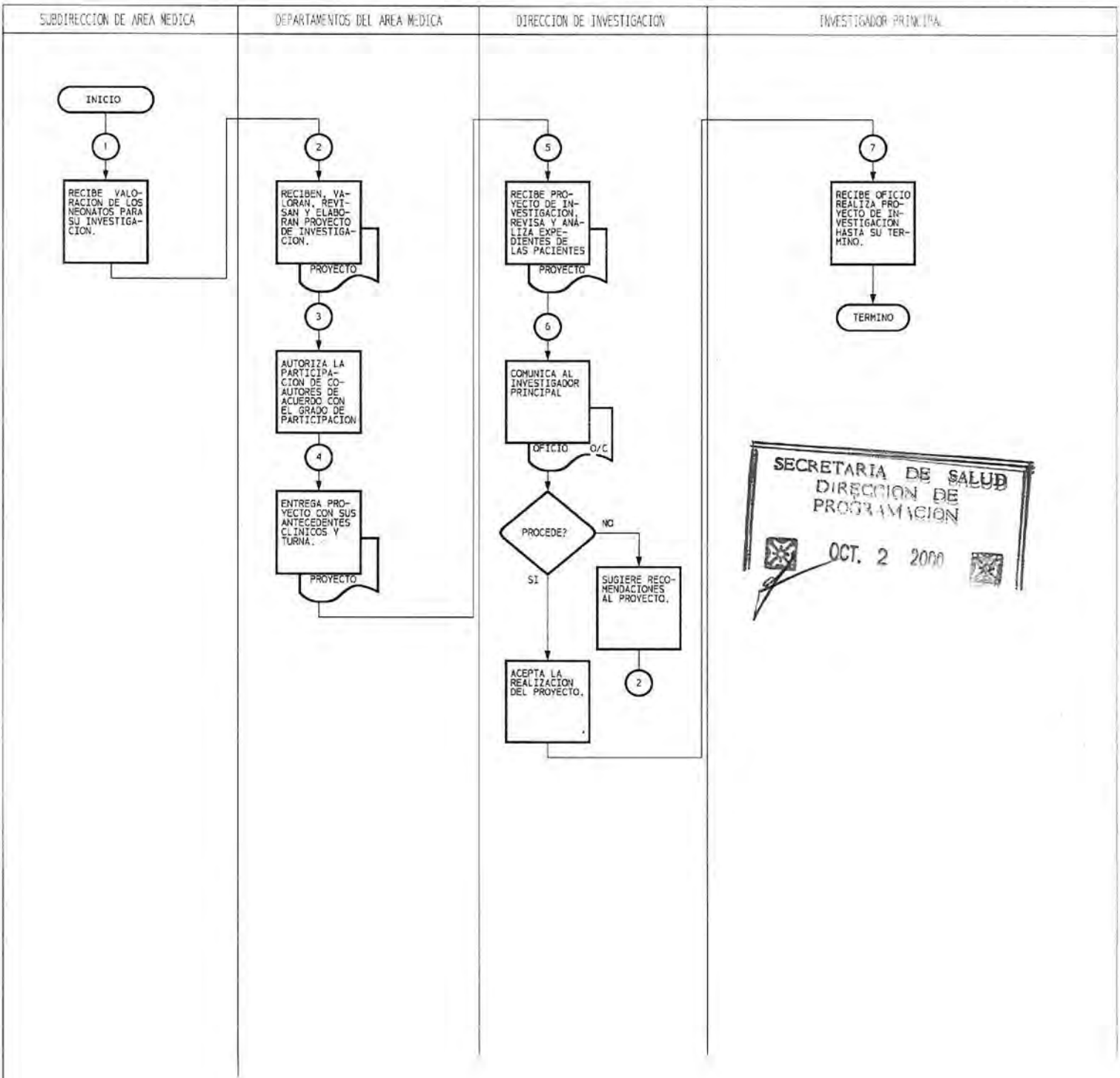
AREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA
 PROCEDIMIENTO: 25.- PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN MÉDICA

FECHA AUT.
 SECRETARÍA DE SALUD
 DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN
 OCT 2 2008

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
INVESTIGADOR PRINCIPAL	6	<p>COMUNICA MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y COPIA. DISTRIBUYE: ORIGINAL PARA EL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y COPIA PARA EXPEDIENTE.</p> <p style="text-align: center;">¿PROCEDE?</p> <p>NO: SUGIERE RECOMENDACIONES O MODIFICACIONES AL PROYECTO REGRESA A LA ACTIVIDAD No. 2.</p> <p>SÍ ACEPTA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.</p>
	7	<p>RECIBE OFICIO Y REALIZA EL PROYECTO HASTA SU TERMINO Y COORDINA EL TRABAJO DE SUS COLABORADORES E INFORMARÁ LOS RESULTADOS A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA MEDIANTE INFORME TRIMESTRAL EN ORIGINAL Y COPIA, ORIGINAL- DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA, COPIA-INVESTIGADOR PRINCIPAL.</p> <p style="text-align: center;">TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>

AREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 25.- REALIZAR INVESTIGACION MEDICA





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA		
382		
SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
OCT.	2	2000
PROGRAMACION		

26.- PROCEDIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL EN
EVENTOS MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA		
383		
FECHA AUT.		
SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE		
PROGRAMACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
OCT	2	2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO EN EVENTOS INTERNOS Y EXTERNOS PARA INCREMENTAR SU CONOCIMIENTO A TRAVÉS DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS QUE FAVOREZCAN SU ACTUALIZACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA
384

SECRETARÍA DE SALUD
FECHA AUT.
DÍA MES AÑO
PROGRAMACIÓN

OCT 2 2010

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA Y DE LA SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN PROFESIONAL ELABORAR EL PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL, MISMO QUE DEBERÁ INCLUIR LOS TIPOS DE EVENTOS QUE SE LLEVARÁN A CABO EN EL INSTITUTO, ASÍ MISMO DEBERÁ INCLUIR FECHA DE INICIO, TITULAR DEL EVENTO Y EN TODO CASO EL COSTO DEL MISMO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA LLEVAR EL CONTROL Y REGISTRO DE TODOS LOS EVENTOS EN LOS QUE PARTICIPA EL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL INSTITUTO DENTRO Y FUERA DEL MISMO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA DIFUNDIR, COORDINAR Y SUPERVISAR LOS DIPLOMADOS, CURSOS DE ACTUALIZACIÓN Y JORNADAS SABATINAS IMPARTIDAS EN EL INSTITUTO.
- SERÁ LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA LA RESPONSABLE DE PROGRAMAR TEMAS GENERALES, RELACIONADOS CON LOS PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD EN EL CENTRO MEXICANO DE EDUCACIÓN EN SALUD POR TELEVISIÓN (CEMESATEL), COMO INSTITUCIÓN PARTICIPANTE.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA CONTROLAR LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A MEDIOS DE COMUNICACIÓN (RADIO, TELEVISIÓN Y PRENSA).
- SERÁN LA DIRECCIÓN MÉDICA Y LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA LAS RESPONSABLES DE ORGANIZAR ANUALMENTE LOS CONGRESOS MÉDICOS EN LAS ÁREAS ESPECÍFICAS DEL INSTITUTO.
- PODRÁN PARTICIPAR EN EVENTOS INTERNOS Y EXTERNOS TODOS LOS MÉDICOS INTERESADOS Y SERÁ REQUISITO INDISPENSABLE PARA ASISTIR, PRESENTAR PREVIAMENTE A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA "SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS" (4110-01) FIRMADA POR SUS JEFES DE ÁREA, HOJA DE EVALUACIÓN NOMINAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD (EN-001).
- EN CASO DE SOLICITAR BECA TIPO B (PERMISO CON SUELDO + INSCRIPCIÓN), EL SOLICITANTE AGREGARÁ COPIA DE TRÍPTICO QUE INDIQUE COSTO DEL EVENTO, MISMA QUE PROPORCIONARÁ LA SEDE DEL EVENTO Y CARTA EN ORIGINAL DIRIGIDA AL DIRECTOR DE ENSEÑANZA, JUSTIFICANDO LA ASISTENCIA AL EVENTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA 385		
FECHA AUT.		
SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA MES AÑO		
DIRECCIÓN DE PROGRAMACION		
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000
<input checked="" type="checkbox"/>		

- EN CASO DE QUE EL EVENTO TENGA ALGÚN COSTO, SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA SOLICITAR MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, SEA EXPEDIDO UN CHEQUE A FAVOR DEL INTERESADO PARA CUBRIR EL IMPORTE DE LA BECA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
386

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE
PROGRAMACIÓN

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 26.- PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL EN
EVENTOS MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS

OCT. 2 2009

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	1	ELABORA PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL, EN EL QUE SE DAN A CONOCER LOS DIFERENTES EVENTOS MÉDICOS QUE SE LLEVARÁN A CABO DURANTE TODO EL AÑO Y EN LOS QUE PUEDEN PARTICIPAR MÉDICOS Y PARAMÉDICOS DE TODOS LOS SERVICIOS MÉDICOS DEL INSTITUTO.
INTERESADO	2	ACUDE AL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA PARA PEDIR INFORMACIÓN DEL CURSO DE SU INTERÉS. ¿PROCEDE? NO: TERMINA PROCEDIMIENTO. SÍ: LLENA EN ORIGINAL HOJA DE EVALUACIÓN NOMINAL (EN-001) Y SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS (FORMATO 4110-01) EN ORIGINAL Y COPIA.
	3	RECABA, PARA LA SOLICITUD DE BECA, FIRMA DEL JEFE DE DEPARTAMENTO, SUBDIRECTOR Y DIRECTOR DE SU ÁREA DE ADSCRIPCIÓN.
	4	TURNA SOLICITUD DE BECA Y HOJA DE EVALUACIÓN NOMINAL DEBIDAMENTE LLENADAS AL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA PARA SU REVISIÓN.
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN CONTÍNUA	5	RECIBE Y REvisa SOLICITUD Y HOJA DE EVALUACIÓN. ¿PROCEDE? NO: SOLICITA AL INTERESADO HACER LAS CORRECCIONES PERTINENTES. REGRESA A LA ACTIVIDAD 4.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
387

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN
DÍA MES AÑO

OCT. 2 2000

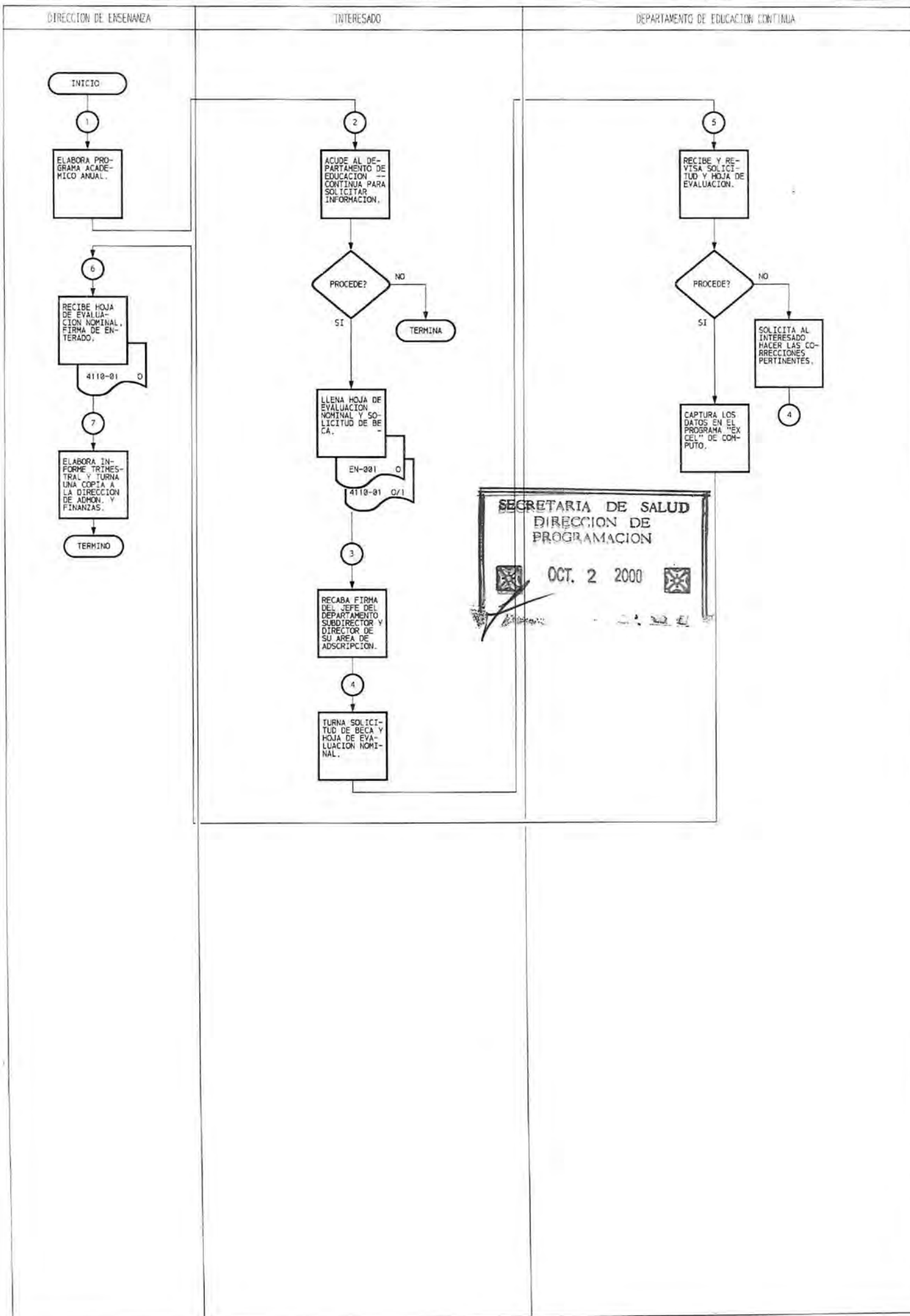
ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN MÉDICA

PROCEDIMIENTO: 26.- PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL EN
EVENTOS MÉDICOS INTERNOS Y EXTERNOS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA		SÍ: PROCEDE A CAPTURAR LOS DATOS EN EL PROGRAMA "EXCEL" DE COMPUTO, CONSERVA COPIA DE LA SOLICITUD DE BECA PARA ARCHIVO Y CONTROL Y ENVÍA ORIGINALES TANTO DE LA SOLICITUD DE BECA COMO DE LA HOJA DE EVALUACIÓN NOMINAL A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA PARA SU AUTORIZACIÓN.
	6	RECIBE HOJA DE EVALUACIÓN NOMINAL PARA ARCHIVO Y CONTROL, AUTORIZA CON SU FIRMA LA SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS (4110-01), NOTIFICA VERBALMENTE AL INTERESADO QUE ESTÁ INSRITO EN EL EVENTO.
	7	ELABORA EN FORMA IMPRESA Y DISKETTE INFORME TRIMESTRAL DEL TOTAL DE EVENTOS LLEVADOS A CABO, ENVÍA ORIGINAL DEL DISKETE Y DE LA IMPRESIÓN A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Y CONSERVA COPIA DE LOS MISMOS PARA CONTROL Y ARCHIVO. TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : DIRECCION MEDICA

PROCEDIMIENTO : 26. PARTICIPACION DEL PERSONAL EN EVENTOS MEDICOS INTERNOS Y EXTERNOS





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION DE ENSEÑANZA

SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADEMICOS

SOLICITANTE ①

NOMBRE _____ PLAZA _____

UBICACION _____ HORARIO _____ A _____

REGISTRA TARJETA SI NO FIRMA _____

EVENTO ACADEMICO ②

NOMBRE _____

LUGAR _____ FECHA _____

PARTICIPACION ALUMNO PONENTE POR INSCRIPCION PONENTE POR INVITACION

POENCIA (S) _____

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

BECA ③

TIPO

A PERMISO CON SUELDO

B PERMISO CON SUELDO + INSCRIPCION \$ _____

C PERMISO CON SUELDO + VIATICOS \$ _____

D PERMISO CON SUELDO INSCRIPCION + VIATICOS \$ _____

E PERMISO SIN SUELDO

FINANCIAMIENTO EXTERNO SI NO INSTITUCION _____

AUTORIZACION ④

JEFE DE DEPARTAMENTO

SUBDIRECTOR

DIRECTOR DE AREA

DIRECTOR DE ENSEÑANZA

4110-01



SECRETARIA DE SALUD	FECHA AUT.	VALIDAD
DIRECCION DE PROGRAMAS	DE	
	MES	AÑO
	OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADEMICOS"

(4110-01)

No. CONCEPTO

SE ANOTARÁ:

1 SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA BECA, EL NÚMERO DE PLAZA QUE SE LE HAYA ASIGNADO EN EL INSTITUTO, LA UBICACIÓN O ÁREA DONDE TRABAJA, EL HORARIO ESTABLECIDO POR RECURSOS HUMANOS E INDICAR SI CHECA TARJETA Y FINALMENTE PONDRÁ SU FIRMA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

2 .EVENTO ACADÉMICO

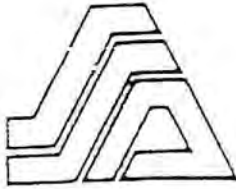
NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO, LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO, LA FECHA DE DICHO EVENTO, LA FORMA DE PARTICIPACIÓN DEL INTERESADO EN EL EVENTO, Y FINALMENTE LA PONENCIA O EL TEMA QUE DESARROLLARÁ EL INTERESADO.

3 BECA

SE SEÑALARÁ CON UNA "X" EL TIPO DE BECA SOLICITADO POR EL INTERESADO, EL MONTO DE CADA TIPO DE BECA, Y LA FORMA DE FINANCIAMIENTO O SI ES OTORGADA POR LA INSTITUCIÓN.

4 AUTORIZACIÓN

AUTORIZARÁ CON SUS FIRMAS EL JEFE DEL DEPARTAMENTO, EL SUBDIRECTOR, EL DIRECTOR DE ÁREA Y EL DIRECTOR DE ENSEÑANZA.



EVALUACION NOMINAL

REGISTRO DE PARTICIPANTES

EN-001

ENTIDAD FEDERATIVA: MEXICO, D.F.

UNIDAD ADMINISTRATIVA:

①

TRABAJADOR

R.F.C.:

②

NOMBRE:

③

(apellido paterno, materno y nombre (s) sin abreviaturas)

CODIGO FUNCIONAL:

④

PUESTO QUE DESEMPEÑA:

⑤

ÁREA:

ADMINISTRATIVA ()

MEDICA ()

DIRECTIVA ()

DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO:

⑦

(calle, número, piso, colonia, ciudad, código postal)

TELÉFONO:

(oficial)

JEFE INMEDIATO

NOMBRE:

⑧

(apellido paterno, materno y nombre (s) sin abreviaturas)

CARGO:

⑨

DOMICILIO DE TRABAJO:

⑩

(calle, número, piso, colonia, ciudad, código postal)

TELÉFONO:

(oficial)

ACTIVIDAD DE CAPACITACION

NOMBRE DEL EVENTO:

⑪

FECHA DE INICIO:

⑫

día mes año

TERMINACION:

⑬

día mes año

DURACION:

⑭

SEDE:

⑮

NOMBRE DEL COORDINADOR DEL EVENTO:

⑯

CREDITOS:

⑰

⑱

(apellido paterno, materno y nombre (s))

FECHA DE APLICACIÓN DE LA CEDULA DE IMPACTO:

día mes año





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
EVALUACIÓN NOMINAL (EN-001)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	UNIDAD ADMINISTRATIVA	EL NOMBRE DEL INSTITUTO O DEPENDENCIA A LA QUE ESTÁ ADSCRITO EL TRABAJADOR QUE TOMA EL CURSO.
2	R.F.C.	EL REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES DEL TRABAJADOR, INCLUYENDO LA HOMOCLOVE.
3	NOMBRE	NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR.
4	CÓDIGO FUNCIONAL	EL NÚMERO DE CÓDIGO DEL TRABAJADOR, EL CUAL ASIGNA LA INSTITUCIÓN A LA QUE ESTÁ ADSCRITO.
5	PUESTO QUE DESEMPEÑA	EL CARGO O PUESTO QUE TIENE EL TRABAJADOR.
6	ÁREA	CON UNA "X" EL ÁREA EN LA QUE DESEMPEÑA SUS LABORES EL TRABAJADOR.
7	DOMICILIO DEL CENTRO DE TRABAJO	LA DIRECCIÓN COMPLETA DEL CENTRO DE TRABAJO EN QUE LABORA EL TRABAJADOR, ASÍ COMO EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL MISMO.
8	NOMBRE	EL NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS DEL JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR.
9	CARGO	EL CARGO O PUESTO QUE OCUPA EL JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR.
10	DOMICILIO DE TRABAJO	LA DIRECCIÓN COMPLETA DEL CENTRO DE TRABAJO DEL JEFE INMEDIATO DEL TRABAJADOR, ASÍ COMO EL NÚMERO TELEFÓNICO DEL MISMO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN MÉDICA

HOJA
393

FECHA AUT.
SECRETARIA DE SALUD

DÍA MES AÑO
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
EVALUACIÓN NOMINAL (EN-001)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
11	NOMBRE DEL EVENTO	EL NOMBRE COMPLETO DEL CURSO.
12	FECHA DE INICIO	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE INICIA EL CURSO.
13	TERMINACIÓN	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE TERMINA EL CURSO.
14	DURACIÓN	DEPENDIENDO DEL CURSO, EL TIEMPO DE DURACIÓN; YA SEA EN HORAS, DÍAS, ETC.
15	SEDE	EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE IMPARTE EL CURSO.
16	NOMBRE DEL COORDINADOR DEL EVENTO	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE COORDINA EL CURSO.
17	CRÉDITOS	EL NÚMERO DE CRÉDITOS OBTENIDO POR EL TRABAJADOR EN EL CURSO (1 CRÉDITO POR CADA 8 HORAS DE CURSO).
18	FECHA DE APLICACIÓN DE LA CÉDULA DE IMPACTO	EL DÍA, MES Y AÑO EN QUE SE LLENA HOJA DE EVALUACIÓN NÓMINAL (EN-001).



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
394

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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

27.- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
395

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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

DESARROLLAR, REALIZAR, GENERAR, Y EVALUAR PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN, ENCAMINADOS A AMPLIAR EL CONOCIMIENTO EN EL CAMPO DE LA REPRODUCCION HUMANA, ASÍ COMO SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA CON ENFOQUE A NIVEL COMUNITARIO, ASIMISMO LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE TRABAJO CON OTRAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA E INVESTIGACIÓN.



POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- LOS RESPONSABLES DE LAS INVESTIGACIONES GENERADOS POR LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN SERÁN LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES DESIGNADOS EN LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.
- TODAS LAS INVESTIGACIONES DEBERÁN DE REUNIR CRITERIOS METODOLÓGICOS, ÉTICAS ESTABLECIDAS POR LA DIRECCIÓN Y LOS COMITÉS DE INVESTIGACIÓN Y EL DE ÉTICA DEL PROPIO INSTITUTO.
- LOS PRODUCTOS GENERADOS POR LAS INVESTIGACIONES DEBERÁN DAR LOS CRÉDITOS CORRESPONDIENTES A LAS INSTITUCIONES Y LOS INVESTIGADORES PARTICIPANTES.
- EL INVESTIGADOR SERÁ RESPONSABLE DE LA DIFUSIÓN DE SUS INVESTIGACIONES, YA SEA EN FORMA DE ARTÍCULO CIENTÍFICO, PRESENTACIÓN EN EVENTOS ACADÉMICO O CUALQUIER OTRO MEDIO QUE CUMPLA CON SU OBJETIVO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
397

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

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO: 27.- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ELABORA PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN DE ACUERDO CON EL FORMATO "REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN".
SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE	2	REVISA PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN Y, EN SU CASO SOLICITA AL INVESTIGADOR LAS CORRECCIONES QUE SEAN NECESARIAS
SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE	3	TURNA PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN A LA SUBDIRECCIÓN QUE CORRESPONDA.
SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE	4	RECIBE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN LO REVISA Y, EN SU CASO SOLICITA AL JEFE DEL DEPARTAMENTO CORRESPONDIENTE REALIZAR CORRECCIONES PROCEDENTES.
		PROCEDE?
		No: REALIZA LAS ADECUACIONES DE ACUERDO A LAS INDICACIONES DE LA SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE
		SÍ: AUTORIZAN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN MEDIANTE SU FIRMA EN EL FORMATO "REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN".
INVESTIGADOR PRINCIPAL	5	PRESENTA A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN EL PROTOCOLO AUTORIZADO DE ACUERDO CON EL CALENDARIO ESTABLECIDO POR LA MISMA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
398

FECHA AUT.

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

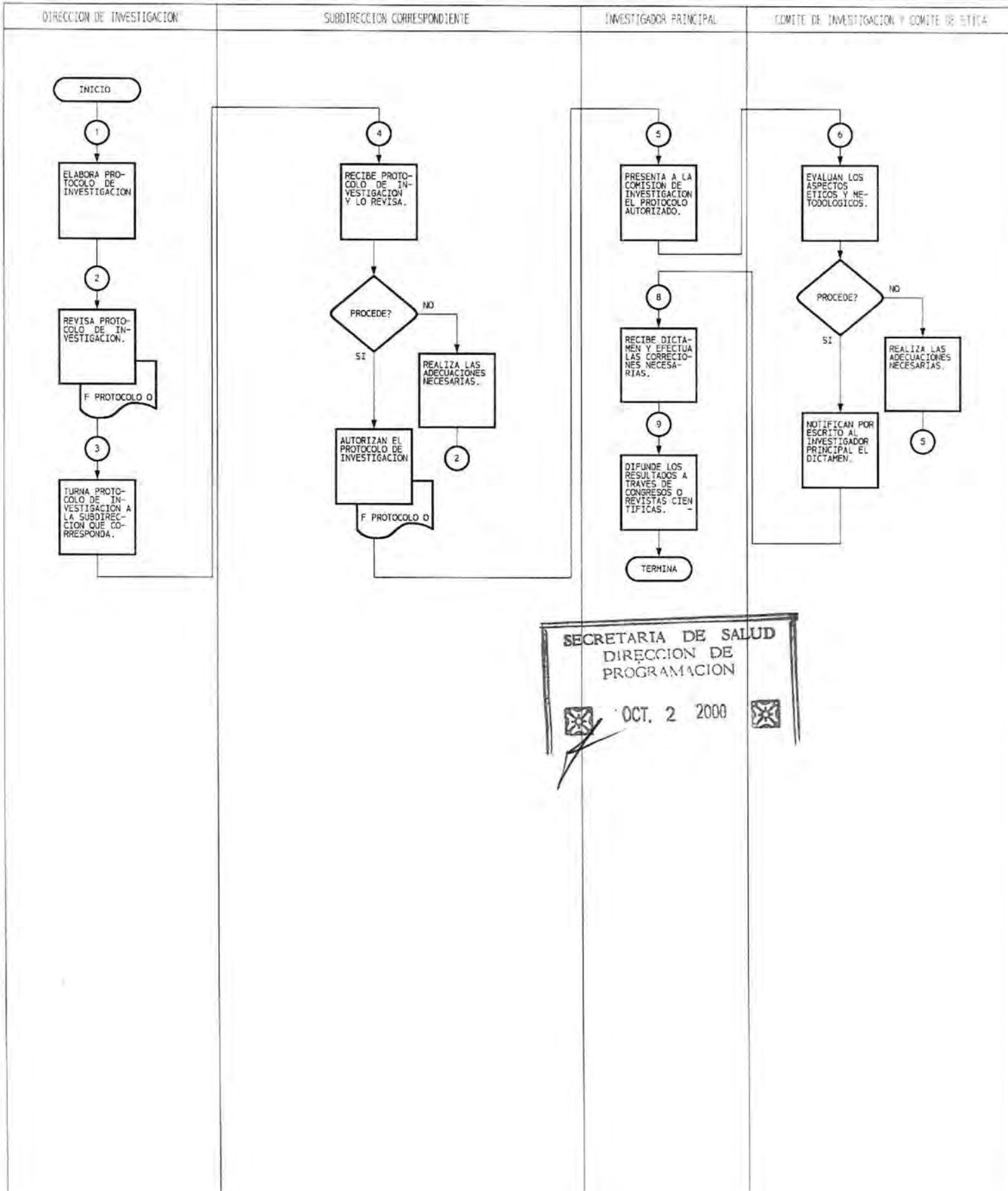
ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO: 27.- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y COMITÉ DE ÉTICA	6	EVALÚAN LOS ASPECTOS ÉTICOS Y METODOLÓGICOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SU APEGO AL MÉTODO CIENTÍFICO Y PRINCIPIOS ÉTICOS.
	7	VERIFICAN QUE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PROPUESTO CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS. PROCEDE? NO: REALIZA LAS ADECUACIONES DE ACUERDO A LAS INDICACIONES DE LOS COMITÉS DE INVESTIGACIÓN Y EL DE ÉTICA. SÍ: NOTIFICAN POR ESCRITO AL INVESTIGADOR PRINCIPAL EL DICTÁMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
	8	RECIBE DICTÁMEN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y EFECTÚA LAS CORRECCIONES SI EXISTIERA.
	9	LOS RESULTADOS SE DIFUNDEN A TRAVÉS DE COMUNICACIONES CIENTÍFICAS TANTO ORALES (CONGRESOS) COMO ESCRITAS. (REVISTAS). TERMINA PROCEDIMIENTO.
INVESTIGADOR PRINCIPAL		

AREA RESPONSABLE : DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO : 27.- CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACION



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000


INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION

FECHA DE RECEPCION ①
REGISTRO PROVISIONAL INPer
(No llenar)

REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1. DATOS GENERALES. ②

1.1. TITULO DEL PROYECTO.

	
--	--

1.2. AREA DE INVESTIGACION.

1.3. SUBAREA DE INVESTIGACION.

1.4. LINEA DE INVESTIGACION.

1.5. FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINACION

1.6. INVESTIGADOR PRINCIPAL. ③

<i>INVESTIGADOR PRINCIPAL.</i>	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____	
MATERNO _____	
NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____	
CARGO _____	
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____	
PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	
AUTORIZACION: ④	
DEPARTAMENTO _____	
SUBDIRECCION _____	
DIRECCION _____	

1.7. CO-INVESTIGADORES. (5)

NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____	
CARGO _____	
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____	
PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____	
CARGO _____	
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____	
PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____	
CARGO _____	
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____	
PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	

(Si requiere mas opciones para coinvestigadores anexarlos en hoja por separado)

1.8. DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES. (6)

DEPARTAMENTO _____ JEFE DEL DEPARTAMENTO _____ FIRMA _____
DEPARTAMENTO _____ JEFE DEL DEPARTAMENTO _____ FIRMA _____
DEPARTAMENTO _____ JEFE DEL DEPARTAMENTO _____ FIRMA _____

(Si requiere mas opciones para Departamentos anexarlos en hoja por separado)

1.9. INSTITUCIONES PARTICIPANTES. ⑦

INSTITUCION _____
CONVENIO _____
INSTITUCION _____
CONVENIO _____
INSTITUCION _____
CONVENIO _____

1.10. INTENCION DIDACTICA ⑧

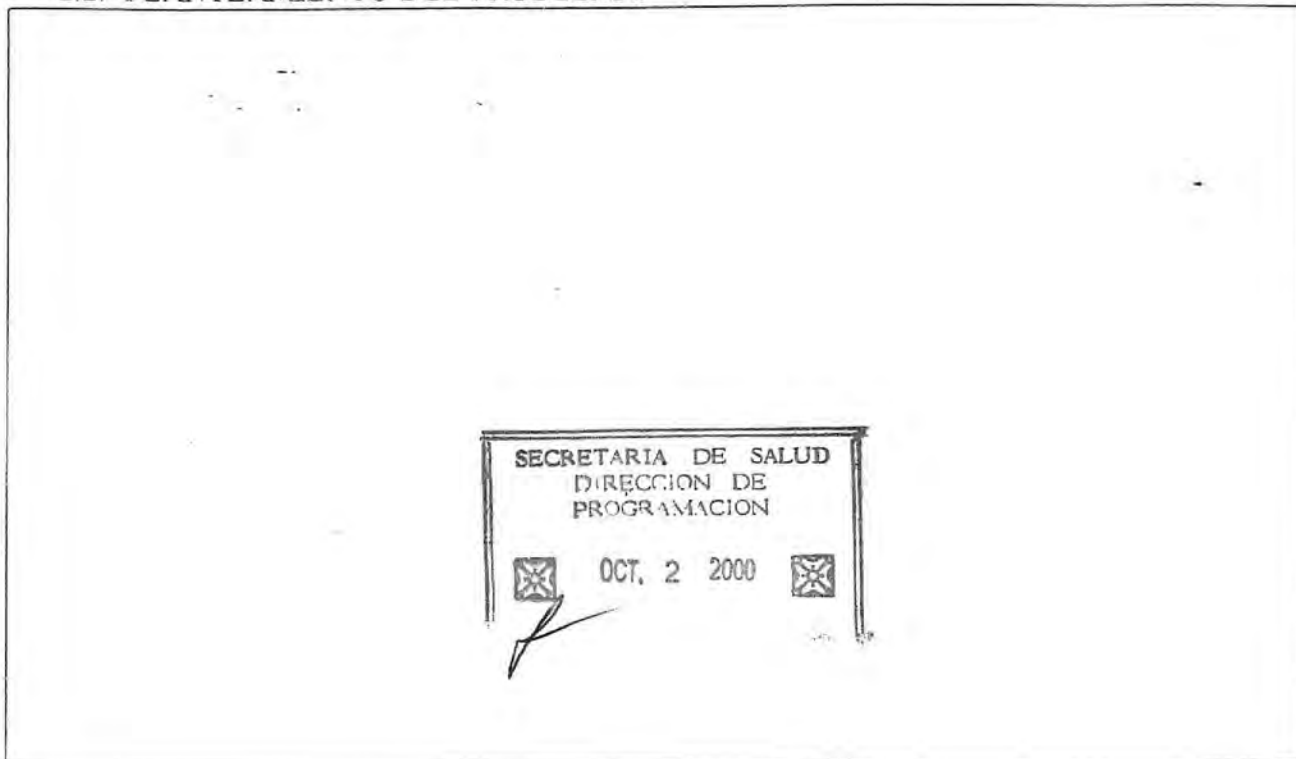
INTENCION APLICATIVA _____
TIPO DE TESIS: Licenciatura ____ Especialidad ____ Subespecialidad _____
CENTRO EDUCATIVO _____
AUTORIZACION: DIRECCION DE ENSEÑANZA _____
CENTRO EDUCATIVO _____
(Anexar copia del Oficio)

2. MARCO TEORICO. ⑨

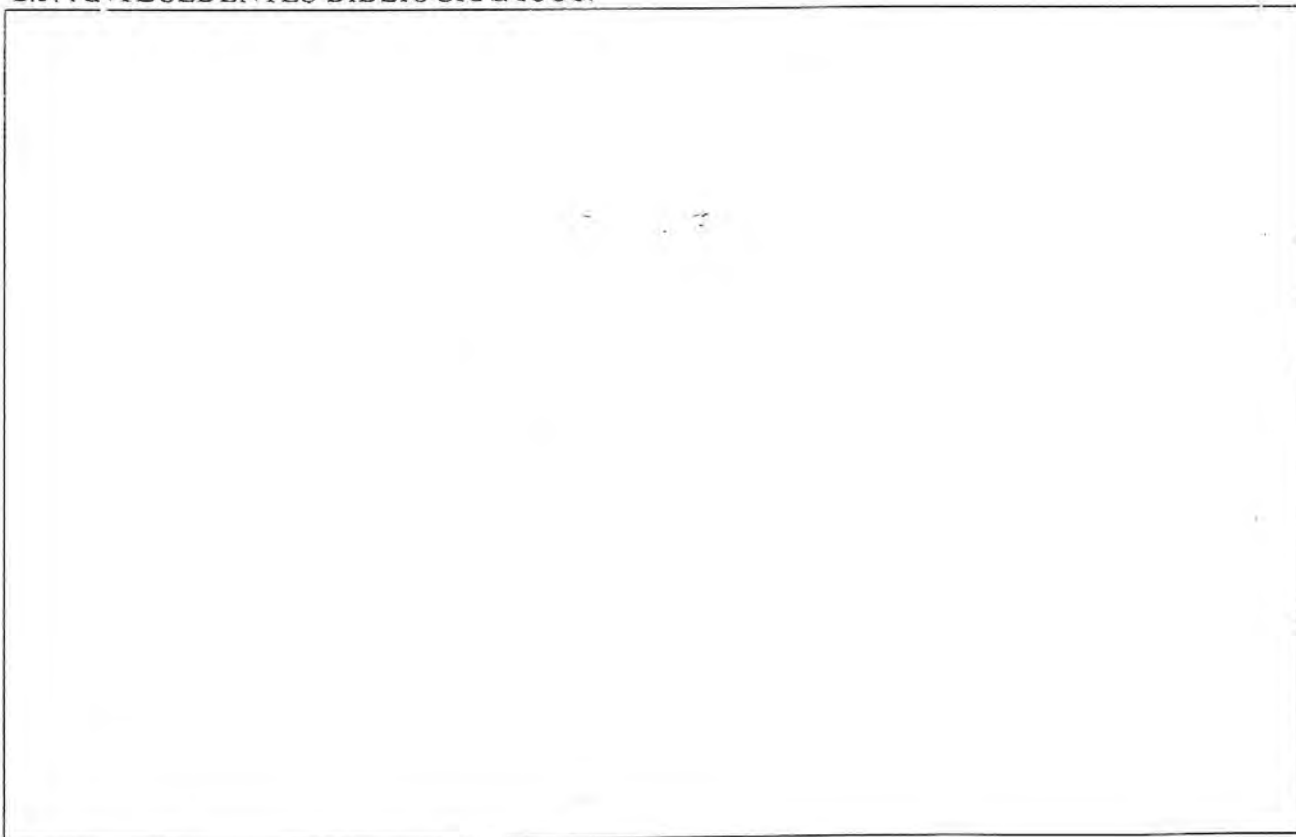
2.1. SINTESIS DEL PROYECTO.



2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.




2.3. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.



ANTECEDENTES (2)

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION

☒ OCT. 2 2000 ☒

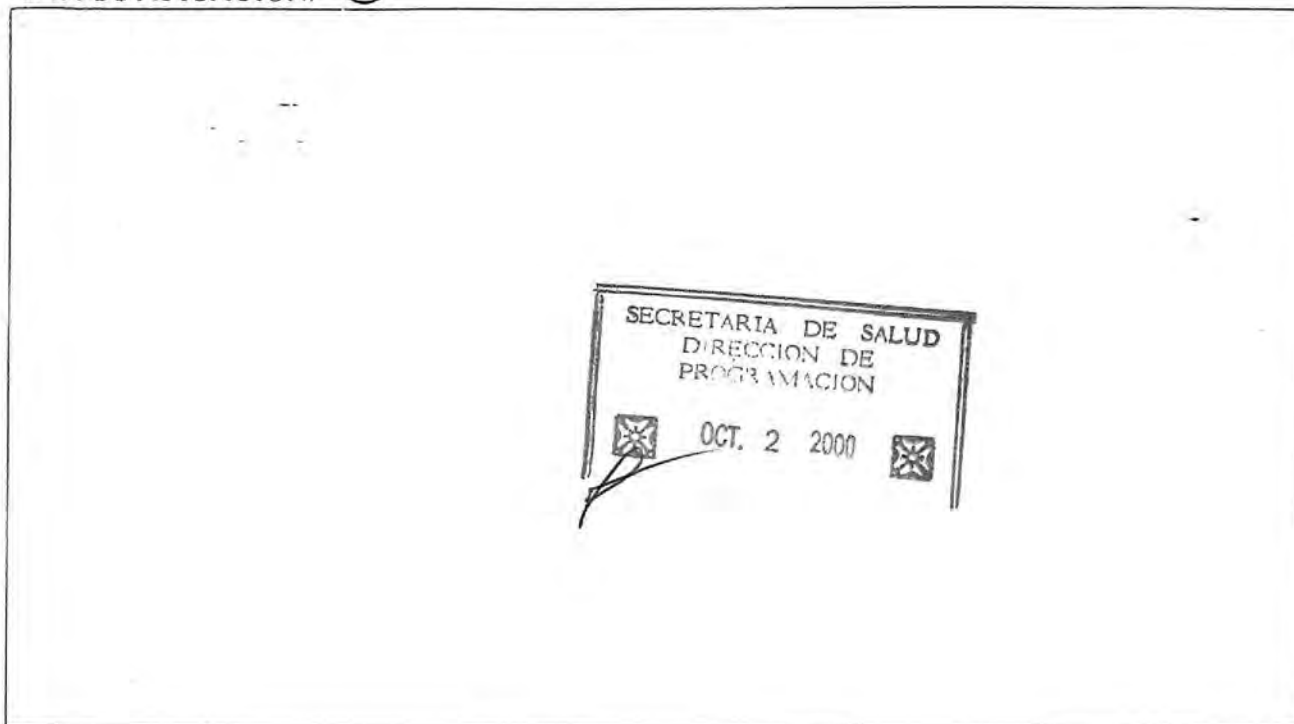


ANTECEDENTES (3).

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION

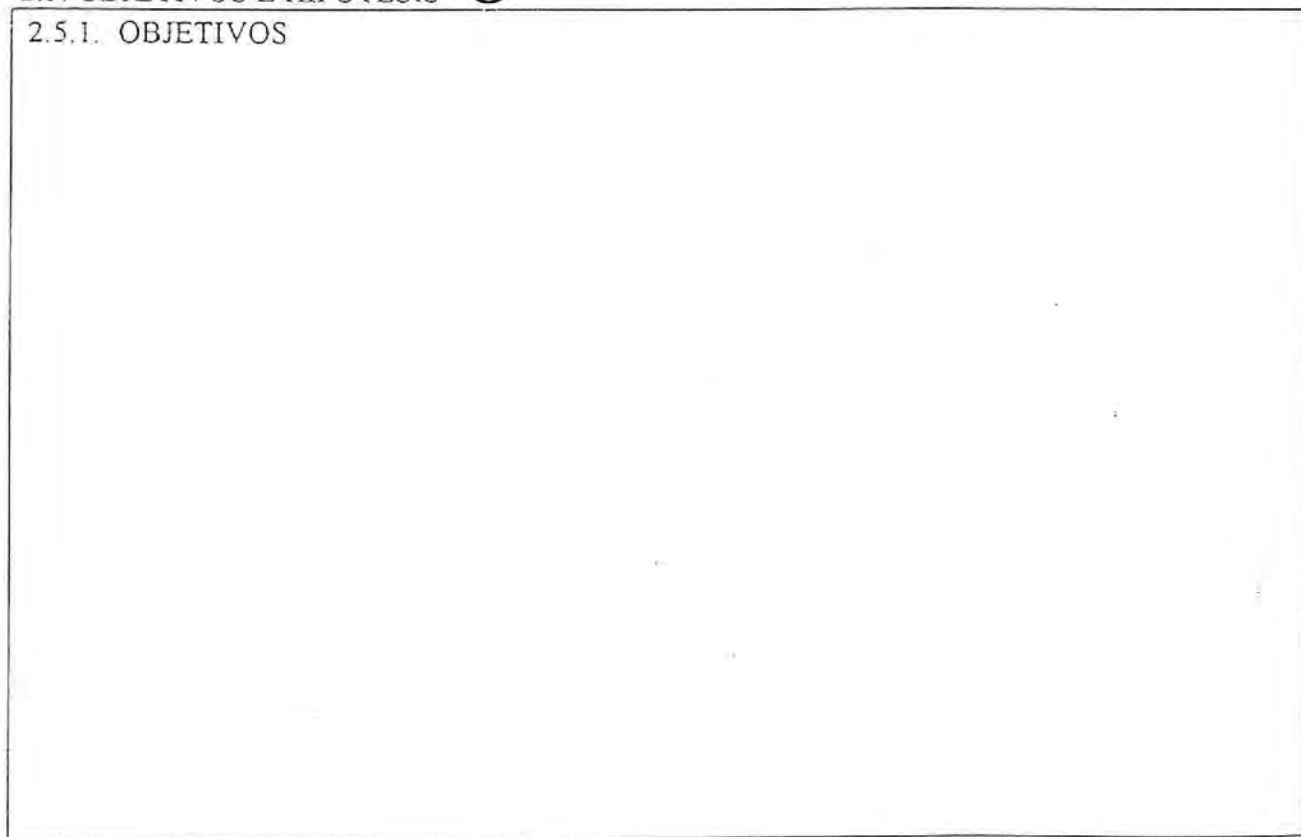
OCT. 2 2000

2.4. JUSTIFICACION. ⑩



2.5. OBJETIVOS E HIPOTESIS ⑪

2.5.1. OBJETIVOS



OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.5.2. HIPOTESIS



3. DISEÑO DEL ESTUDIO. (12)

3.1. TIPO DE INVESTIGACION.

EXPERIMENTAL	—
CUASI-EXPERIMENTAL	—
OBSERVACIONAL	—

3.2 TIPOS DE DISEÑOS. (13)

EXPERIMENTO O ENSAYO CLINICO	—
ESTUDIO DE COHORTE	—
ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES	—
ESTUDIO TRANSVERSAL	—

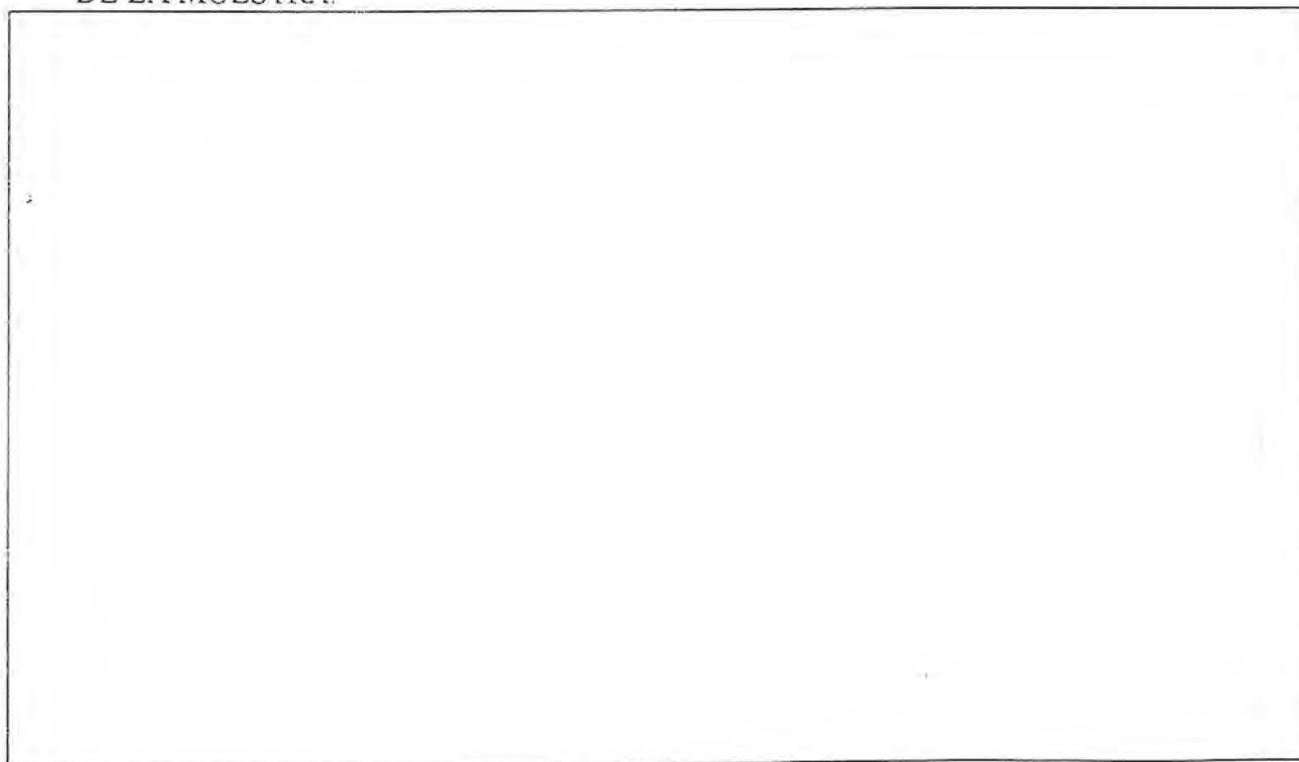
3.3. CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO. (14)

ANALITICO	—	DESCRIPTIVO	—
LONGITUDINAL	—	TRANSVERSAL	—
PROSPECTIVO	—	RETROSPECTIVO	—

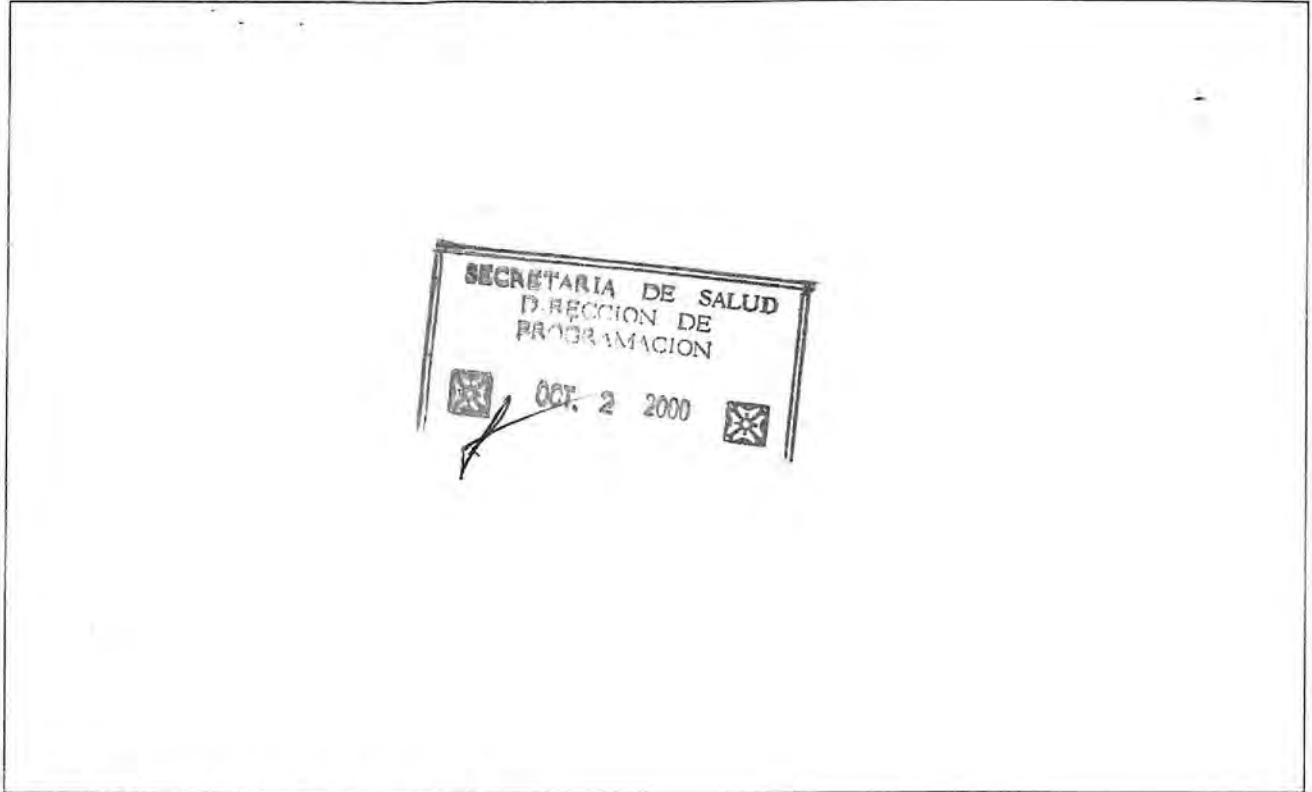
4. METODOLOGIA. (15)
4.1. LUGAR Y DURACION



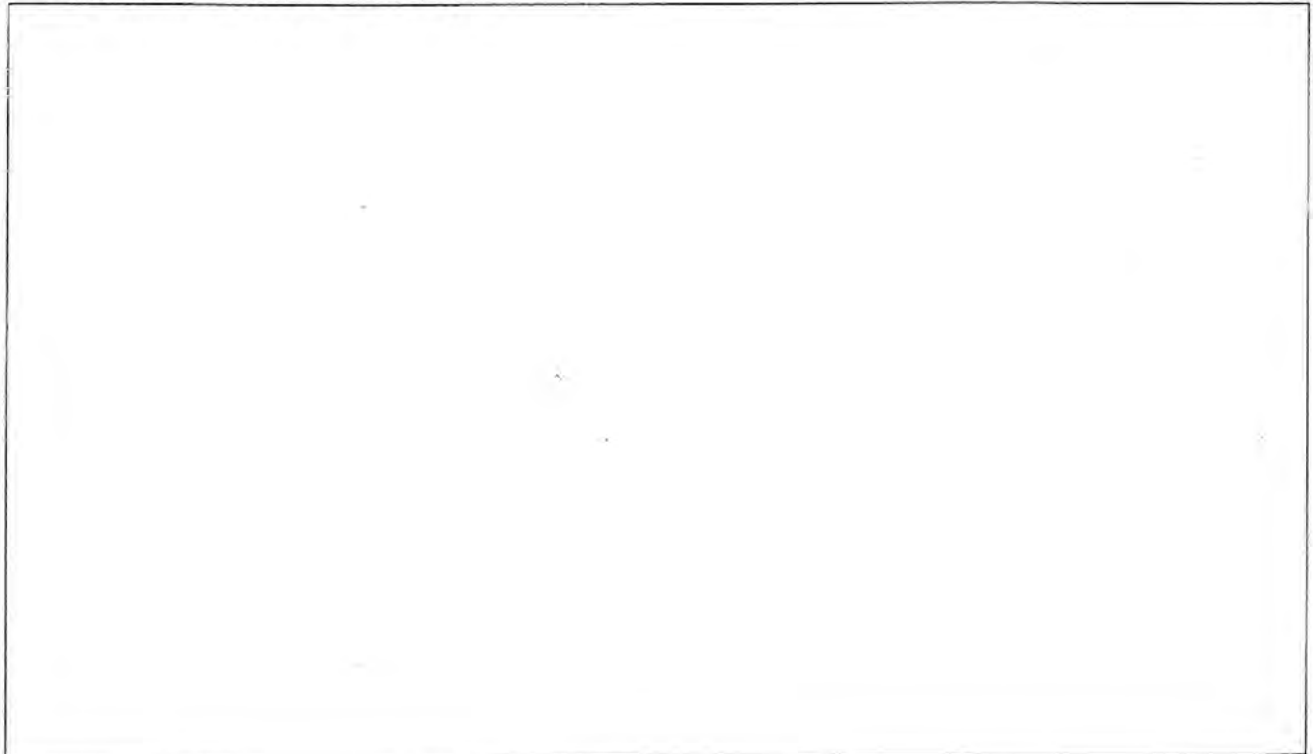
4.2. UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, METODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.



4.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.



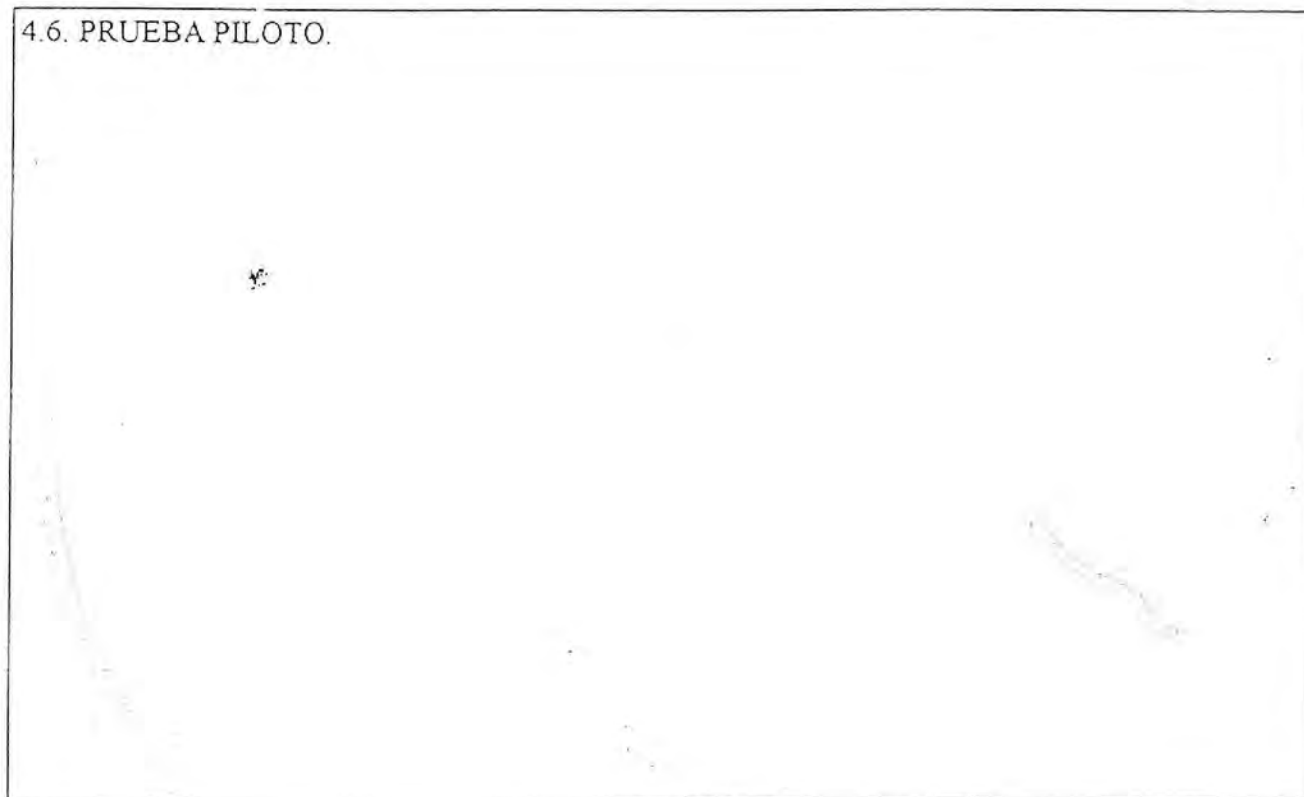
4.4. VARIABLES EN ESTUDIO.




4.5. RECOLECCION DE DATOS.



4.6. PRUEBA PILOTO.



4.7. PLAN DE ANALISIS. (16)

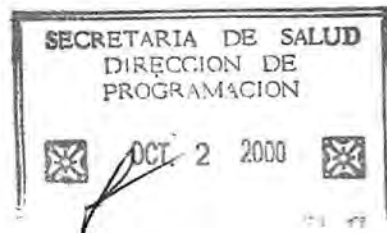
OBJETIVOS	HIPOTESIS	TECNICA ESTADISTICA
		

4.8. ASPECTOS ETICOS.

(17)

- I. Investigación sin riesgo. _____
- II. Investigación con riesgo mínimo. _____
- III. Investigación con riesgo mayor al mínimo. _____

(Anexar Carta de Consentimiento)



5. ORGANIZACION. (18)

5.1. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

RECURSOS HUMANOS:

RECURSOS MATERIALES:

5.2. CAPACITACION DE PERSONAL. (19)

CAPACITACION DE PERSONAL:

ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL:

5.3. FINANCIAMIENTO (20)

INTERNO _____ EXTERNO _____
(En caso de Financiamiento Externo)
FUENTE _____
MONTO _____

5.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (21)

Anexar Formato

A. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA.

22



Si requiere de mayor espacio para las referencias, anexar en hoja por separado.

NOTA: OTRO TIPO DE INFORMACION RELACIONADA CON EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION, DEBE ANEXARLA AL FINAL DEL MISMO (CUESTIONARIOS, FORMATOS, CONVENIOS, CARTA DE CONSENTIMIENTO, ETC.) .



Formato 1

TEXTO DECLARATORIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO 23
 (Nombre del participante o de su representante legal)

declaro libremente que estoy de acuerdo en participar (en que participe mi representado cuyo nombre aparece abajo) en esta investigación cuyo objetivo, procedimientos, beneficios, y riesgos se especifican en el Apartado A de este documento.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación.

Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se me proporcione, se vea afectada por este hecho.

En el caso que yo decida retirarlo, deberán seguir las siguientes indicaciones: 24

Se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me deba brindar y que toda la información que se otorgue sobre mi (su) identidad y participación será confidencial, excepto cuando yo lo autorice.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto al investigador que me informó y dos testigos, conservando una copia de a) Consentimiento informado y b) Información proporcionada para obtener mi autorización.

25 México D.F. a _____ de _____ de 199_

	NOMBRE	<u>26</u>	FIRMA
PARTICIPANTE	_____		_____
REPRESENTANTE	_____		_____
INVESTIGADOR	_____		_____
TESTIGO	_____		_____
TESTIGO	_____		_____

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION

PRESUPUESTO (28)

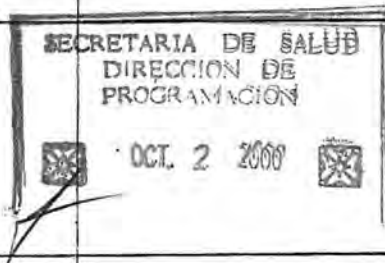
Protocolo N° _____ Investigador responsable _____

Título _____

Fuente del Financiamiento _____ Fecha: Inicio _____

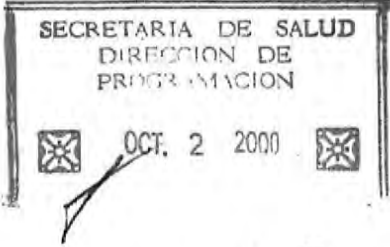
Monto _____ Fecha: Terminación _____

Sub-cuenta	CONCEPTO	NÚMERO	COSTO UNITARIO (paciente, caso, muestra, encuesta, etc.)	COSTO SUBTOTAL
01	Unidad de Investigación 01.1. Pacientes 01.1.1. Hospitalización día/cama 01.1.2. Consulta médica 01.2. Otros (especificar)			
02	Personal auxiliar 02.1. Médico 02.2. Enfermería 02.3. Secretarial 02.4. Capturista 02.5. Encuestador 02.6. Otros (especificar)			
03	Exámenes de laboratorio			
04	Estudios de gabinete			
05	Estudios especiales (describir)			
06	Materiales y equipo			
07	Otros (especificar)			
08	Honorarios de investigadores			
			COSTO DIRECTO	
09	Instituto Nacional de Perinatología (20% del costo directo) para proyectos con financiamiento externo			
			COSTO TOTAL	



C R O N O G R A M A

(29)



PROTOCOLOS N°.
TITULO
FECHA DE INICIO
FECHA DE TERMINACION

N°.	ACTIVIDAD	MES CALENDARIO PROGRAMADO															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	DISEÑO Y DESARROLLO TÉCNICO																
	ESTUDIO PILOTO																
	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS																
	RECOLECCIÓN DE DATOS																
	CODIFICACIÓN																
	PROCESAMIENTO DE DATOS																
	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN																
	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL																
	ELABORACIÓN DE ARTÍCULO																



SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN

OCT, 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

- | NO. | CONCEPTO | SE ANOTARÁ: |
|-----|--------------------|---|
| 1 | FECHA DE RECEPCIÓN | LA FECHA EN QUE SE RECIBE EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN. |
| 2 | DATOS GENERALES | EL TÍTULO DEL PROYECTO, EL CÚAL DEBE INDICAR EN FORMA PRECISA EL OBJETO DEL ESTUDIO, LAS ÁREAS DE INVESTIGACIÓN SON: CLÍNICA, BIOMÉDICA, SALUD PÚBLICA Y BIOTECNOLÓGICA, LAS SUBÁREAS COMPRENDEN: BILOGÍA MOLECULAR, BIOQUÍMICA, EPIDEMIOLOGÍA, FARMACOLOGÍA, FISIOLOGÍA, GENÉTICA, INMUNOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA, MORFOLOGÍA, SERVICIOS DE SALUD Y OTRAS, LA LINEA DE INVESTIGACIÓN SE REFIERE A LOS GRANDES PROBLEMAS DE PROBLEMAS DE SALUD QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA HA DEFINIDO A TRAVÉS DE SU EXPERIENCIA INSTITUCIONAL, A SABER: 1.-ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL, 2.- ATENCIÓN NEONATAL Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL PEDIÁTRICO, 3.-PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER, 4.- BIOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA E INMUNOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN, ETC. (TOMADO DEL FOLLETO NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN, MÉXICO, D.F. NOV. 1994) INDICAR LA FECHA REAL DE INICIO Y DE TERMINACIÓN. |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
3 INVESTIGADOR PRINCIPAL	NOMBRE COMPLETO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL ADSCRIPCIÓN, CARGO EN LA INSTITUCIÓN, CON LA INFORMACIÓN DE SU GRADO ACADÉMICO, PUESTO O NOMBRAMIENTO ASIGNADO, DEPARTAMENTO O SUBDIRECCIÓN Y SI PERTENECE AL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.
4 AUTORIZACIÓN	LA DIRECCIÓN, SUBDIRECCIÓN Y EL DEPARTAMENTO QUE AUTORIZA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
5 CO-INVESTIGADORES	NOMBRE COMPLETO DE CO-INVESTIGADORES, Y ADSCRIPCIÓN, CARGO EN LA INSTITUCIÓN, CON INFORMACIÓN DE SU GRADO ACADÉMICO, PUESTO O NOMBRAMIENTO ASIGNADO, DEPARTAMENTO O DIVISIÓN Y SUBDIRECCIÓN DE ADSCRIPCIÓN, Y SI PERTENECE AL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.
6 DEPARTAMENTOS	EL NOMBRE DE LOS DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ASÍ COMO EL NOMBRE COMPLETO Y LA FIRMA DE LOS JEFES DE DICHS DEPARTAMENTOS.
7 INSTITUCIONES PART.	EL NOMBRE DE LAS INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO ASÍ COMO EL CONVENIO QUE HAYAN ESTABLECIDO CON RESPECTO AL MISMO PROYECTO.
8 INTENCIÓN DIDACTICA	EL TIPO DE TESIS, CENTRO EDUCATIVO Y AUTORIZACIÓN DE ENSEÑANZA.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO,
"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
9 MARCO TEÓRICO	EN LA SÍNTESIS DEL PROYECTO SE HARÁ LA DESCRIPCIÓN BREVE DE LA INVESTIGACIÓN, INCLUYE OBJETIVOS, MATERIAL Y MÉTODOS QUE SE EMPLEARÁN, ASÍ COMO POSIBLES RESULTADOS, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ES LA IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DESCRIPCIÓN CLARA DE LO QUE SE PROPONE CONOCER, PROBAR O RESOLVER MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN, EN LOS ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS SE ANOTARA LA EXPOSICIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EMPÍRICO DEL TEMA DE ESTUDIO, DEBEN CITARSE LAS REFERENCIAS DE ESTUDIO SIMILARES Y RECIENTES QUE CONTRIBUYAN A CONFORMAR EL MARCO TEÓRICO.
10 JUSTIFICACIÓN	LOS ARGUMENTOS DEL ESTUDIO, EN TÉRMINOS DE LA ACTUALIDAD DEL PROBLEMA, RELEVANCIA, LOS POSIBLES BENEFICIOS, VENTAJAS E IMPLICACIONES TANTO INSTITUCIONALES COMO NACIONALES E INTERNACIONALES Y SU FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN.
11 OBJETIVO E HIPÓTESIS	DESCRIPCIÓN DEL PROPÓSITO GLOBAL QUE SE ESPERA LOGRAR, EL CUAL DEBE DE SER DESGLOSADO EN OBJETIVOS ESPECÍFICOS, EN LA HIPOTESIS DEBEN SEÑALARSE LAS ALTERNATIVAS DE RESPUESTA TEÓRICA O EXPLICACIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
12 DISEÑO DEL ESTUDIO	SE ANOTARÁ CON UNA "X" LA DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE HAN DE SEGUIRSE EN LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.
13 TIPOS DE DISEÑO	CON UNA "X" EL TIPO DE DISEÑO QUE HA DE SEGUIRSE EN LA INVESTIGACIÓN.
14 CARACTERÍSTICAS	CON UNA "X" LA CARACTERÍSTICA DEL ESTUDIO QUE SERÁ OBJETO DEL PROYECTO.
15 METODOLOGÍA	SE ESPECIFICARÁ EL SITIO EN QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO Y TIEMPO ESTIMADO, SI ES DENTRO DE LA INSTITUCIÓN, ESTIPULAR EL SERVICIO DONDE SE REALIZARÁ, UNIVERSO SERÁ LA DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO, LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN ES LA ESPECIFICACIÓN DEL ELEMENTO TÍPICO DEL QUE SE OBTENDRÁ LA INFORMACIÓN, MÉTODOS DE MUESTREO SE DESCRIBIRÁ MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA ELEGIR A LOS SUJETOS A ESTUDIAR, TAMAÑO DE LA MUESTRA SE ESPECIFICARÁ LOS CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DEL NÚMERO DE SUJETOS A ESTUDIAR, EN LOS CRITERIOS



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
	DE INCLUSIÓN SE DEFINIRÁ LAS CUALIDADES QUE DETERMINAN LA ELECCIÓN DE UN SUJETO O IMPEDIRÁN SU ACCESO AL ESTUDIO, EN LAS VARIABLES DE ESTUDIO SE ESPECIFICARÁN LAS CARACTERÍSTICAS O ATRIBUTOS DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN, UNIDADES DE MEDIDA Y LAS ESCALAS DE CLASIFICACIÓN EN QUE SE MEDIRÁN, RECOLECCIÓN DE DATOS LA SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DISEÑO DE LOS FORMULARIOS QUE SE UTILIZARÁN PARA RECABAR DATOS, SE ESPECIFICARÁ EL PROGRAMA PARA LA PRUEBA PILOTO O ENSAYO QUE PERMITA DETECTAR FALLAS O INCONSISTENCIAS EN EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.
16 PLAN DE ANÁLISIS	LOS SEÑALAMIENTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL CÓMPUTO DE LA INFORMACIÓN, DEBE EXISTIR CORRESPONDENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LAS HIPÓTESIS Y LAS TÉCNICAS DE ANÁLISIS.
17 ASPECTOS TÉCNICOS	CON UNA "X" EL TIPO DE RIESGO DE ACUERDO A LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.
18 ORGANIZACIÓN	NOMBRES DEL PERSONAL, CARGO Y FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE PARTICIPARÁ EN EL PROYECTO, ASÍ COMO LA DESCRIPCIÓN DE LOS MATERIALES, APARATOS Y EQUIPO A UTILIZARSE EN LA INVESTIGACIÓN.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
19 CAPACITACIÓN DE PERSONAL	ESPECIFICAR EL PERSONAL QUE REQUIERE DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO, HACIENDO MENCIÓN DEL TIPO Y TIEMPO EMPLEADO, DESCRIBIR EL TIPO DE CAPACITACIÓN, LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO Y PERSONAL QUE LO PROPORCIONARÁ
20 FINANCIAMIENTO	PARA INVESTIGACIONES CON PRESUPUESTO INTERNO. SOLÓ SE DESCRIBIRÁN LOS CONCEPTOS, CON FINANCIAMIENTO EXTERNO SE ELABORARÁ PRESUPUESTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES (FORMATO 3).
21 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	ESPECIFICAR CADA ACTIVIDAD, ENTIDAD RESPONSABLE Y TIEMPO DE EJECUCIÓN (FORMATO 4)
22 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEBERÁN SER NUMERADAS DE ACUERDO CON LA SECUENCIA DE APARICIÓN DE LAS MISMAS EN EL TEXTO.
23 YO	FORMATO 1 NOMBRE DEL PACIENTE PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN O DE SU REPRESENTANTE LEGAL.



SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA DE SALUD		
DIAS	MESES	AÑO
PROGRAMACIÓN		
OCT.	2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
24 INDICACIONES	INDICACIONES DEL PACIENTE SI DECIDE RETIRARSE DE LA INVESTIGACIÓN.
25 FECHA	LA FECHA EN QUE SE DA TRÁMITE ESTE FORMATO.
26 NOMBRE- FIRMA	EL NOMBRE Y LA FIRMA YA SEA DEL PACIENTE PARTICIPANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL Y DOS TESTIGOS. <p style="text-align: right;">FORMATO 2</p>
27 RECURSOS HUMANOS	EL NOMBRE DE LOS RESPONSABLES QUE VAN A INTERVENIR EN EL PROYECTO, NÚMERO DEL PROTOCOLO, Y TÍTULO CLARO Y CONCISO, LA FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ASÍ MISMO LA CALENDARIZACIÓN PROGRAMADA DE SUS ACTIVIDADES. <p style="text-align: right;">FORMATO 3</p>
28 PRESUPUESTO	EL NÚMERO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, NOMBRE DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE, LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO, EL MONTO, FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN, INDICAR EN CADA SUBCUENTA: EL CONCEPTO NÚMERO, COSTO UNITARIO, COSTO SUBTOTAL, COSTO DIRECTO, EL % PARA PROYECTOS CON FINANCIAMIENTO EXTERNO Y POR ÚLTIMO EL COSTO TOTAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO

SE ANOTARÁ:

FORMATO 4

29 CRONOGRAMA

EL NÚMERO DEL PROTOCOLO, EL TÍTULO CLARO Y CONCISO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN Y LA CALENDARIZACIÓN PROGRAMADA DE SUS ACTIVIDADES.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

426

FECHA AUT.

SECRETARIA DE SALUD	DIA	MES	ANO

DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

28.- PROCEDIMIENTO PARA DAR CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS EN INVESTIGACIÓN Y SERES HUMANOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
427

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

ESTABLECER Y ASESORAR AL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y DE ÉTICA EL DESARROLLO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN RELACIONADOS CON SERES HUMANOS.



SECRETARÍA DE SALUD	DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN	DEANÍA DE SALUD
	OCT. 2	2000

POLÍTICAS Y NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN VIGILAR EL CUMPLIMIENTO, DAR A CONOCER LAS NORMAS ÉTICAS PARA LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE HAN DICTADO LOS ORGANISMOS NACIONALES E INTERNACIONALES
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DAR Y LOS SEGUIMIENTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA DESARROLLO DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PROMOVER EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y ESTABLECIMIENTOS DE CONVENIOS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS EN MATERIA DE SALUD Y DAR PRIORIDAD DE ACORDE A LAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN SEGÚN PROGRAMA INSTITUCIONAL DE MODERNIZACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL EN LA QUE EL SER HUMANO SEA SUJETO DE ESTUDIO CUYO FIN SEA ESENCIALMENTE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO PARA UN PACIENTE INTERNO O EXTERNO CRITERIO DONDE DEBERÁ PREVALECER EL CRITERIO DEL RESPETO A SU DIGNIDAD Y LA PROTECCIÓN DE SUS DERECHOS Y BIENESTAR.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL RESPETAR EL DERECHO A LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE SUJETO A INVESTIGACIÓN Y DEBERÁ ADOPTAR TODA CLASE DE PRECAUCIONES PARA RESGUARDAR LA INTIMIDAD DEL INDIVIDUO Y REDUCIR AL MÍNIMO EL EFECTO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE SU INTEGRIDAD FÍSICA Y MENTAL Y SU PERSONALIDAD.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
429

FECHA AUT.
DÍA MES AÑO

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO : 28.- CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS EN INVESTIGACIÓN Y SERES HUMANOS

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	ANALIZA PROYECTO E INSTRUYE A TODOS LOS DEPARTAMENTOS QUE CONFORMAN LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA QUE CUMPLAN LAS NORMAS ÉTICAS EN INVESTIGACIÓN CON BASE EN EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA.
DEPARTAMENTOS QUE REALIZAN INVESTIGACIÓN EN EL INSTITUTO	2	RECIBEN INSTRUCCIÓN, REDACTAN SU PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL FORMATO "PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN" (SIN NÚMERO) Y LO TURNAN CON OFICIO A LA DIRECCIÓN MÉDICA PARA SU EVALUACIÓN EN ORIGINAL Y COPIA.
DIRECCIÓN MÉDICA	3	RECIBE DE LOS DEPARTAMENTOS DEL INSTITUTO QUE REALIZAN INVESTIGACIÓN SU PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, TURNA MEDIANTE OFICIO A LA COMISIÓN DE INVESTIGACION Y DE ÉTICA PARA SU EVALUACIÓN.
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DE ÉTICA DEL INSTITUTO	4	RECIBE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS Y EVALÚA: ¿PROCEDE? NO: REALIZA CORRECCIONES Y VUELVE A LA ACTIVIDAD No.2 SÍ: PROPONE AL INVESTIGADOR PRINCIPAL SOLICITANDO LA OPINIÓN DE EXPERTOS EN LOS CASOS QUE SE CONSIDERE NECESARIO, ENTREGANDO LA DOCUMENTACIÓN JUNTO CON EL "PROYECTO DE INVESTIGACION" FORMATO S/N Y ES ACEPTADO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
430

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO :

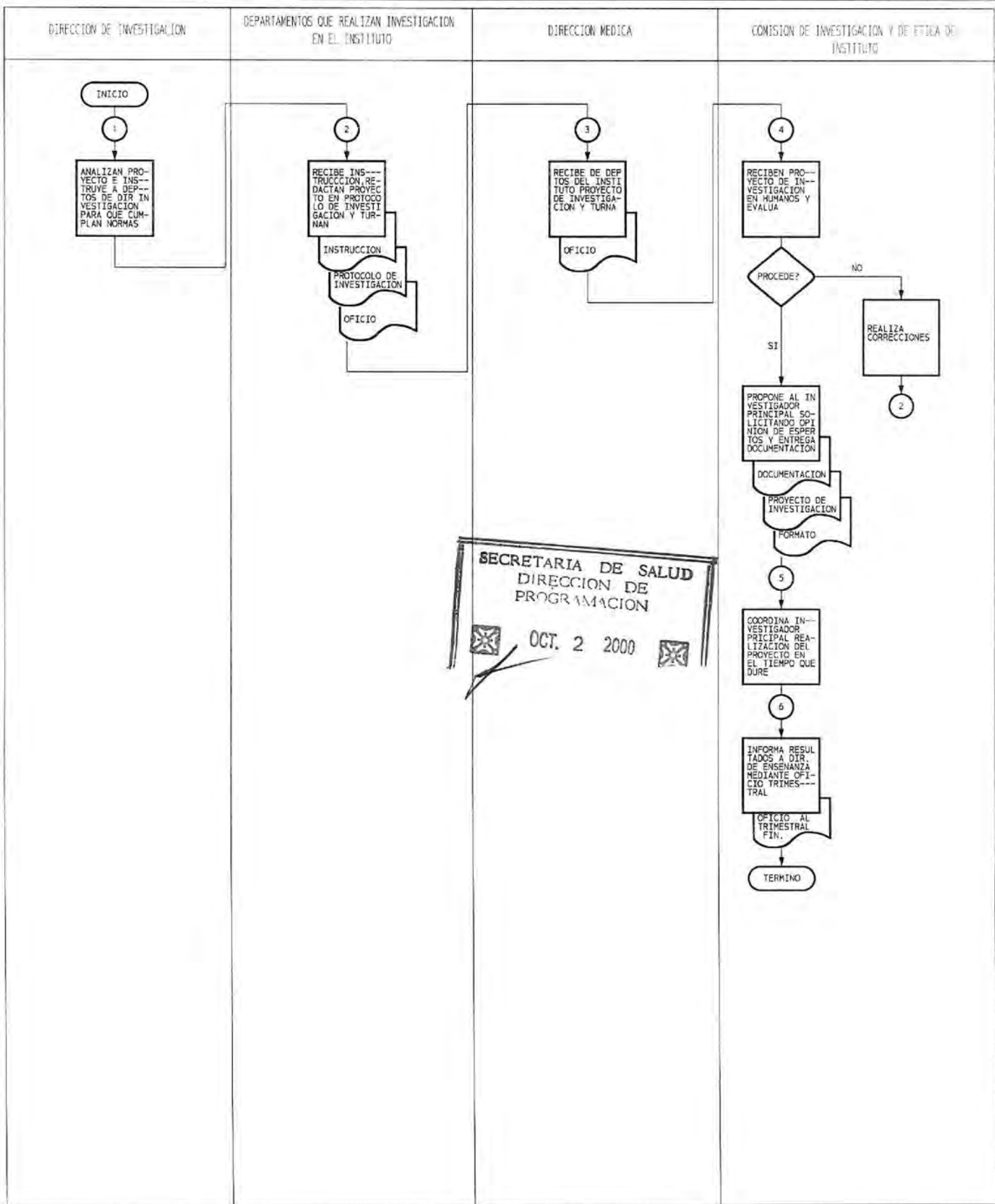
28.- CUMPLIMIENTO DE NORMAS ÉTICAS EN INVESTIGACIÓN Y SERES HUMANOS

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
	5	COORDINA EL INVESTIGADOR PRINCIPAL LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA, BIOMÉDICA Ó EN SALUD PÚBLICA SEGÚN SEA EL CASO. EN EL TIEMPO QUE DURE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
	6	INFORMA LOS RESULTADOS A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA MEDIANTE OFICIO TRIMESTRALMENTE EN ORIGINAL Y COPIA.
		TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE: DIRECCION DE INVESTIGACION
 PROCEDIMIENTO: 26.-CUMPLIMIENTO DE NORMAS ETICAS EN INVESTIGACION Y SERES HUMANOS



SECRETARIA DE SALUD
 DIRECCION DE PROGRAMACION
 OCT. 2 2000


INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION

FECHA DE RECEPCION ①
REGISTRO PROVISIONAL INPer
(No llenar)

REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1. DATOS GENERALES. ②

1.1. TITULO DEL PROYECTO.



1.2. AREA DE INVESTIGACION.

1.3. SUBAREA DE INVESTIGACION.

1.4. LINEA DE INVESTIGACION.

1.5. FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINACION??

1.6. INVESTIGADOR PRINCIPAL. ③

INVESTIGADOR PRINCIPAL.

NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____

MATERNO _____

NOMBRE(S) _____

ADSCRIPCION _____

CARGO _____

NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____

PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____

AUTORIZACION: ④ _____

DEPARTAMENTO _____

SUBDIRECCION _____

DIRECCION _____

1.7. CO-INVESTIGADORES. (5)

NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____ CARGO _____ NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____ PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____ CARGO _____ NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____ PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____ CARGO _____ NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____ PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	

(Si requiere mas opciones para coinvestigadores anexarlos en hoja por separado)

1.8. DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES. (6)

DEPARTAMENTO _____ JEFE DEL DEPARTAMENTO _____ FIRMA _____
DEPARTAMENTO _____ JEFE DEL DEPARTAMENTO _____ FIRMA _____
DEPARTAMENTO _____ JEFE DEL DEPARTAMENTO _____ FIRMA _____

(Si requiere mas opciones para Departamentos anexarlos en hoja por separado)

1.9. INSTITUCIONES PARTICIPANTES. ⑦

INSTITUCION	_____
CONVENIO	_____
INSTITUCION	_____
CONVENIO	_____
INSTITUCION	_____
CONVENIO	_____

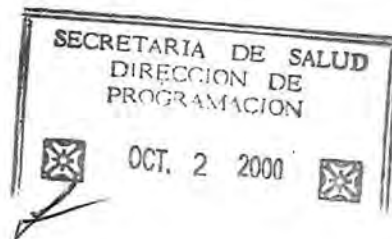
1.10. INTENCION DIDACTICA ⑧

INTENCION APLICATIVA	_____
TIPO DE TESIS: Licenciatura	_____ Especialidad _____ Subespecialidad _____
CENTRO EDUCATIVO	_____
AUTORIZACION: DIRECCION DE ENSEÑANZA	_____
CENTRO EDUCATIVO	_____

(Anexar copia del Oficio)

2. MARCO TEORICO. ⑨

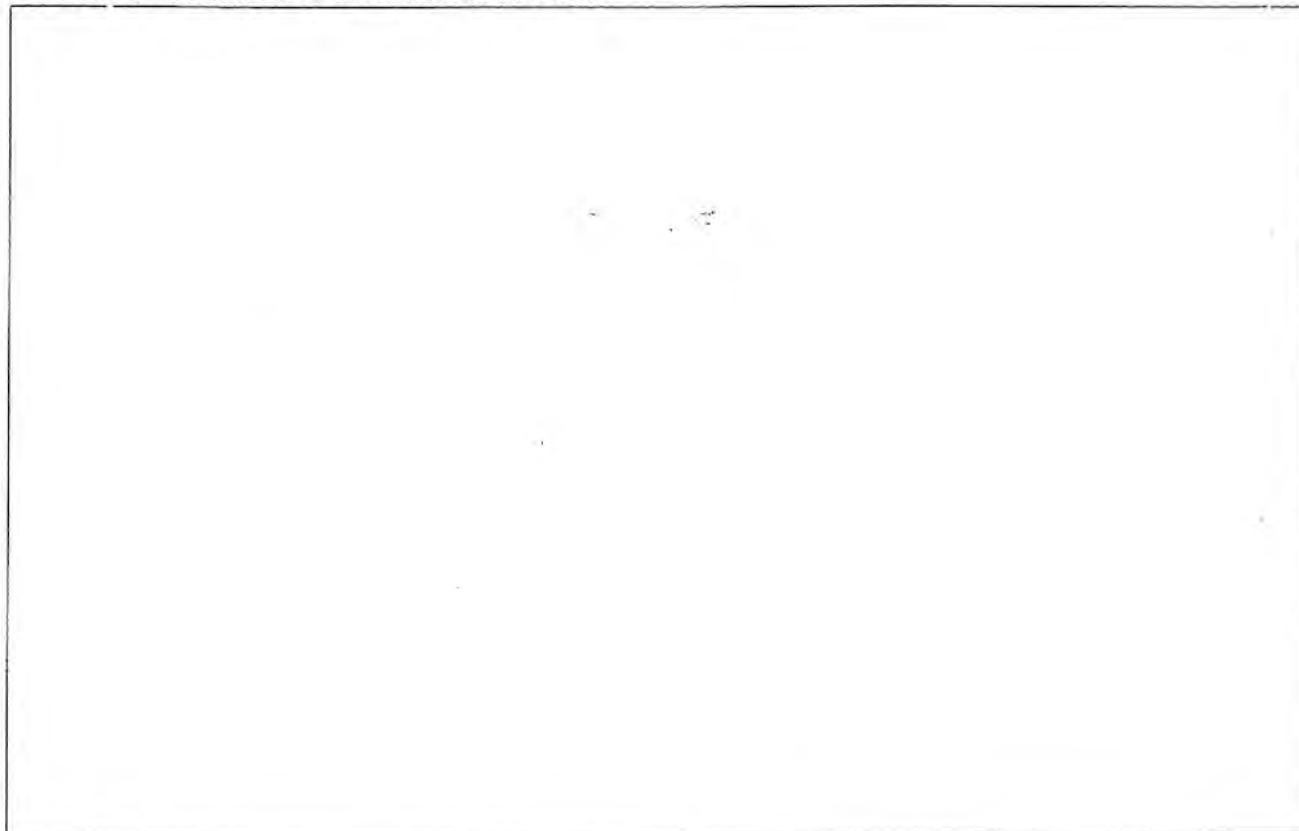
2.1. SINTESIS DEL PROYECTO.



2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.




2.3. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.



ANTECEDENTES (2)

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION

✠ OCT. 2 2000 ✠



ANTECEDENTES (3).

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION



OCT. 2 2000



[Handwritten mark]

2.4. JUSTIFICACION. ⑩



2.5. OBJETIVOS E HIPOTESIS ⑪

2.5.1. OBJETIVOS

Empty space for the objectives and hypotheses section.

OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.5.2. HIPOTESIS



3. DISEÑO DEL ESTUDIO. (12)

3.1. TIPO DE INVESTIGACION.

EXPERIMENTAL	—
CUASI-EXPERIMENTAL	—
OBSERVACIONAL	—

3.2 TIPOS DE DISEÑOS. (13)

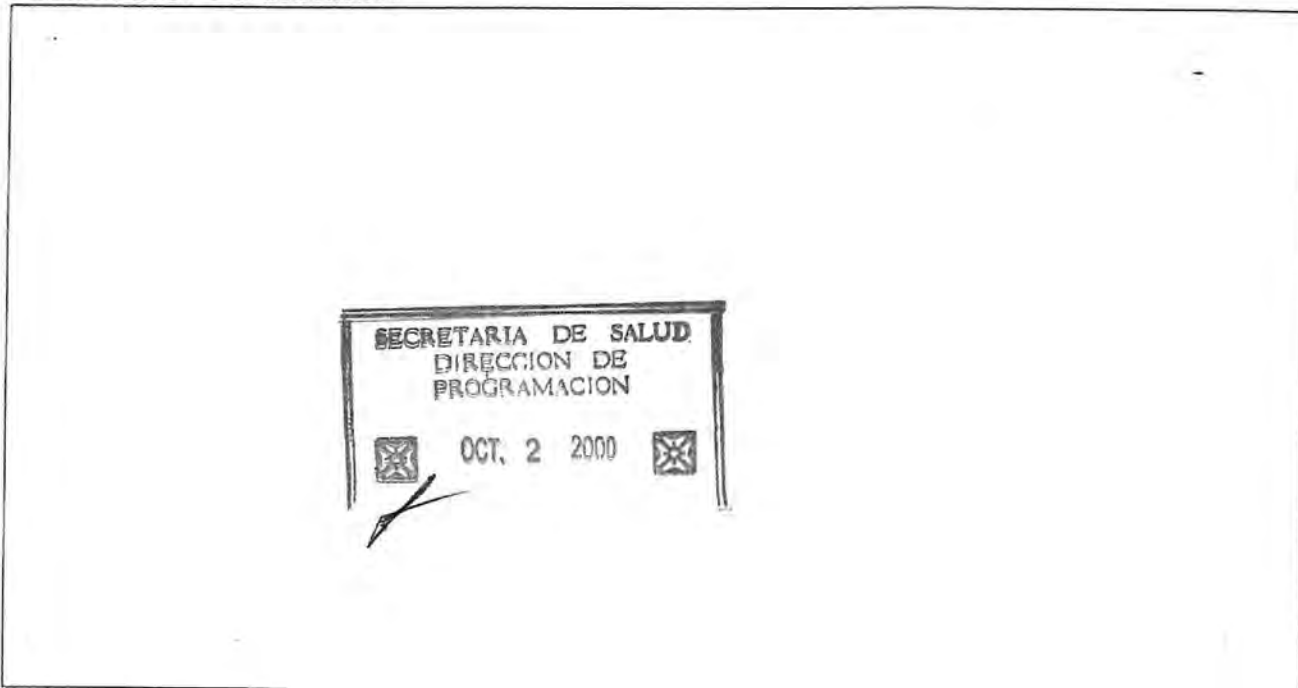
EXPERIMENTO O ENSAYO CLINICO	—
ESTUDIO DE COHORTE	—
ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES	—
ESTUDIO TRANSVERSAL	—

3.3. CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO. (14)

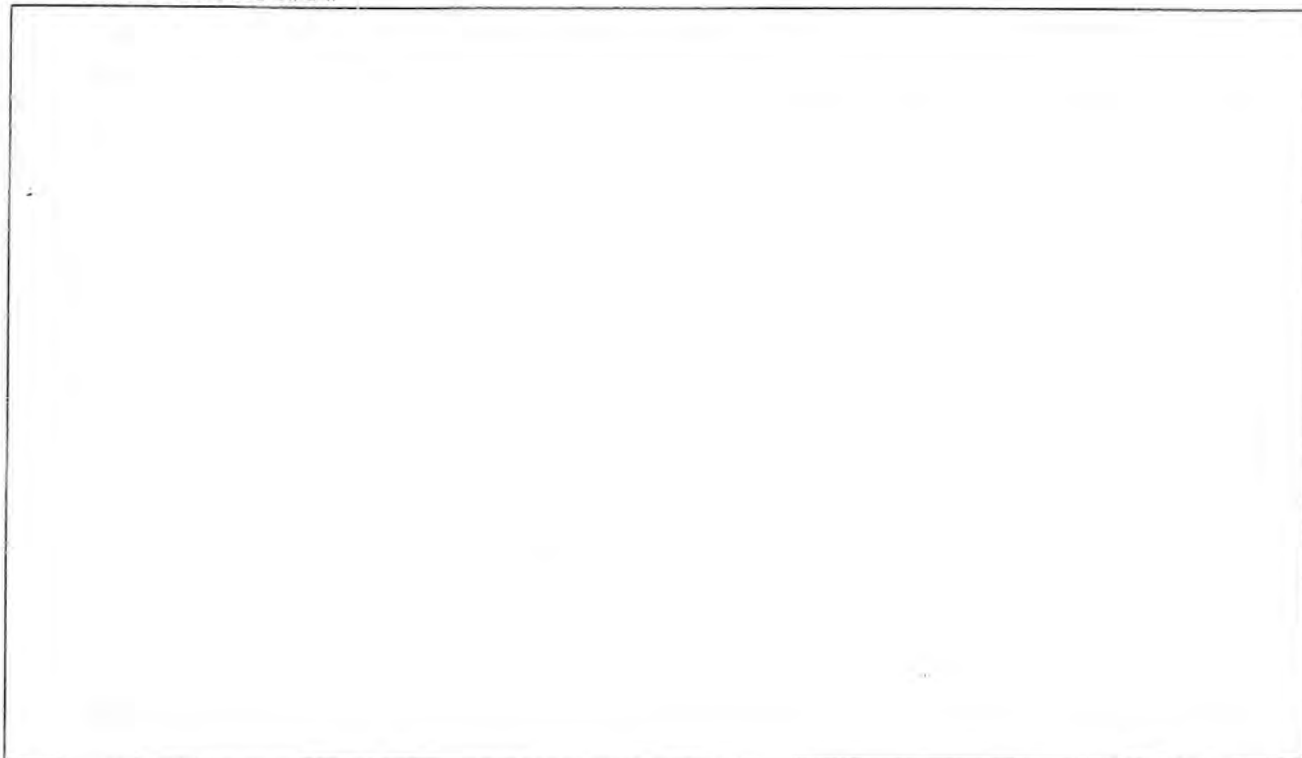
ANALITICO	—	DESCRIPTIVO	—
LONGITUDINAL	—	TRANSVERSAL	—
PROSPECTIVO	—	RETROSPECTIVO	—

4. METODOLOGIA. (15)

4.1. LUGAR Y DURACION



4.2. UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, METODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.



4.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION


OCT. 2 2000

4.4. VARIABLES EN ESTUDIO.

4.5. RECOLECCION DE DATOS.

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRIAMACION

OCT. 2 2000



4.6. PRUEBA PILOTO.

4.7. PLAN DE ANALISIS. (16)

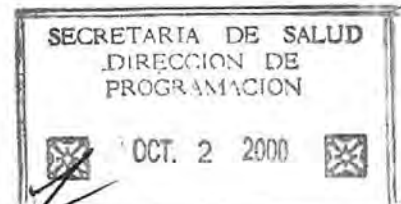
OBJETIVOS	HIPOTESIS	TECNICA ESTADISTICA
		

4.8. ASPECTOS ETICOS.

(17)

- I. Investigación sin riesgo. _____
- II. Investigación con riesgo mínimo. _____
- III. Investigación con riesgo mayor al mínimo. _____

(Anexar Carta de Consentimiento)



5. ORGANIZACION. (18)

5.1. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

RECURSOS HUMANOS:

RECURSOS MATERIALES:

5.2. CAPACITACION DE PERSONAL. (19)

CAPACITACION DE PERSONAL:

ADiestRAMIENTO DE PERSONAL:

5.3. FINANCIAMIENTO (20)

INTERNO _____ EXTERNO _____

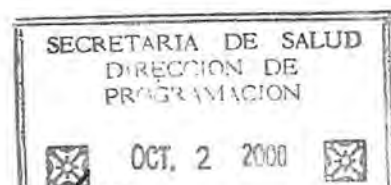
(En caso de Financiamiento Externo)

FUENTE _____

MONTO _____

5.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (21)

Anexar Formato



Si requiere de mayor espacio para las referencias, anexar en hoja por separado.

NOTA: OTRO TIPO DE INFORMACION RELACIONADA CON EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION, DEBE ANEXARLA AL FINAL DEL MISMO (CUESTIONARIOS, FORMATOS, CONVENIOS, CARTA DE CONSENTIMIENTO, ETC.)



Formato 1

TEXTO DECLARATORIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO (23) _____
(Nombre del participante o de su representante legal)

declaro libremente que estoy de acuerdo en participar (en que participe mi representado cuyo nombre aparece abajo) en esta investigación cuyo objetivo, procedimientos, beneficios, y riesgos se especifican en el Apartado A de este documento.

Es de mi conocimiento que los investigadores me han ofrecido aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o que surja durante el desarrollo de la investigación.

Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento de participar en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se me proporcione, se vea afectada por este hecho.

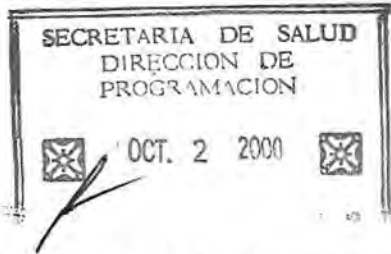
En el caso que yo decida retirarlo, deberán seguir las siguientes indicaciones: (24)

Se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá en el costo de la atención médica que se me deba brindar y que toda la información que se otorgue sobre mi (su) identidad y participación será confidencial, excepto cuando yo lo autorice.

Para los fines que se estime conveniente, firmo la presente junto al investigador que me informó y dos testigos, conservando una copia de a) Consentimiento informado y b) Información proporcionada para obtener mi autorización.

(25) México D.F. a _____ de _____ de 199_

NOMBRE (26) FIRMA
PARTICIPANTE _____
REPRESENTANTE _____
INVESTIGADOR _____
TESTIGO _____
TESTIGO _____



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION

PRESUPUESTO (28)

Protocolo N° _____ Investigador responsable _____
 Título _____
 Fuente del Financiamiento _____ Fecha: Inicio _____
 Monto _____ Fecha: Terminación _____

Sub-cuenta	CONCEPTO	NÚMERO	COSTO UNITARIO (paciente, caso, muestra, encuesta, etc.)	COSTO SUBTOTAL
01	Unidad de Investigación 01.1. Pacientes 01.1.1. Hospitalización día/cama 01.1.2. Consulta médica 01.2. Otros (especificar)			
02	Personal auxiliar 02.1. Médico 02.2. Enfermería 02.3. Secretarial 02.4. Capturista 02.5. Encuestador 02.6. Otros (especificar)			
03	Exámenes de laboratorio			
04	Estudios de gabinete			
05	Estudios especiales (describir)			
06	Materiales y equipo			
07	Otros (especificar)			
08	Honorarios de investigadores			
			COSTO DIRECTO	
09	Instituto Nacional de Perinatología (20% del costo directo) para proyectos con financiamiento externo			
			COSTO TOTAL	

C R O N O G R A M A

(29)



PROTOCOLOS N°.
TITULO
FECHA DE INICIO
FECHA DE TERMINACION

N°.	ACTIVIDAD	MES CALENDARIO PROGRAMADO															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
	DISEÑO Y DESARROLLO TÉCNICO																
	ESTUDIO PILOTO																
	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS																
	RECOLECCIÓN DE DATOS																
	CODIFICACIÓN																
	PROCESAMIENTO DE DATOS																
	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN																
	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL																
	ELABORACIÓN DE ARTÍCULO																



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

- | NO. | CONCEPTO | SE ANOTARÁ: |
|-----|--------------------|---|
| 1 | FECHA DE RECEPCIÓN | LA FECHA EN QUE SE RECIBE EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN. |
| 2 | DATOS GENERALES | EL TÍTULO DEL PROYECTO, EL CÚAL DEBE INDICAR EN FORMA PRECISA EL OBJETO DEL ESTUDIO, LAS ÁREAS DE INVESTIGACIÓN SON: CLÍNICA, BIOMÉDICA, SALUD PÚBLICA Y BIOTECNOLÓGICA, LAS SUBÁREAS COMPRENDEN: BILOGÍA MOLECULAR, BIOQUÍMICA, EPIDEMIOLOGÍA, FARMACOLOGÍA, FISIOLOGÍA, GENÉTICA, INMUNOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA, MORFOLOGÍA, SERVICIOS DE SALUD Y OTRAS, LA LINEA DE INVESTIGACIÓN SE REFIERE A LOS GRANDES PROBLEMAS DE PROBLEMAS DE SALUD QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA HA DEFINIDO A TRAVÉS DE SU EXPERIENCIA INSTITUCIONAL, A SABER: 1.-ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL, 2.- ATENCIÓN NEONATAL Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL PEDIÁTRICO, 3.-PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER, 4.- BIOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA E INMUNOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN, ETC. (TOMADO DEL FOLLETO NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN, MÉXICO, D.F. NOV. 1994) INDICAR LA FECHA REAL DE INICIO Y DE TERMINACIÓN. |



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
3	INVESTIGADOR PRINCIPAL	NOMBRE COMPLETO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL ADSCRIPCIÓN, CARGO EN LA INSTITUCIÓN, CON LA INFORMACIÓN DE SU GRADO ACADÉMICO, PUESTO O NOMBRAMIENTO ASIGNADO, DEPARTAMENTO O SUBDIRECCIÓN Y SI PERTENECE AL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.
4	AUTORIZACIÓN	LA DIRECCIÓN, SUBDIRECCIÓN Y EL DEPARTAMENTO QUE AUTORIZA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
5	CO-INVESTIGADORES	NOMBRE COMPLETO DE CO-INVESTIGADORES, Y ADSCRIPCIÓN, CARGO EN LA INSTITUCIÓN, CON INFORMACIÓN DE SU GRADO ACADÉMICO, PUESTO O NOMBRAMIENTO ASIGNADO, DEPARTAMENTO O DIVISIÓN Y SUBDIRECCIÓN DE ADSCRIPCIÓN, Y SI PERTENECE AL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.
6	DEPARTAMENTOS	EL NOMBRE DE LOS DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ASÍ COMO EL NOMBRE COMPLETO Y LA FIRMA DE LOS JEFES DE DICHS DEPARTAMENTOS.
7	INSTITUCIONES PART.	EL NOMBRE DE LAS INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO ASÍ COMO EL CONVENIO QUE HAYAN ESTABLECIDO CON RESPECTO AL MISMO PROYECTO.
8	INTENCIÓN DIDACTICA	EL TIPO DE TESIS, CENTRO EDUCATIVO Y AUTORIZACIÓN DE ENSEÑANZA.



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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
9	MARCO TEÓRICO	EN LA SÍNTESIS DEL PROYECTO SE HARÁ LA DESCRIPCIÓN BREVE DE LA INVESTIGACIÓN, INCLUYE OBJETIVOS, MATERIAL Y MÉTODOS QUE SE EMPLEARÁN, ASÍ COMO POSIBLES RESULTADOS, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ES LA IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DESCRIPCIÓN CLARA DE LO QUE SE PROPONE CONOCER, PROBAR O RESOLVER MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN, EN LOS ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS SE ANOTARA LA EXPOSICIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EMPÍRICO DEL TEMA DE ESTUDIO, DEBEN CITARSE LAS REFERENCIAS DE ESTUDIO SIMILARES Y RECIENTES QUE CONTRIBUYAN A CONFORMAR EL MARCO TEÓRICO.
10	JUSTIFICACIÓN	LOS ARGUMENTOS DEL ESTUDIO, EN TÉRMINOS DE LA ACTUALIDAD DEL PROBLEMA, RELEVANCIA, LOS POSIBLES BENEFICIOS, VENTAJAS E IMPLICACIONES TANTO INSTITUCIONALES COMO NACIONALES E INTERNACIONALES Y SU FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN.
11	OBJETIVO E HIPÓTESIS	DESCRIPCIÓN DEL PROPÓSITO GLOBAL QUE SE ESPERA LOGRAR, EL CUAL DEBE DE SER DESGLOSADO EN OBJETIVOS ESPECÍFICOS, EN LA HIPOTESIS DEBEN SEÑALARSE LAS ALTERNATIVAS DE RESPUESTA TEÓRICA O EXPLICACIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
12	DISEÑO DEL ESTUDIO	SE ANOTARÁ CON UNA "X" LA DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE HAN DE SEGUIRSE EN LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.
13	TIPOS DE DISEÑO	CON UNA "X" EL TIPO DE DISEÑO QUE HA DE SEGUIRSE EN LA INVESTIGACIÓN.
14	CARACTERÍSTICAS	CON UNA "X" LA CARACTERÍSTICA DEL ESTUDIO QUE SERÁ OBJETO DEL PROYECTO.
15	METODOLOGÍA	SE ESPECIFICARÁ EL SITIO EN QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO Y TIEMPO ESTIMADO, SI ES DENTRO DE LA INSTITUCIÓN, ESTIPULAR EL SERVICIO DONDE SE REALIZARÁ, UNIVERSO SERÁ LA DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO, LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN ES LA ESPECIFICACIÓN DEL ELEMENTO TÍPICO DEL QUE SE OBTENDRÁ LA INFORMACIÓN, MÉTODOS DE MUESTREO SE DESCRIBIRÁ MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA ELEGIR A LOS SUJETOS A ESTUDIAR, TAMAÑO DE LA MUESTRA SE ESPECIFICARÁ LOS CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DEL NÚMERO DE SUJETOS A ESTUDIAR, EN LOS CRITERIOS



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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
	DE INCLUSIÓN SE DEFINIRÁ LAS CUALIDADES QUE DETERMINAN LA ELECCIÓN DE UN SUJETO O IMPEDIRÁN SU ACCESO AL ESTUDIO, EN LAS VARIABLES DE ESTUDIO SE ESPECIFICARÁN LAS CARACTERÍSTICAS O ATRIBUTOS DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN, UNIDADES DE MEDIDA Y LAS ESCALAS DE CLASIFICACIÓN EN QUE SE MEDIRÁN, RECOLECCIÓN DE DATOS LA SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DISEÑO DE LOS FORMULARIOS QUE SE UTILIZARÁN PARA RECABAR DATOS, SE ESPECIFICARÁ EL PROGRAMA PARA LA PRUEBA PILOTO O ENSAYO QUE PERMITA DETECTAR FALLAS O INCONSISTENCIAS EN EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.
16 PLAN DE ANÁLISIS	LOS SEÑALAMIENTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL CÁLCULO DE LA INFORMACIÓN, DEBE EXISTIR CORRESPONDENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LAS HIPÓTESIS Y LAS TÉCNICAS DE ANÁLISIS.
17 ASPECTOS TÉCNICOS	CON UNA "X" EL TIPO DE RIESGO DE ACUERDO A LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.
18 ORGANIZACIÓN	NOMBRES DEL PERSONAL, CARGO Y FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE PARTICIPARÁ EN EL PROYECTO, ASÍ COMO LA DESCRIPCIÓN DE LOS MATERIALES, APARATOS Y EQUIPO A UTILIZARSE EN LA INVESTIGACIÓN.



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
19 CAPACITACIÓN DE PERSONAL	ESPECIFICAR EL PERSONAL QUE REQUIERE DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO, HACIENDO MENCIÓN DEL TIPO Y TIEMPO EMPLEADO, DESCRIBIR EL TIPO DE CAPACITACIÓN, LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO Y PERSONAL QUE LO PROPORCIONARÁ
20 FINANCIAMIENTO	PARA INVESTIGACIONES CON PRESUPUESTO INTERNO. SOLÓ SE DESCRIBIRÁN LOS CONCEPTOS, CON FINANCIAMIENTO EXTERNO SE ELABORARÁ PRESUPUESTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES (FORMATO 3).
21 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	ESPECIFICAR CADA ACTIVIDAD, ENTIDAD RESPONSABLE Y TIEMPO DE EJECUCIÓN (FORMATO 4)
22 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEBERÁN SER NUMERADAS DE ACUERDO CON LA SECUENCIA DE APARICIÓN DE LAS MISMAS EN EL TEXTO.
23 YO	FORMATO 1 NOMBRE DEL PACIENTE PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN O DE SU REPRESENTANTE LEGAL.



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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
24 INDICACIONES	INDICACIONES DEL PACIENTE SI DECIDE RETIRARSE DE LA INVESTIGACIÓN.
25 FECHA	LA FECHA EN QUE SE DA TRÁMITE ESTE FORMATO.
26 NOMBRE- FIRMA	EL NOMBRE Y LA FIRMA YA SEA DEL PACIENTE PARTICIPANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL Y DOS TESTIGOS.
	FORMATO 2
27 RECURSOS HUMANOS	EL NOMBRE DE LOS RESPONSABLES QUE VAN A INTERVENIR EN EL PROYECTO, NÚMERO DEL PROTOCOLO, Y TÍTULO CLARO Y CONCISO, LA FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ASÍ MISMO LA CALENDARIZACIÓN PROGRAMADA DE SUS ACTIVIDADES.
	FORMATO 3
28 PRESUPUESTO	EL NÚMERO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, NOMBRE DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE, LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO, EL MONTO, FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN, INDICAR EN CADA SUBCUENTA: EL CONCEPTO NÚMERO, COSTO UNITARIO, COSTO SUBTOTAL, COSTO DIRECTO, EL % PARA PROYECTOS CON FINANCIAMIENTO EXTERNO Y POR ÚLTIMO EL COSTO TOTAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO SE ANOTARÁ:

FORMATO 4

29 CRONOGRAMA EL NÚMERO DEL PROTOCOLO, EL TÍTULO CLARO Y CONCISO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN Y LA CALENDARIZACIÓN PROGRAMADA DE SUS ACTIVIDADES.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

HOJA
459

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

29- PROCEDIMIENTO PARA LA ASISTENCIA A EVENTOS CIENTÍFICOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
460

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN
DÍA MES AÑO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

HACER PARTICIPES A TODOS LOS MÉDICOS E INVESTIGADORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA DE LOS EVENTOS CIENTÍFICOS QUE SE LLEVAN A CABO DENTRO Y FUERA DEL INSTITUTO, CON EL FIN DE INTERCAMBIAR PROPUESTAS Y SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN HUMANA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
461

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT. 2 2000

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS INVESTIGADORES DIFUNDIR TODOS SUS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, YA SEA MEDIANTE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS, CONGRESOS, REVISTAS, PRESENTACIONES EN EVENTOS CIENTÍFICOS O CUALQUIER OTRO MEDIO QUE CUMPLA CON ESTE OBJETIVO.
- TENDRÁ A SU CARGO LA SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN DE EDUCACIÓN PROFESIONAL, ELABORAR EL PROGRAMA ANUAL DE SESIONES GENERALES PARA PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DEL INSTITUTO EN LAS QUE DEBERÁN PARTICIPAR Y ACUDIR LOS INVESTIGADORES ADSCRITOS AL INSTITUTO, MISMAS QUE SE LLEVARÁN A CABO LOS DÍAS LUNES DE CADA SEMANA A LAS 12:30 HRS. EN EL AUDITORIO "C", DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL MISMO, PARA TRATAR TEMAS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN.
- LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN ELABORARÁ UNA BASE DE DATOS EN LA CUAL LLEVARÁ EL CONTROL DE LOS EVENTOS CIENTÍFICOS EN LOS QUE PARTICIPAN LOS MÉDICOS DE LOS DEPARTAMENTOS ADSCRITOS A ESTA DIRECCIÓN Y CONTENDRÁ LOS SIGUIENTES DATOS: SUBDIRECCIÓN Y DEPARTAMENTO EN EL QUE ESTA ADSCRITO EL MÉDICO O INVESTIGADOR PARTICIPANTE, TRIMESTRE QUE SE INFORMA, NOMBRE DEL INVESTIGADOR (APELLIDOS Y NOMBRE), NOMBRE DEL EVENTO, AUTOR(ES) DE LA PRESENTACIÓN, TÍTULO DE LA PRESENTACIÓN (COMPLETO), FECHA EN QUE SE LLEVARÁ A CABO (DÍA, MES Y AÑO), SEDE (CIUDAD O PAÍS), LUGAR (NACIONAL O INTERNACIONAL), TIPO DE PRESENTACIÓN (ORAL, POSTER, CONFERENCIA MAGISTRAL).
- TENDRÁ A SU CARGO LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA ELABORAR EL FOLLETO DEL PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL, EL CUAL CONTENDRÁ INFORMACIÓN PRECISA DE TODOS LOS EVENTOS CIENTÍFICOS QUE SE LLEVARÁN A CABO DENTRO DEL INSTITUTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
462

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO: 29.- ASISTENCIA A EVENTOS CIENTÍFICOS

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	CONVOCA MEDIANTE PROGRAMA ACADÉMICO ANUAL, A LOS MÉDICOS ADSCRITOS A ESTA DIRECCIÓN A PARTICIPAR EN LOS EVENTOS CIENTÍFICOS QUE SE LLEVAN A CABO DENTRO Y FUERA DEL INSTITUTO. LE SOLICITA VERBALMENTE ACUDIR A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA PARA PEDIR INFORMACIÓN DE LOS EVENTOS.
MÉDICO INTERESADO	2	ACUDE EL MÉDICO INTERESADO A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA A PEDIR INFORMACIÓN DEL EVENTO DE SU INTERÉS.
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	3	RECIBE AL INTERESADO, INFORMA VERBALMENTE EN CUANTO A TIPO DE EVENTO, FECHA, DURACIÓN. ¿PROCEDE? NO: TERMINA PROCEDIMIENTO. SÍ: LE ENTREGA PARA LLENAR EN ORIGINAL Y COPIA EL FORMATO "SOLICITUD DE BECAS E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS" (4110-01).
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	4	RECIBE FORMATO Y LLENA EN ORIGINAL Y COPIA, SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS
	5	SOLICITA FIRMAS DE AUTORIZACIÓN DEL JEFE DE DEPARTAMENTO, SUBDIRECCIÓN AL QUE ESTÁ ADSCRITO Y DE LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA. QUE LE CORRESPONDE Y TURNA A LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
463

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD

DIA: MES: AÑO

PROGRAMACION

OCT. 2 2000

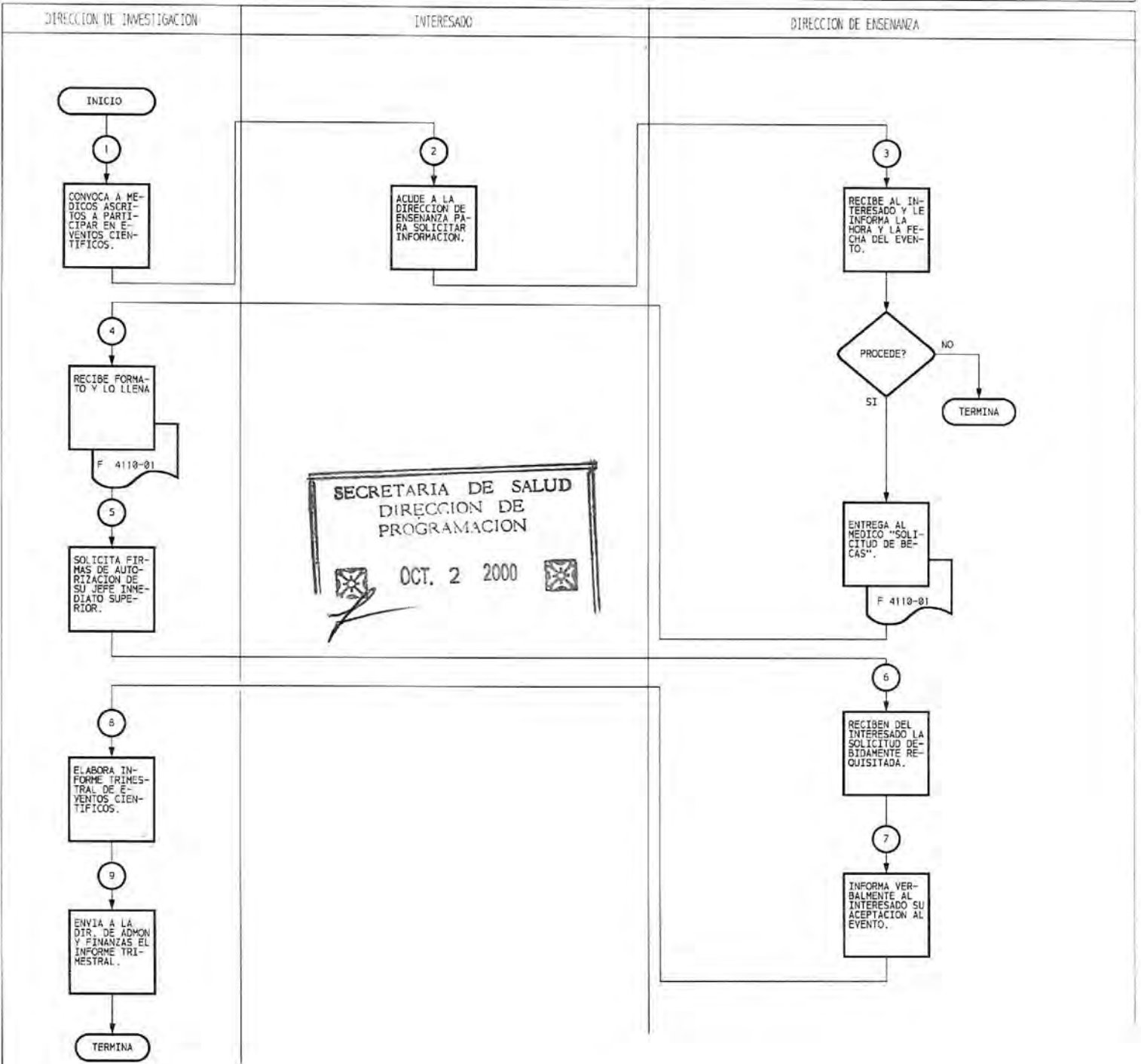
ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO: 29.- ASISTENCIA A EVENTOS CIENTÍFICOS

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	6	RECIBE DEL INTERESADO SOLICITUD DEBIDAMENTE REQUISITADA Y FIRMADA, AUTORIZA MEDIANTE FIRMA.
	7	INFORMA VERBALMENTE AL INTERESADO DE SU ACEPTACIÓN EN EL EVENTO, CONSERVA ORIGINAL Y ENTREGA COPIA AL INTERESADO.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	8	ELABORA EN DISKETTE CON IMPRESIÓN INFORME TRIMESTRAL DEL TOTAL DE LAS PARTICIPACIONES EN EVENTOS CIENTÍFICOS, ESPECIFICANDO EN EL MISMO SI SE TRATÓ DE EVENTOS NACIONALES O INTERNACIONALES.
	9	ENVÍA CON OFICIO EN ORIGINAL Y COPIA A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, DISTRIBUYE ORIGINAL A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS Y CONSERVA COPIA PARA CONTROL Y ARCHIVO.
		TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO : 291.- ASISTENCIA A EVENTOS CIENTIFICOS





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

DIRECCION DE ENSEÑANZA

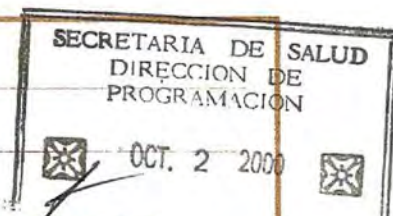
SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADemicOS

① SOLICITANTE

NOMBRE _____	PLAZA _____
UBICACION _____	HORARIO _____ A _____
REGISTRA TARJETA SI NO	FIRMA _____

② EVENTO ACADEMICO

NOMBRE _____	FECHA _____	
LUGAR _____		
PARTICIPACION ALUMNO	PONENTE POR INSCRIPCION	PONENTE POR INVITACION
PONENCIA (S) _____		



③ BECA

TIPO

A PERMISO CON SUELDO	
B PERMISO CON SUELDO + INSCRIPCION	\$ _____
C PERMISO CON SUELDO + VIATICOS	\$ _____
D PERMISO CON SUELDO INSCRIPCION + VIATICOS	\$ _____
E PERMISO SIN SUELDO	

FINANCIAMIENTO EXTERNO SI NO INSTITUCION _____

④ AUTORIZACION

_____ JEFE DE DEPARTAMENTO	_____ SUBDIRECTOR
_____ DIRECTOR DE AREA	_____ DIRECTOR DE ENSEÑANZA

4110-01



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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"SOLICITUD DE BECA E INFORME DE ASISTENCIA A EVENTOS ACADEMICOS"

(4110-01)

No. CONCEPTO

SE ANOTARÁ:

1 SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA BECA, EL NÚMERO DE PLAZA QUE SE LE HAYA ASIGNADO EN EL INSTITUTO, LA UBICACIÓN O ÁREA DONDE TRABAJA, EL HORARIO ESTABLECIDO POR RECURSOS HUMANOS E INDICAR SI CHECA TARJETA Y FINALMENTE PONDRÁ SU FIRMA EN EL ESPACIO CORRESPONDIENTE.

2 EVENTO ACADÉMICO

NOMBRE DEL EVENTO ACADÉMICO, LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO, LA FECHA DE DICHO EVENTO, LA FORMA DE PARTICIPACIÓN DEL INTERESADO EN EL EVENTO, Y FINALMENTE LA PONENCIA O EL TEMA QUE DESARROLLARÁ EL INTERESADO.

3 BECA

SE SEÑALARÁ CON UNA "X" EL TIPO DE BECA SOLICITADO POR EL INTERESADO, EL MONTO DE CADA TIPO DE BECA, Y LA FORMA DE FINANCIAMIENTO O SI ES OTORGADA POR LA INSTITUCIÓN.

4 AUTORIZACIÓN

AUTORIZARÁ CON SUS FIRMAS EL JEFE DEL DEPARTAMENTO, EL SUBDIRECTOR, EL DIRECTOR DE ÁREA Y EL DIRECTOR DE ENSEÑANZA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
467

FECHA AUT.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA	DÍA	MES	AÑO	SECRETARÍA

DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

30.- PROCEDIMIENTO PARA LA PLANEACIÓN DE INVESTIGACIÓN A LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
469

FECHA AUT.

SECRETARÍA	MES	AÑO	SALUD
	OCT.	2	2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS DEPARTAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, ESTABLECER LOS PROTOCOLOS EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN.
- PLANEAR LA REALIZACIÓN DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS, BIOMÉDICAS Y SOCIOMÉDICAS, A LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO, VINCULADAS AL QUEHACER PROPIO DEL INSTITUTO.
- LAS INVESTIGACIONES DEBERÁN REUNIR LOS CRITERIOS TÉCNICOS, METODOLÓGICOS Y ÉTICOS ESTABLECIDOS POR LA DIRECCIÓN Y EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL PROPIO INSTIUTO.
- LOS RESPONSABLES DE LAS INVESTIGACIONES GENERADAS, SERÁN LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES, DESIGNADOS EN LOS PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, PRESENTAR ANTE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN, LA SOLICITUD Y EL PROTOCOLO PARA SU EVALUACIÓN Y AUTORIZACIÓN.
- LA PLANEACIÓN DE INVESTIGACIONES, SE HARÁ DE ACUERDO A LA PRIORIDAD DE CADA UNA DE ELLAS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS INVESTIGADORES, PLANEAR Y DISEÑAR LAS INVESTIGACIONES EN BASE A LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EMITIDAS POR LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
470
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO : 30.- PLANEACIÓN DE INVESTIGACIÓN A LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO

DÍA	MES	AÑO
OCT	2	2000

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	INSTRUYE VERBAL Y PERMANENTEMENTE A LOS DEPARTAMENTOS DE INVESTIGACIÓN, PARA PROGRAMAR INVESTIGACIONES A LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO, MEDIANTE LA DETECCIÓN DE PUNTOS PRIORITARIOS.
DEPARTAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	2	DISEÑA Y ELABORA EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, SEGÚN FORMATO VIGENTE EN LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN EMITIDAS POR LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	3	ENTREGA A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, SOLICITUD Y PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA SU EVALUACIÓN.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	4	RECIBE SOLICITUD Y PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, Y LO SOMETE A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA SU REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN.
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN	5	RECIBE Y ANALIZA SOLICITUD Y PROTOCOLO. ¿PROCEDE? NO: DEVUELVE PROTOCOLO A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, CON RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA METODOLOGÍA DEL PROYECTO. VUELVE A LA ACTIVIDAD NO. 3



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
471

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

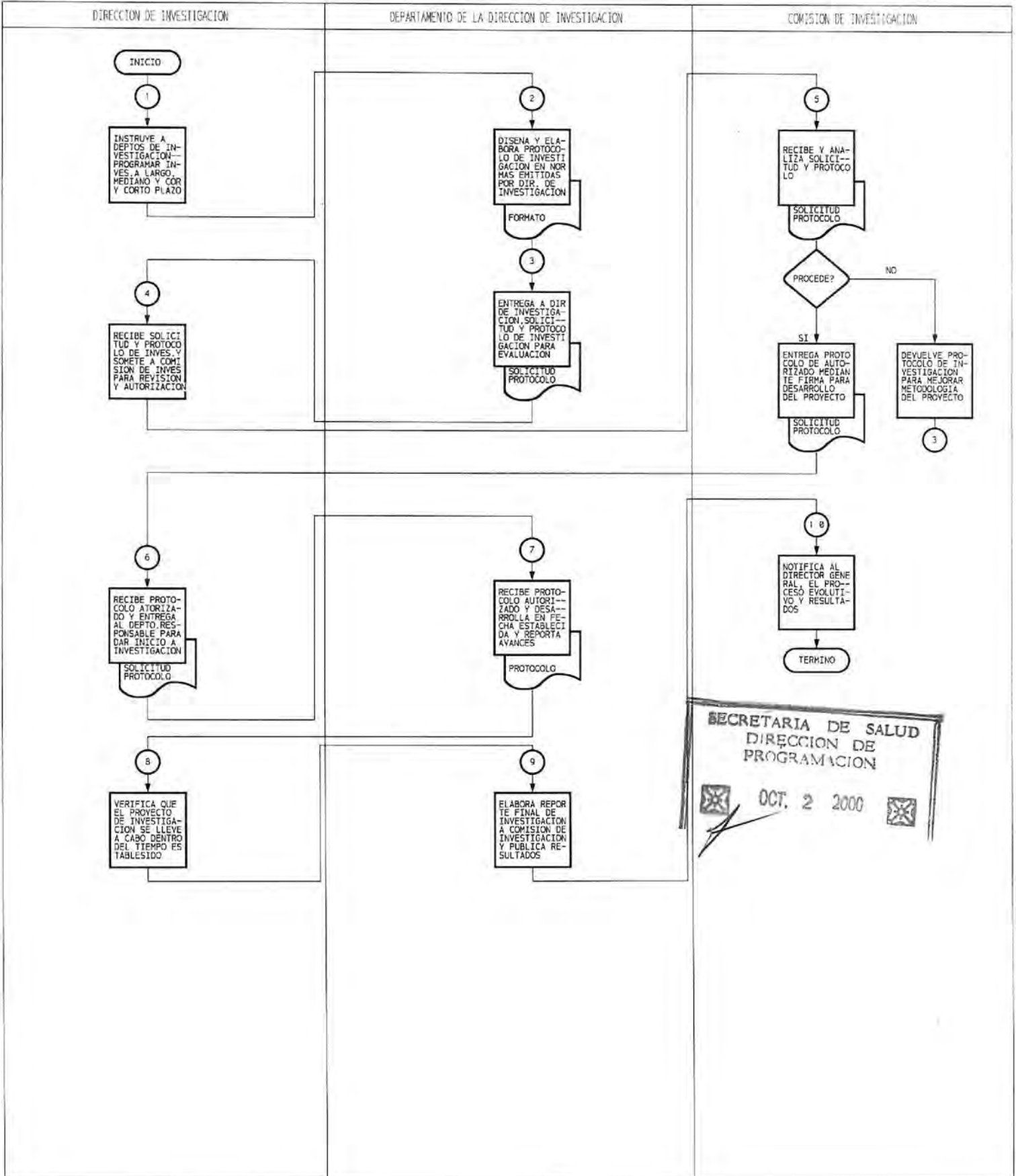
PROCEDIMIENTO : 30.- PLANEACIÓN DE INVESTIGACIÓN A LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	6	SI: ENTREGA AUTORIZACIÓN PARA EL DESARROLLO DEL PROYECTO.
DEPARTAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	7	RECIBE PROTOCOLO AUTORIZADO Y ENTREGA AL DEPARTAMENTO RESPONSABLE DEL MISMO, PARA DAR INICIO A LA INVESTIGACIÓN.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	8	RECIBE PROTOCOLO AUTORIZADO Y DESARROLLO, DE ACUERDO A LAS FECHAS ESTABLECIDAS EN ELMISMO, Y REPORTA PERIÓDICAMENTE LOS AVANCES A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN.
DEPARTAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	9	VERIFICA QUE EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, SE LLEVE A CABO DENTRO DEL TIEMPO ESTABLECIDO.
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN	10	ELABORA REPORTE FINAL DE LA INVESTIGACIÓN, CON COPIA A LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y PUBLICA RESULTADOS.
		NOTIFICA MEDIANTE OFICIO, EL PROCESO EVOLUTIVO Y RESULTADOS DEL MISMO, EN ORIGINAL Y COPIA: ORIGINAL, DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, 1ª COPIA, PARA SU ARCHIVO.
		TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE : DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO : 30.- PLANEACION DE INVESTIGACION A LARGO, MEDIANO Y CORTO PLAZO



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION

FECHA DE RECEPCION ①

REGISTRO PROVISIONAL INPer

(No llenar)

REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION

1. DATOS GENERALES. ②

1.1. TITULO DEL PROYECTO.

	<p>SECRETARIA DE SALUD DIRECCION DE PROGRAMACION</p> <p>OCT. 2 2000</p>
--	---

1.2. AREA DE INVESTIGACION.

1.3. SUBAREA DE INVESTIGACION.

1.4. LINEA DE INVESTIGACION.

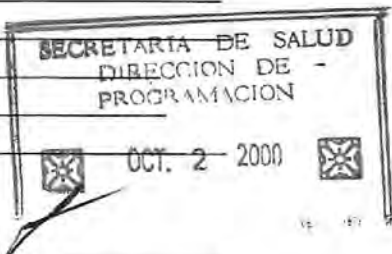
1.5. FECHA DE INICIO

FECHA DE TERMINACION

1.6. INVESTIGADOR PRINCIPAL. ③

<u>INVESTIGADOR PRINCIPAL.</u>	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO	_____
MATERNO	_____
NOMBRE(S)	_____
ADSCRIPCION	_____
CARGO	_____
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS	_____
PERTENECE AL INPer	_____ AL SNI _____
AUTORIZACION: ④	_____
DEPARTAMENTO	_____
SUBDIRECCION	_____
DIRECCION	_____

1.7. CO-INVESTIGADORES. (5)

NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____	
MATERNO _____	
NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____	
CARGO _____	
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____	
PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____	
MATERNO _____	
NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____	
CARGO _____	
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____	
PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	
NOMBRE: APELLIDO PATERNO _____	
MATERNO _____	
NOMBRE(S) _____	
ADSCRIPCION _____	
CARGO _____	
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS _____	
PERTENECE AL INPer _____ AL SNI _____	

(Si requiere mas opciones para coinvestigadores anexarlos en hoja por separado)

1.8. DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES. (6)

DEPARTAMENTO _____
JEFE DEL DEPARTAMENTO _____
FIRMA _____
DEPARTAMENTO _____
JEFE DEL DEPARTAMENTO _____
FIRMA _____
DEPARTAMENTO _____
JEFE DEL DEPARTAMENTO _____
FIRMA _____

(Si requiere mas opciones para Departamentos anexarlos en hoja por separado)

1.9. INSTITUCIONES PARTICIPANTES. ⑦

INSTITUCION	_____
CONVENIO	_____
INSTITUCION	_____
CONVENIO	_____
INSTITUCION	_____
CONVENIO	_____

1.10. INTENCION DIDACTICA ⑧

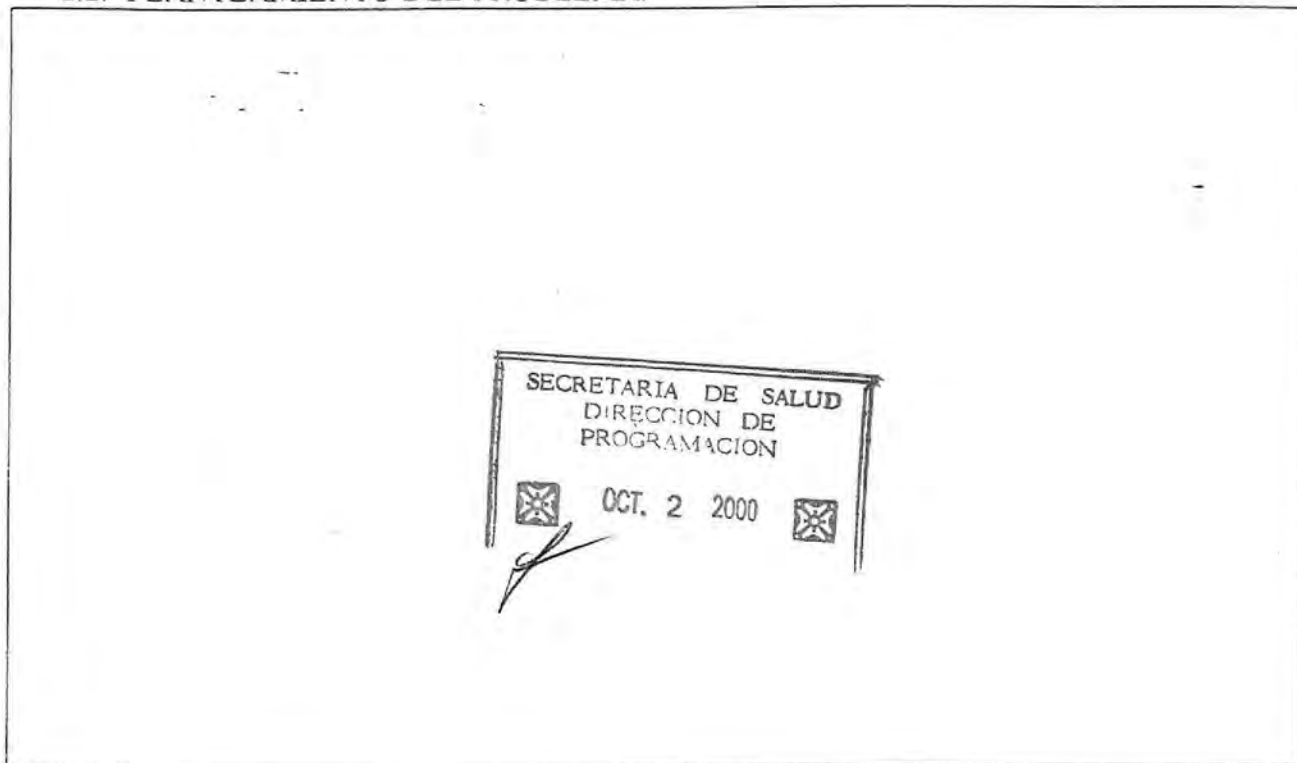
INTENCION APLICATIVA	_____
TIPO DE TESIS: Licenciatura	_____ Especialidad _____ Subespecialidad _____
CENTRO EDUCATIVO	_____
AUTORIZACION: DIRECCION DE ENSEÑANZA	_____
CENTRO EDUCATIVO	_____
(Anexar copia del Oficio)	

2. MARCO TEORICO. ⑨

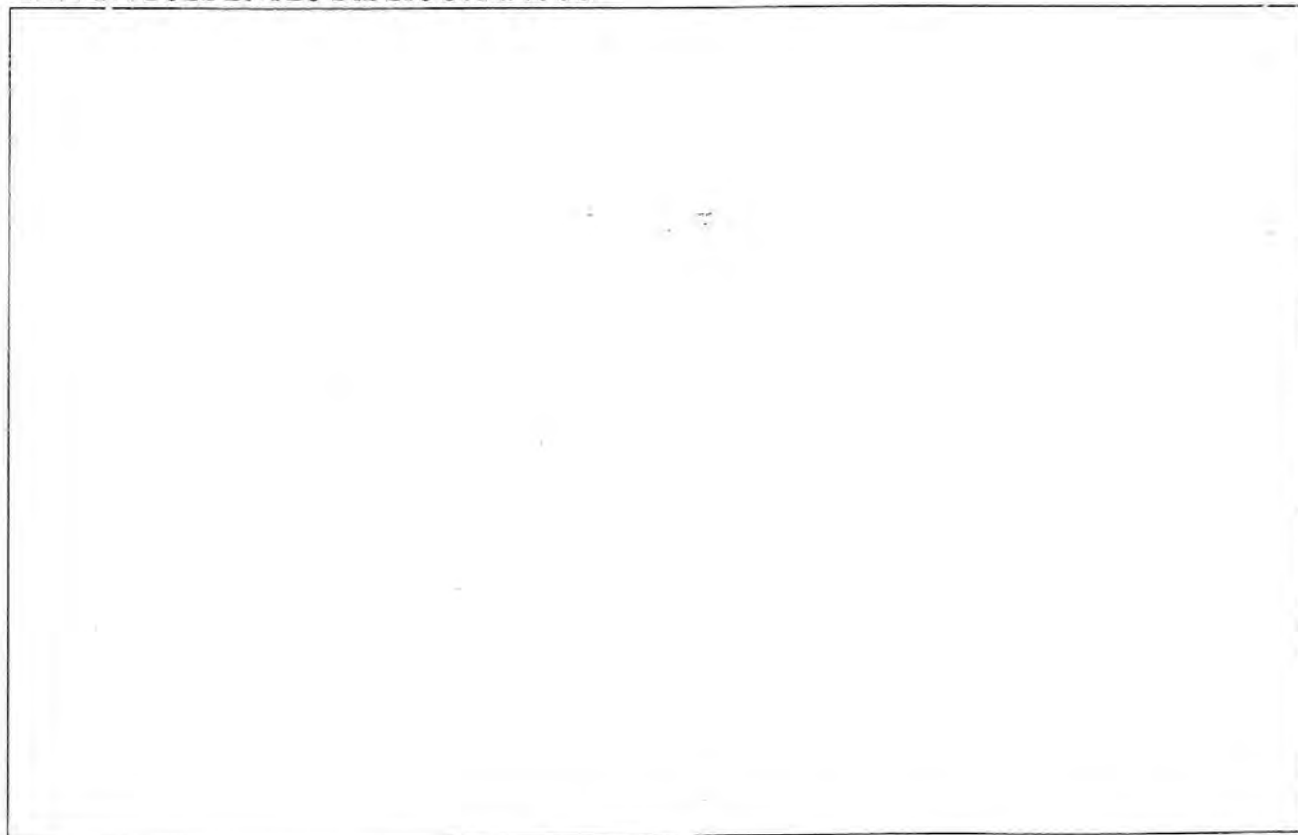
2.1. SINTESIS DEL PROYECTO.



2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.





2.3. ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS.



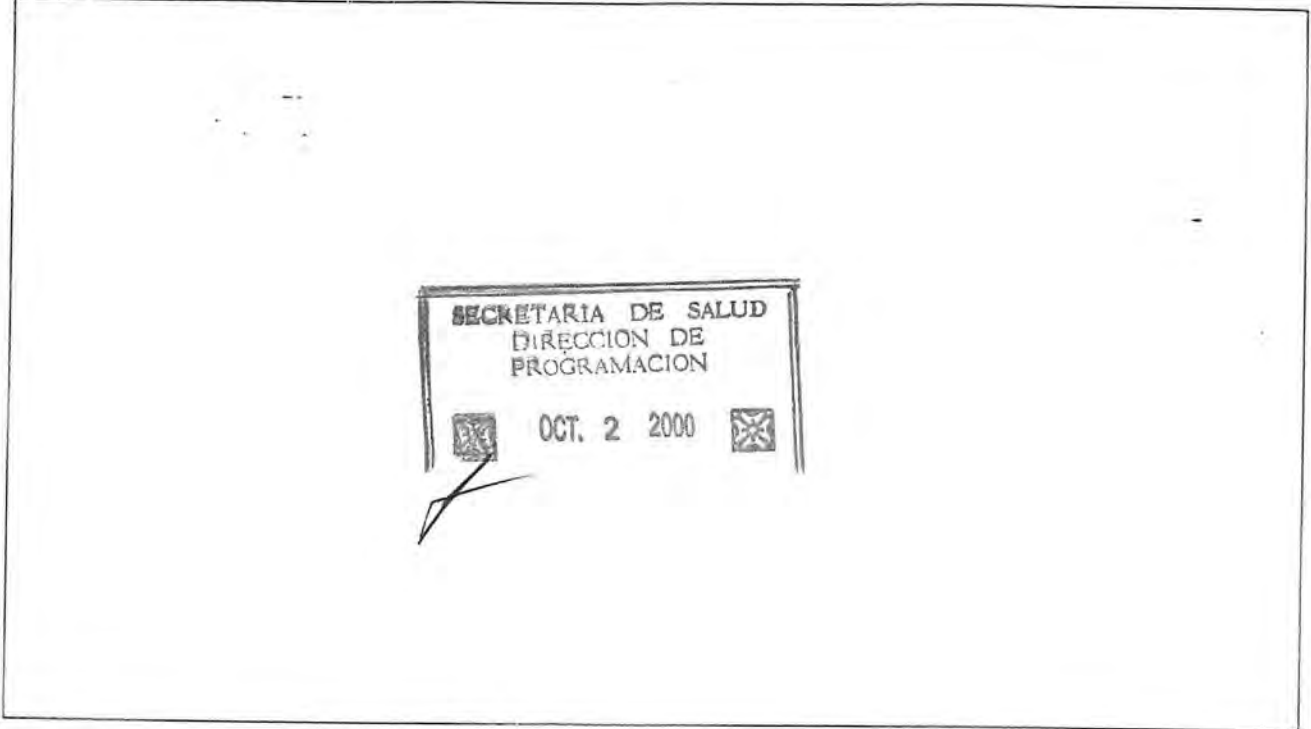
ANTECEDENTES (2)

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION
OCT. 2 2010

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION

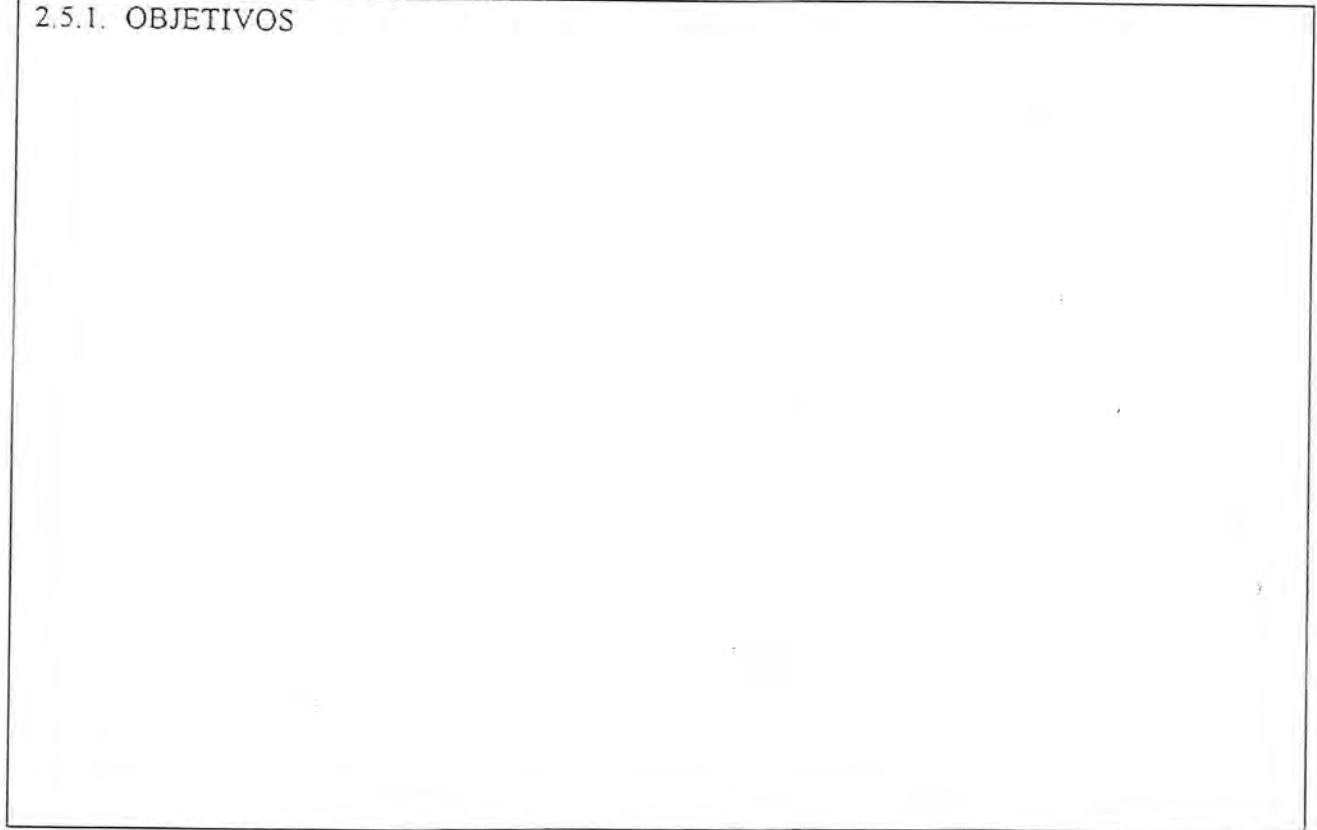
 OCT. 2 2000 

[Handwritten signature]



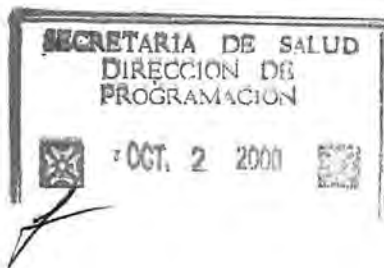
2.5. OBJETIVOS E HIPOTESIS (11)

2.5.1. OBJETIVOS



OBJETIVOS E HIPOTESIS

2.5.2. HIPOTESIS



3. DISEÑO DEL ESTUDIO. (12)

3.1. TIPO DE INVESTIGACION.

EXPERIMENTAL	—
CUASI-EXPERIMENTAL	—
OBSERVACIONAL	—

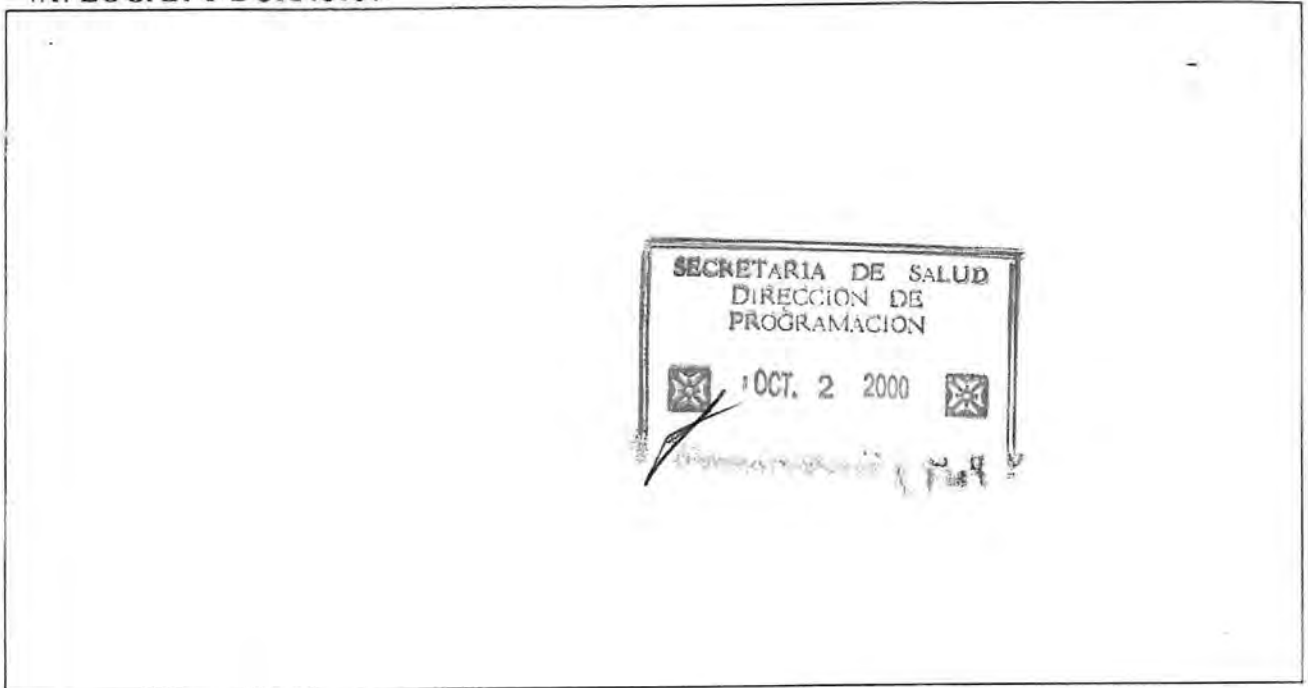
3.2 TIPOS DE DISEÑOS. (13)

EXPERIMENTO O ENSAYO CLINICO	—
ESTUDIO DE COHORTE	—
ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES	—
ESTUDIO TRANSVERSAL	—

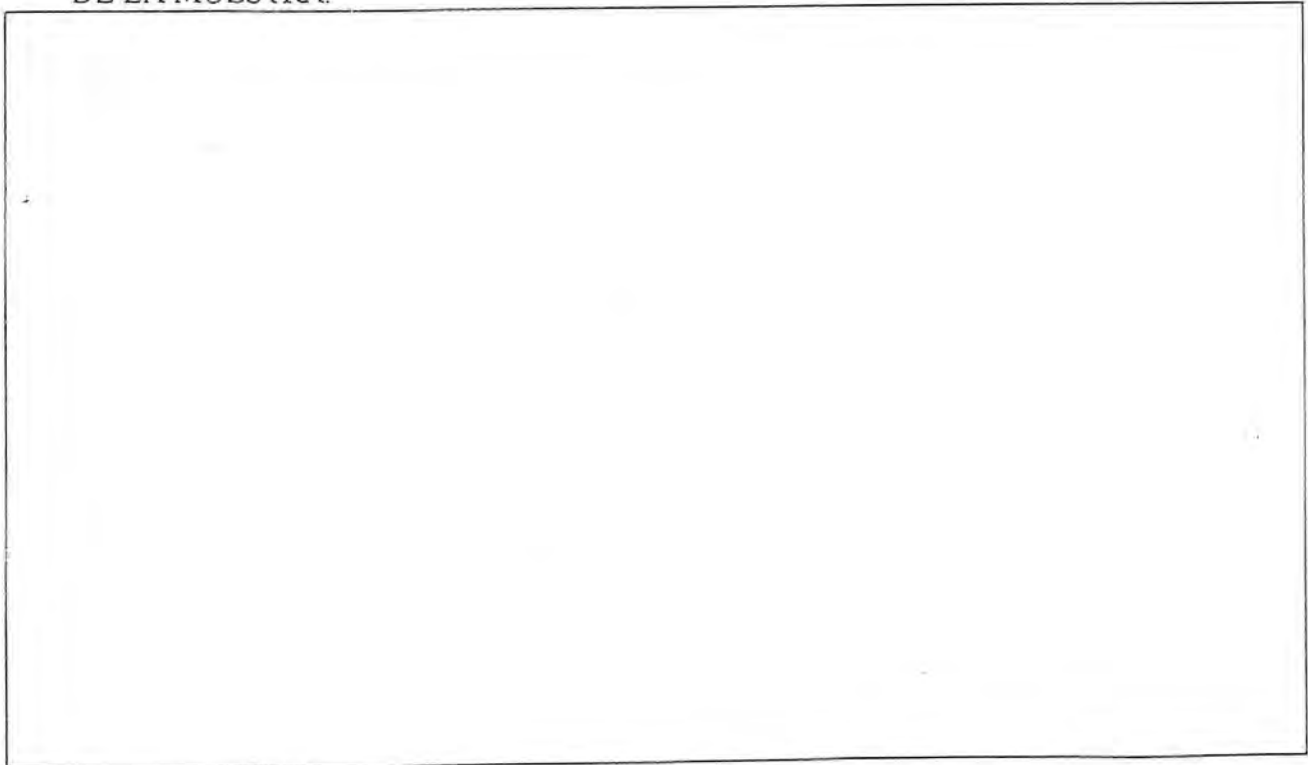
3.3. CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO. (14)

ANALITICO	—	DESCRIPTIVO	—
LONGITUDINAL	—	TRANSVERSAL	—
PROSPECTIVO	—	RETROSPECTIVO	—

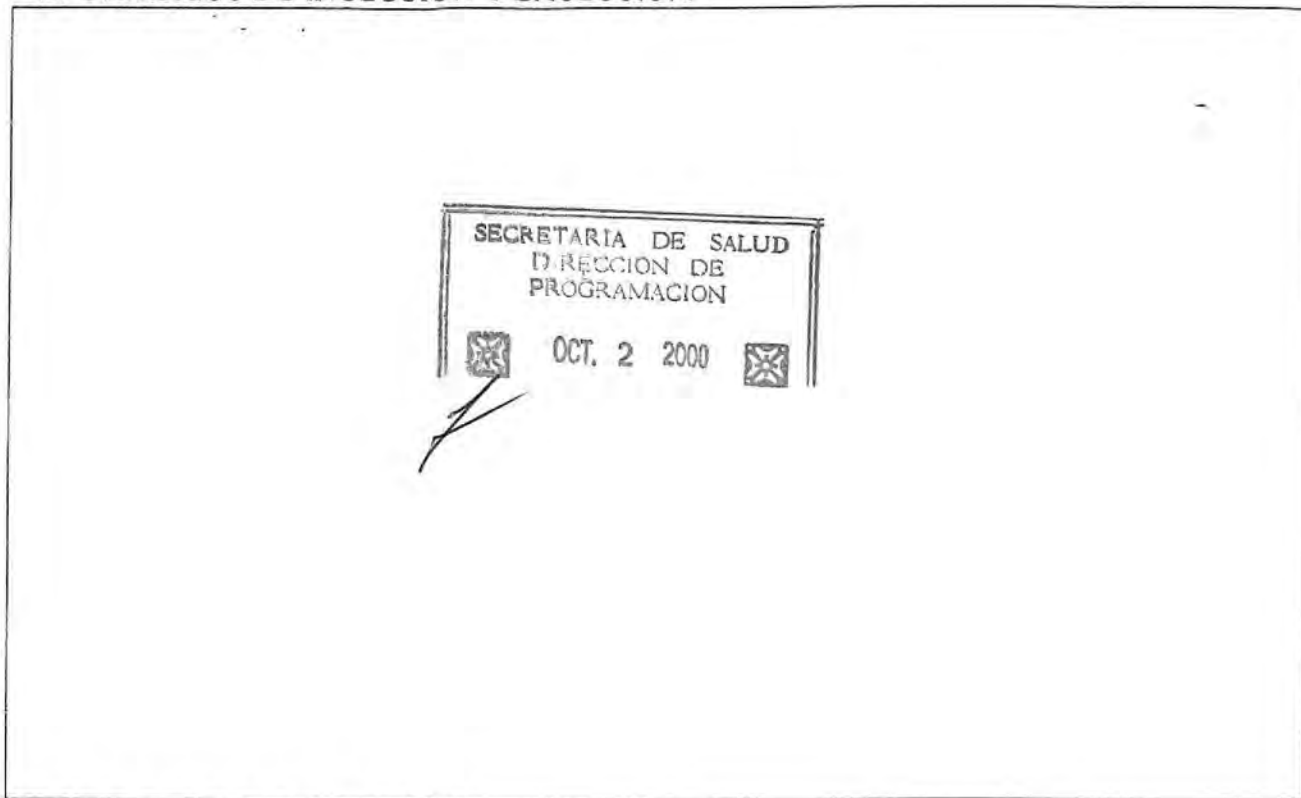
4. METODOLOGIA. (15)
4.1. LUGAR Y DURACION



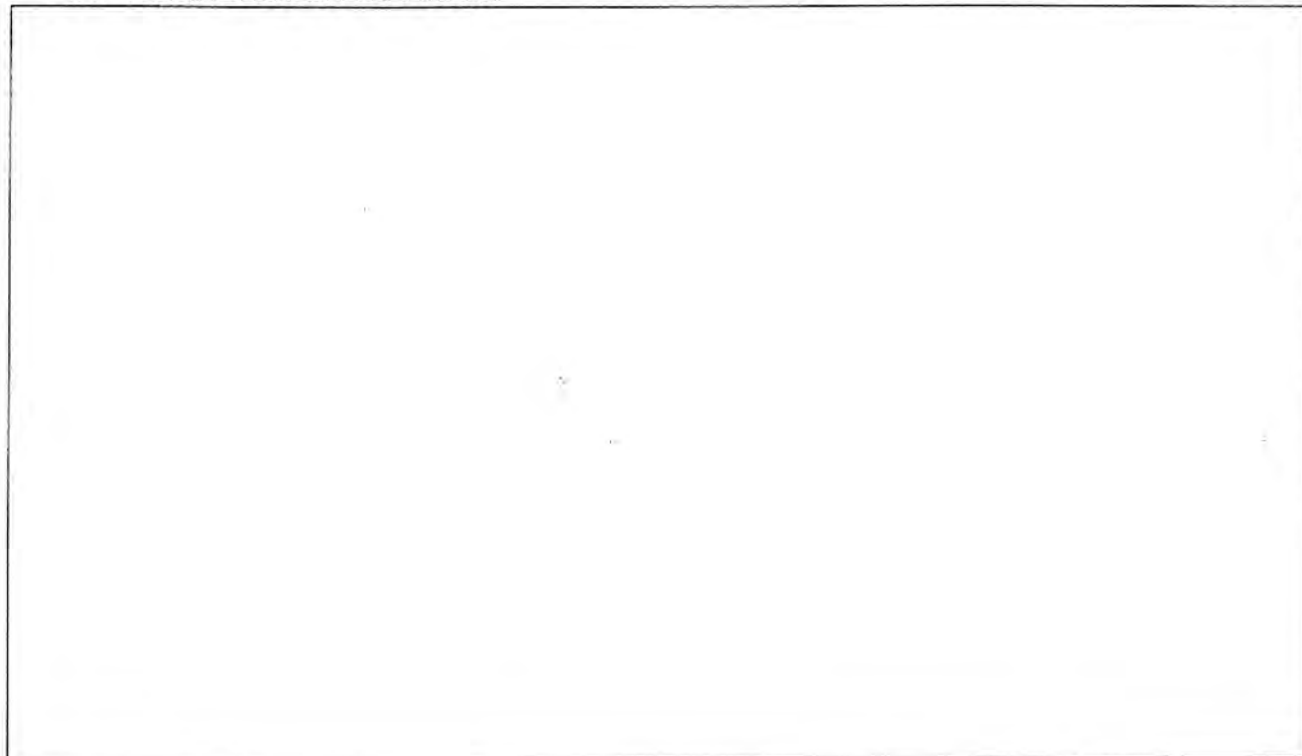
4.2. UNIVERSO, UNIDADES DE OBSERVACION, METODOS DE MUESTREO, Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.



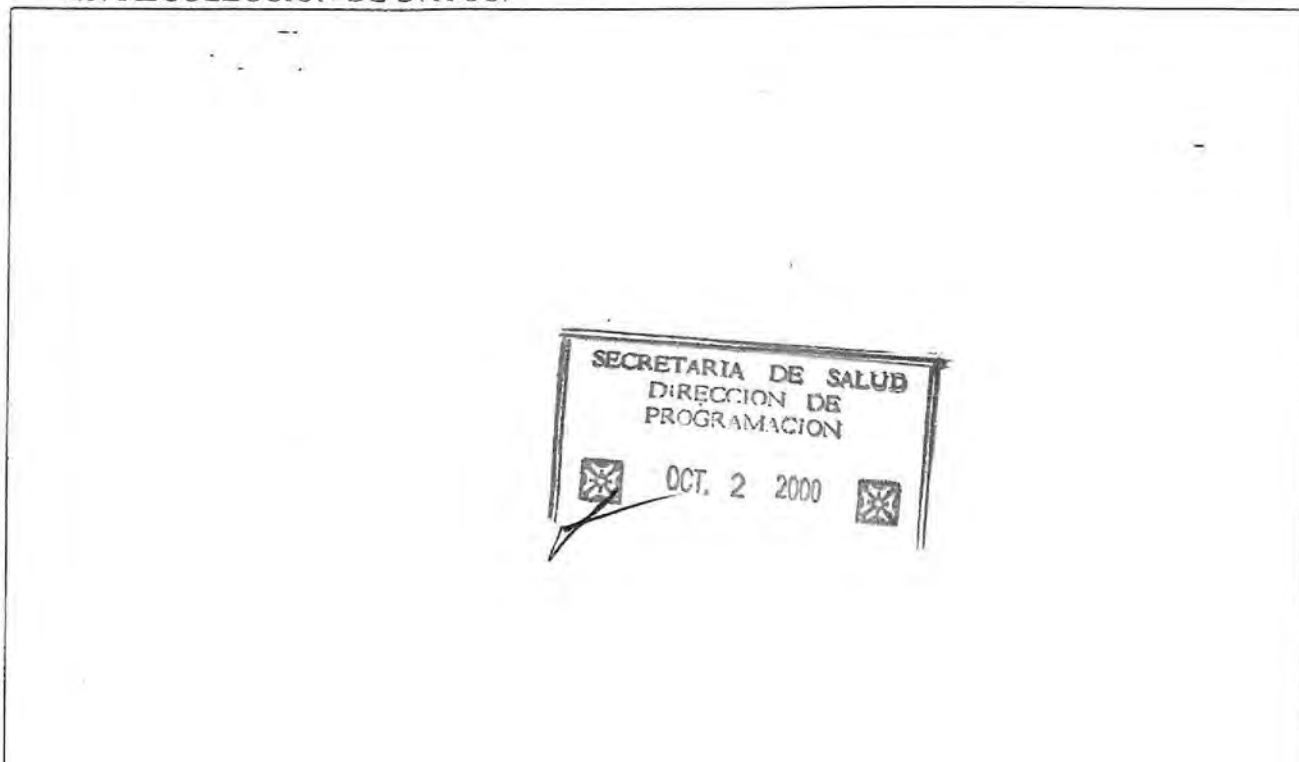
4.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.



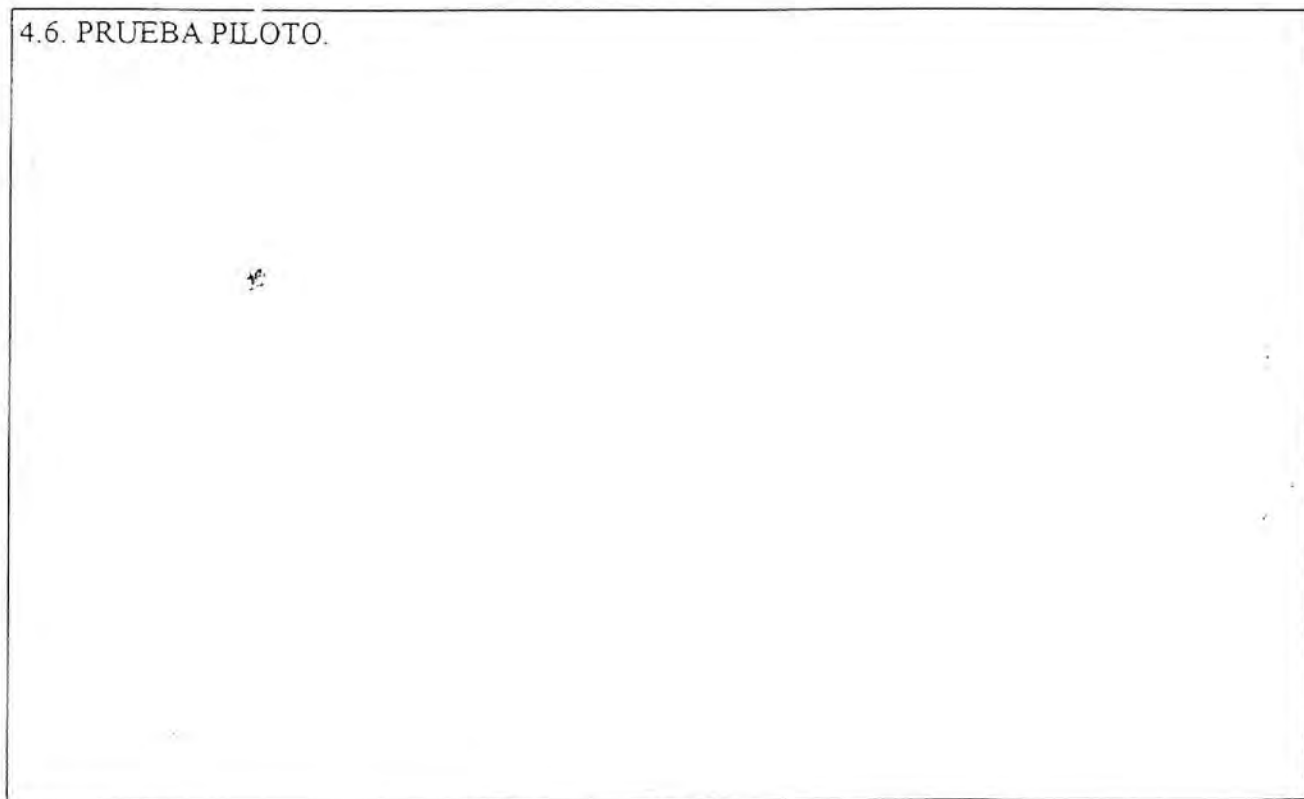
4.4. VARIABLES EN ESTUDIO.



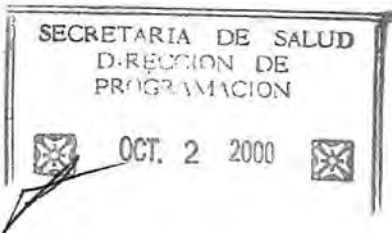
4.5. RECOLECCION DE DATOS.



4.6. PRUEBA PILOTO.



4.7. PLAN DE ANALISIS. (16)

OBJETIVOS	HIPOTESIS	TECNICA ESTADISTICA
		

4.8. ASPECTOS ETICOS.

(17)	I. Investigación sin riesgo.	_____
	II. Investigación con riesgo mínimo.	_____
	III. Investigación con riesgo mayor al mínimo.	_____

(Anexar Carta de Consentimiento)

5. ORGANIZACION. (18)

5.1. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.

RECURSOS HUMANOS:

RECURSOS MATERIALES:



5.2. CAPACITACIÓN DE PERSONAL. (19)

CAPACITACION DE PERSONAL:

ADiestRAMIENTO DE PERSONAL:

5.3. FINANCIAMIENTO (20)

INTERNO _____ EXTERNO _____

(En caso de Financiamiento Externo)

FUENTE _____

MONTO _____

5.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (21)

Anexar Formato



Si requiere de mayor espacio para las referencias, anexar en hoja por separado.

NOTA: OTRO TIPO DE INFORMACION RELACIONADA CON EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION, DEBE ANEXARLA AL FINAL DEL MISMO (CUESTIONARIOS, FORMATOS, CONVENIOS, CARTA DE CONSENTIMIENTO, ETC.)



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION DE INVESTIGACION

PRESUPUESTO (28)

Protocolo N° _____ Investigador responsable _____
 Título _____
 Fuente del Financiamiento _____ Fecha: Inicio _____
 Monto _____ Fecha: Terminación _____

Sub-cuenta	CONCEPTO	NÚMERO	COSTO UNITARIO (paciente, caso, muestra, encuesta, etc.)	COSTO SUBTOTAL
01	Unidad de Investigación 01.1. Pacientes 01.1.1. Hospitalización día/cama 01.1.2. Consulta médica 01.2. Otros (especificar)			
02	Personal auxiliar 02.1. Médico 02.2. Enfermería 02.3. Secretarial 02.4. Capturista 02.5. Encuestador 02.6. Otros (especificar)			
03	Exámenes de laboratorio			
04	Estudios de gabinete			
05	Estudios especiales (describir)			
06	Materiales y equipo			
07	Otros (especificar)			
08	Honorarios de investigadores			
			COSTO DIRECTO	
09	Instituto Nacional de Perinatología (20% del costo directo) para proyectos con financiamiento externo			
			COSTO TOTAL	

C R O N O G R A M A

(29)

PROTOSCOLOS N°.
TITULO
FECHA DE INICIO
FECHA DE TERMINACION



N°.	ACTIVIDAD	MES CALENDARIO PROGRAMADO														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
	DISEÑO Y DESARROLLO TÉCNICO															
	ESTUDIO PILOTO															
	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS															
	RECOLECCIÓN DE DATOS															
	CODIFICACIÓN															
	PROCESAMIENTO DE DATOS															
	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN															
	REDACCIÓN DEL INFORME FINAL															
	ELABORACIÓN DE ARTÍCULO															



SECRETARÍA DE SALUD	FECHA DE RECEPCIÓN	AUF. DE INVESTIGACIÓN
	DÍA	MES, AÑO
<input checked="" type="checkbox"/>	OCT. 2	2000

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

- | NO. CONCEPTO | SE ANOTARÁ: |
|--------------|---|
| 1 | FECHA DE RECEPCIÓN LA FECHA EN QUE SE RECIBE EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN EN LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN. |
| 2 | DATOS GENERALES EL TÍTULO DEL PROYECTO, EL CÚAL DEBE INDICAR EN FORMA PRECISA EL OBJETO DEL ESTUDIO, LAS ÁREAS DE INVESTIGACIÓN SON: CLÍNICA, BIOMÉDICA, SALUD PÚBLICA Y BIOTECNOLÓGICA, LAS SUBÁREAS COMPRENDEN: BILOGÍA MOLECULAR, BIOQUÍMICA, EPIDEMIOLOGÍA, FARMACOLOGÍA, FISIOLOGÍA, GENÉTICA, INMUNOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA, MORFOLOGÍA, SERVICIOS DE SALUD Y OTRAS, LA LINEA DE INVESTIGACIÓN SE REFIERE A LOS GRANDES PROBLEMAS DE PROBLEMAS DE SALUD QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA HA DEFINIDO A TRAVÉS DE SU EXPERIENCIA INSTITUCIONAL, A SABER: 1.-ALTO RIESGO MATERNO Y PERINATAL, 2.- ATENCIÓN NEONATAL Y SEGUIMIENTO LONGITUDINAL PEDIÁTRICO, 3.-PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACER, 4.- BIOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA E INMUNOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN, ETC. (TOMADO DEL FOLLETO NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN, MÉXICO, D.F. NOV. 1994) INDICAR LA FECHA REAL DE INICIO Y DE TERMINACIÓN. |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
3	INVESTIGADOR PRINCIPAL	NOMBRE COMPLETO DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL ADSCRIPCIÓN, CARGO EN LA INSTITUCIÓN, CON LA INFORMACIÓN DE SU GRADO ACADÉMICO, PUESTO O NOMBRAMIENTO ASIGNADO, DEPARTAMENTO O SUBDIRECCIÓN Y SI PERTENECE AL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.
4	AUTORIZACIÓN	LA DIRECCIÓN, SUBDIRECCIÓN Y EL DEPARTAMENTO QUE AUTORIZA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
5	CO-INVESTIGADORES	NOMBRE COMPLETO DE CO-INVESTIGADORES, Y ADSCRIPCIÓN, CARGO EN LA INSTITUCIÓN,, CON INFORMACIÓN DE SU GRADO ACADÉMICO, PUESTO O NOMBRAMIENTO ASIGNADO, DEPARTAMENTO O DIVISIÓN Y SUBDIRECCIÓN DE ADSCRIPCIÓN, Y SI PERTENECE AL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGADORES.
6	DEPARTAMENTOS	EL NOMBRE DE LOS DEPARTAMENTOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ASÍ COMO EL NOMBRE COMPLETO Y LA FIRMA DE LOS JEFES DE DICHS DEPARTAMENTOS.
7	INSTITUCIONES PART.	EL NOMBRE DE LAS INSTITUCIONES QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO ASÍ COMO EL CONVENIO QUE HAYAN ESTABLECIDO CON RESPECTO AL MISMO PROYECTO.
8	INTENCIÓN DIDACTICA	EL TIPO DE TESIS, CENTRO EDUCATIVO Y AUTORIZACIÓN DE ENSEÑANZA.



SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN AUTÓNOMA DE
DIRECCIÓN DE PROCESOS
DÍA: MES: AÑO:
OCT, 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
9 MARCO TEÓRICO	EN LA SÍNTESIS DEL PROYECTO SE HARÁ LA DESCRIPCIÓN BREVE DE LA INVESTIGACIÓN, INCLUYE OBJETIVOS, MATERIAL Y MÉTODOS QUE SE EMPLEARÁN, ASÍ COMO POSIBLES RESULTADOS, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ES LA IDENTIFICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO, DESCRIPCIÓN CLARA DE LO QUE SE PROPONE CONOCER, PROBAR O RESOLVER MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN, EN LOS ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS SE ANOTARA LA EXPOSICIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Y EMPÍRICO DEL TEMA DE ESTUDIO, DEBEN CITARSE LAS REFERENCIAS DE ESTUDIO SIMILARES Y RECIENTES QUE CONTRIBUYAN A CONFORMAR EL MARCO TEÓRICO.
10 JUSTIFICACIÓN	LOS ARGUMENTOS DEL ESTUDIO, EN TÉRMINOS DE LA ACTUALIDAD DEL PROBLEMA, RELEVANCIA, LOS POSIBLES BENEFICIOS, VENTAJAS E IMPLICACIONES TANTO INSTITUCIONALES COMO NACIONALES E INTERNACIONALES Y SU FACTIBILIDAD DE APLICACIÓN.
11 OBJETIVO E HIPÓTESIS	DESCRIPCIÓN DEL PROPÓSITO GLOBAL QUE SE ESPERA LOGRAR, EL CUAL DEBE DE SER DESGLOSADO EN OBJETIVOS ESPECÍFICOS, EN LA HIPOTESIS DEBEN SEÑALARSE LAS ALTERNATIVAS DE RESPUESTA TEÓRICA O EXPLICACIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
12	DISEÑO DEL ESTUDIO	SE ANOTARÁ CON UNA "X" LA DESCRIPCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE HAN DE SEGUIRSE EN LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.
13	TIPOS DE DISEÑO	CON UNA "X" EL TIPO DE DISEÑO QUE HA DE SEGUIRSE EN LA INVESTIGACIÓN.
14	CARACTERÍSTICAS	CON UNA "X" LA CARACTERÍSTICA DEL ESTUDIO QUE SERÁ OBJETO DEL PROYECTO.
15	METODOLOGÍA	SE ESPECIFICARÁ EL SITIO EN QUE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO Y TIEMPO ESTIMADO, SI ES DENTRO DE LA INSTITUCIÓN, ESTIPULAR EL SERVICIO DONDE SE REALIZARÁ, UNIVERSO SERÁ LA DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN EN LA QUE SE LLEVARÁ A CABO EL ESTUDIO, LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN ES LA ESPECIFICACIÓN DEL ELEMENTO TÍPICO DEL QUE SE OBTENDRÁ LA INFORMACIÓN, MÉTODOS DE MUESTREO SE DESCRIBIRÁ MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA ELEGIR A LOS SUJETOS A ESTUDIAR, TAMAÑO DE LA MUESTRA SE ESPECIFICARÁ LOS CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DEL NÚMERO DE SUJETOS A ESTUDIAR, EN LOS CRITERIOS



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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO.

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

NO. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
16 PLAN DE ANÁLISIS	DE INCLUSIÓN SE DEFINIRÁ LAS CUALIDADES QUE DETERMINAN LA ELECCIÓN DE UN SUJETO O IMPEDIRÁN SU ACCESO AL ESTUDIO, EN LAS VARIABLES DE ESTUDIO SE ESPECIFICARÁN LAS CARACTERÍSTICAS O ATRIBUTOS DE LAS UNIDADES DE OBSERVACIÓN, UNIDADES DE MEDIDA Y LAS ESCALAS DE CLASIFICACIÓN EN QUE SE MEDIRÁN, RECOLECCIÓN DE DATOS LA SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y DISEÑO DE LOS FORMULARIOS QUE SE UTILIZARÁN PARA RECABAR DATOS, SE ESPECIFICARÁ EL PROGRAMA PARA LA PRUEBA PILOTO O ENSAYO QUE PERMITA DETECTAR FALLAS O INCONSISTENCIAS EN EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.
17 ASPECTOS TÉCNICOS	LOS SEÑALAMIENTOS DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA EL CÓMPUTO DE LA INFORMACIÓN, DEBE EXISTIR CORRESPONDENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LAS HIPÓTESIS Y LAS TÉCNICAS DE ANÁLISIS.
17 ASPECTOS TÉCNICOS	CON UNA "X" EL TIPO DE RIESGO DE ACUERDO A LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.
18 ORGANIZACIÓN	NOMBRES DEL PERSONAL, CARGO Y FUNCIONES DE CADA UNO DE LOS RECURSOS HUMANOS QUE PARTICIPARÁ EN EL PROYECTO, ASÍ COMO LA DESCRIPCIÓN DE LOS MATERIALES, APARATOS Y EQUIPO A UTILIZARSE EN LA INVESTIGACIÓN.



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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
19 CAPACITACIÓN DE PERSONAL	ESPECIFICAR EL PERSONAL QUE REQUIERE DE CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO, HACIENDO MENCIÓN DEL TIPO Y TIEMPO EMPLEADO, DESCRIBIR EL TIPO DE CAPACITACIÓN, LUGAR DONDE SE LLEVARÁ A CABO Y PERSONAL QUE LO PROPORCIONARÁ
20 FINANCIAMIENTO	PARA INVESTIGACIONES CON PRESUPUESTO INTERNO. SOLÓ SE DESCRIBIRÁN LOS CONCEPTOS, CON FINANCIAMIENTO EXTERNO SE ELABORARÁ PRESUPUESTO DE ACUERDO CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES (FORMATO 3).
21 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	ESPECIFICAR CADA ACTIVIDAD, ENTIDAD RESPONSABLE Y TIEMPO DE EJECUCIÓN (FORMATO 4)
22 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DEBERÁN SER NUMERADAS DE ACUERDO CON LA SECUENCIA DE APARICIÓN DE LAS MISMAS EN EL TEXTO.
23 YO	FORMATO 1 NOMBRE DEL PACIENTE PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN O DE SU REPRESENTANTE LEGAL.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
24 INDICACIONES	INDICACIONES DEL PACIENTE SI DECIDE RETIRARSE DE LA INVESTIGACIÓN.
25 FECHA	LA FECHA EN QUE SE DA TRÁMITE ESTE FORMATO.
26 NOMBRE- FIRMA	EL NOMBRE Y LA FIRMA YA SEA DEL PACIENTE PARTICIPANTE O SU REPRESENTANTE LEGAL Y DOS TESTIGOS. FORMATO 2
27 RECURSOS HUMANOS	EL NOMBRE DE LOS RESPONSABLES QUE VAN A INTERVENIR EN EL PROYECTO, NÚMERO DEL PROTOCOLO, Y TÍTULO CLARO Y CONCISO, LA FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ASÍ MISMO LA CALENDARIZACIÓN PROGRAMADA DE SUS ACTIVIDADES. FORMATO 3
28 PRESUPUESTO	EL NÚMERO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN, NOMBRE DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE, LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO, EL MONTO, FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN, INDICAR EN CADA SUBCUENTA: EL CONCEPTO NÚMERO, COSTO UNITARIO, COSTO SUBTOTAL, COSTO DIRECTO, EL % PARA PROYECTOS CON FINANCIAMIENTO EXTERNO Y POR ÚLTIMO EL COSTO TOTAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN"

No. CONCEPTO

SE ANOTARÁ:

FORMATO 4

29 CRONOGRAMA

EL NÚMERO DEL PROTOCOLO, EL TÍTULO CLARO Y CONCISO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN FECHA DE INICIO Y DE TERMINACIÓN Y LA CALENDARIZACIÓN PROGRAMADA DE SUS ACTIVIDADES.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
499

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROCESOS

FECHA AUT.
DÍA / MES / AÑO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT. 2 2000

31.- PROCEDIMIENTO PARA DEFINIR METAS Y ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN PARA INTEGRAR AL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

FECHA AUT.
SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

DEFINIR ESTÁNDARES DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN QUE BRINDA EL INSTITUTO PARA DAR CUMPLIMIENTO AL SUBPROGRAMA DE ATENCIÓN CIUDADANA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL CONSIDERANDO EL PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (PROMAP).



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PLANEAR SUS METAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO CON BASE EN EL PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO
- EL RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS, ASÍ COMO EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES SERÁ EL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN.
- LOS TIEMPOS DE EJECUCIÓN PARA LAS METAS SERÁN:
 - A CORTO PLAZO: UN AÑO.
 - A MEDIANO PLAZO: DOS AÑOS
 - A LARGO PLAZO: TRES AÑOS
- LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA LOGRAR LAS METAS A ALCANZAR SERÁN:
 - LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS
 - EL IMPULSO DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA
 - EL DESARROLLO DE TECNOLOGÍA EN MATERIA DE COMPUTO, TÉCNICAS Y PROCESOS DE LABORATORIO Y COMUNICACIÓN.
 - BUSQUEDA DE FINANCIAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN
- PARA LA EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CADA DIRECCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA SE UTILIZARÁN LOS INDICADORES DE GESTIÓN PROPUESTOS POR LA COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD, ASÍ COMO LOS QUE SE DEFINAN INTERNAMENTE EN EL INSTITUTO.
- PARA LA REDEFINICIÓN DE ESTÁNDARES, LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CONSIDERARÁ EN CUENTA DIVERSOS ATRIBUTOS QUE LE SON INHERENTES A ELLA TALES COMO: ACCESIBILIDAD, CLARIDAD, COMPETENCIA, CONFIANZA, CONFIABILIDAD, OPORTUNIDAD, RAPIDEZ, SEGURIDAD, PRESUPUESTO, ETC.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
502
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO: 31.- DEFINIR METAS Y ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN PARA INTEGRAR AL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN GENERAL	1	RECIBE OFICIO DE LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO PARA PARTICIPAR EN EL TALLER PARA "DIFUSIÓN Y ESTÁNDARES DE CALIDAD".
DIRECCIÓN GENERAL	2	INSTRUYE A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN MEDIANTE OFICIO PARA QUE DEFINA SUS ESTÁNDARES DE CALIDAD, ASÍ COMO SUS METAS A ALCANZAR CON BASE EN LA METODOLOGÍA ESTABLECIDA POR LA SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	3	RECIBE OFICIO, REDACTA LAS METAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO Y LAS ENVÍA A LA DIRECCIÓN GENERAL.
DIRECCIÓN GENERAL	4	RECIBE, Y REALIZA REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA PARA SU VISTO BUENO, AUTORIZA Y ENVIA MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO PARA SU REVISIÓN Y AUTORIZACIÓN.
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN, ORGANIZACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SECRETARÍA DE SALUD	5	RECIBE OFICIO CON INDICADORES Y LOS REvisa:
		¿PROCEDE?



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
503

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

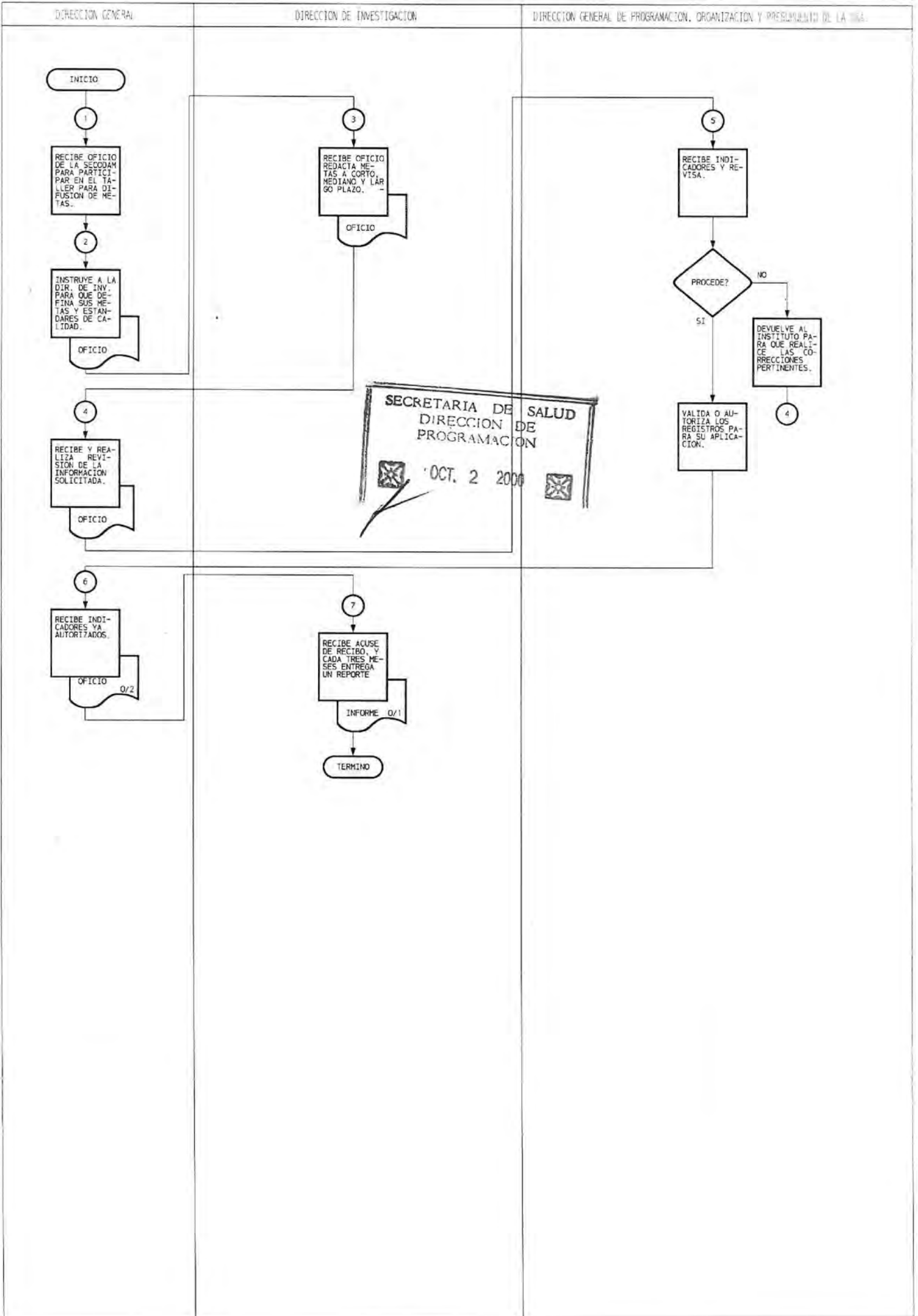
PROCEDIMIENTO: 31.- DEFINIR METAS Y ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN PARA INTEGRAR AL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL



UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN GENERAL	6	<p>NO: DEVUELVE MEDIANTE OFICIO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PARA QUE REALICE LAS CORRECCIONES PERTINENTES REGRESA A LA ACTIVIDAD No.4.</p> <p>SÍ: VALIDA O AUTORIZA LOS REGISTROS PARA SU APLICACIÓN DENTRO DEL INSTITUTO.</p> <p>RECIBE OFICIO EN ORIGINAL Y DOS COPIAS, CON INDICADORES YA AUTORIZADOS, SELLA ACUSE DE RECIBO PARA LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD Y ENVÍA COPIA DEL ACUSE DE RECIBO A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA SU CONOCIMIENTO.</p>
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	7	<p>RECIBE ACUSE DE RECIBO, TRABAJA CON LOS INDICADORES Y METAS YA AUTORIZADOS Y ENTREGA TRIMESTRALMENTE UN REPORTE MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y COPIA Y DISKETTE ELECTRÓNICO PARA SU CONOCIMIENTO A LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO, Y AL DEPARTAMENTO DE PLANEACIÓN.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>

ÁREA RESPONSABLE : DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCESAMIENTO : 31. DEFINIR METAS Y ESTANDARES DE INVESTIGACION PARA INTEGRAR EL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
505

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN

DÍA	MESE	AÑO

DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

32- PROCEDIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE CURSOS Y SEMINARIOS



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
506

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

DIVULGAR LOS CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN, CON EL OBJETIVO DE INCREMENTAR EL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL MÉDICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA E INSTITUCIONES AFINES, MEDIANTE SU PARTICIPACIÓN EN LOS MISMOS.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT. 2 2000

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, AUTORIZAR LOS CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN, PARA SU DIVULGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LAS SUBDIRECCIONES DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN: INVESTIGACIÓN CLÍNICA, INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA, PROGRAMAR CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN.
- LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN , SERÁ LA RESPONSABLE DE AUTORIZAR LA ELABORACIÓN DEL MATERIAL (FOLLETOS Y POSTERS), PARA LA DIVULGACIÓN DE LOS CURSOS Y SEMINARIOS.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA Y DE INSTITUCIONES AFINES, MEDIANTE LA DIVULGACIÓN DE CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, ESTABLECER UN SISTEMA DE INFORMACIÓN, PARA APOYO EFECTIVO EN CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
508

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO : 32.- DIVULGACIÓN DE CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN.

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	INSTRUYE PERMANENTEMENTE A LAS SUBDIRECCIONES DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN PARA DIVULGAR LOS CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN, EN COORDINACIÓN CON LA DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA.
SUBDIRECCIONES DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN	2	ENVÍAN MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN RELACIÓN DE CURSOS Y SEMINARIOS PROPUESTOS PARA SER IMPARTIDOS.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	3	RECIBE Y ANALIZA PROPUESTAS Y NOTIFICA MEDIANTE OFICIO A LOS DEPARTAMENTOS DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN, LOS CURSOS Y SEMINARIOS SELECCIONADOS.
SUBDIRECCIONES DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN	4	SOLICITAN MEDIANTE OFICIO AL DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL, REALIZAR DISEÑO DE FOLLETOS INFORMATIVO Y CARTULINA DEL CURSO Y/O SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN.
DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL	5	<p>RECIBE SOLICITUD, ELABORÁ DISEÑO DE FOLLETO Y CARTULINA Y ELABORÁ DISEÑO Y CARTULINA Y ENVÍA A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PARA SU AUTORIZACIÓN:</p> <p style="text-align: center;">¿PROCEDE?</p> <p>NO: DEVUELVE AL DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL PARA REALIZAR CORRECCIONES (REGRESA A LA ACTIVIDAD NÚMERO 5)</p> <p>SI: AUTORIZA LA ELABORACIÓN DEL ORIGINAL.</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
509

FECHA AUT.
DÍA MES AÑO

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE
PROGRAMACION

OCT. 2 2000

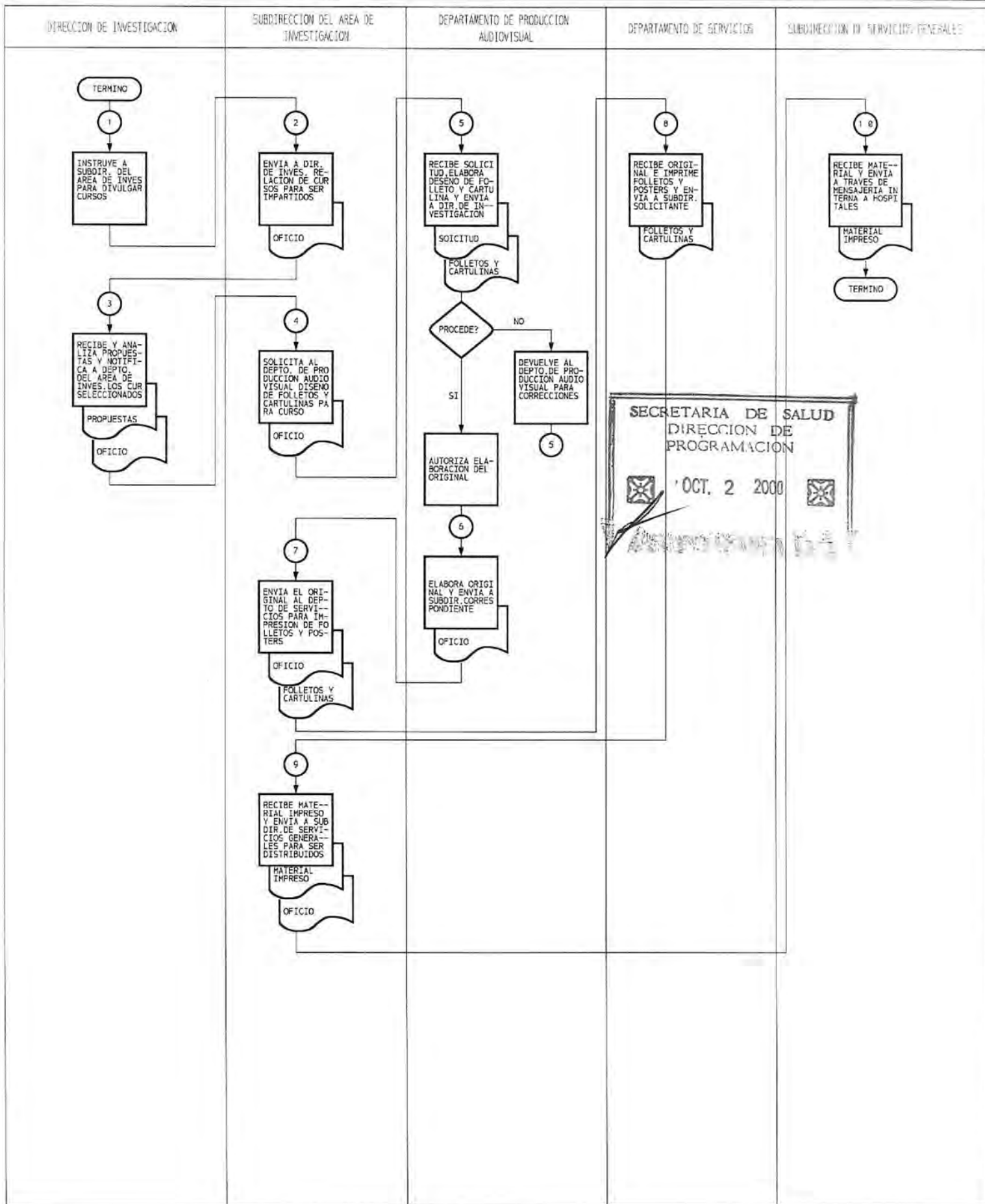
ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO : 32.- DIVULGACIÓN DE CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACIÓN.

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL	6	ELABORA ORIGINAL Y LO ENVÍA MEDIANTE OFICIO, A LA SUBDIRECCIÓN CORRESPONDIENTE.
SUBDIRECCIONES DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	7	ENVÍA EL ORIGINAL AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS, MEDIANTE OFICIO PARA REALIZAR LA IMPRESIÓN DE FOLLETOS Y POSTERS.
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS	8	RECIBE ORIGINAL E IMPRIME FOLLETOS Y POSTERS Y ENVÍA A LA SUBDIRECCIÓN SOLICITANTE.
SUBDIRECCIONES DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	9	RECIBE MATERIAL IMPRESO Y LO ENVÍA MEDIANTE OFICIO, A LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES, PARA QUE SEAN DISTRIBUIDOS EN HOSPITALES PREVIAMENTE ESTABLECIDOS.
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS GENERALES	10	RECIBE MATERIAL (TRIPTICOS Y POSTERS) Y ENVÍA A TRAVÉS DE MENSAJERIA INTERNA, A LOS HOSPITALES PARA SU DIVULGACIÓN.
		TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE : DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO : 32.- DIVULGACION DE CURSOS Y SEMINARIOS DE INVESTIGACION





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
510

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

33.- PROCEDIMIENTO PARA APOYAR LA CREACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN
INTERINSTITUCIONALES



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

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

OBJETIVO ESPECÍFICO

FOMENTAR LA CREACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONALES, PARA LLEVAR A CABO EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN PROYECTOS MULTIDISCIPLINARIOS, QUE AUMENTEN LA CALIDAD E IMPACTO DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA



FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

POLITICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN SERÁ LA RESPONSABLE DE REALIZAR LOS CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL DE DOS FORMAS:
 - A) A TRAVÉS DE CUALQUIER INSTITUCIÓN PÚBLICA Ó PRIVADA, CUYO TEMA DE INVESTIGACIÓN, COMPETA EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
 - B) MEDIANTE INVESTIGADORES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, CON INSTITUCIONES INTERESADAS EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, ESPECIFICAR LOS COMPROMISOS Y BENEFICIOS PARA EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA Y LA DEFINICIÓN DE CO-AUTORÍAS, DE ACUERDO CON EL GRADO DE CONTRIBUCIÓN EN EL ESTUDIO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, NOMBRAR A UN CO-INVESTIGADOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN ESTARÁ INTEGRADA POR UN GRUPO COLEGIADO DE POR LO MENOS CINCO INVESTIGADORES QUE LABOREN EN EL INSTITUTO.
- LAS INSTITUCIONES EXTERNAS, DEBERÁN PRESENTAR EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, A FIN DE SOLICITAR SU AUTORIZACIÓN PARA LLEVARLO A CABO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, SERÁ LA RESPONSABLE DE REVISAR Y CORROBORAR QUE LOS PROYECTOS PROPUESTOS CUMPLAN CON LOS REQUISITOS DE PRESENTACIÓN ESTABLECIDOS, CON BASE EN LA NORMA 313 PARA LA PRESENTACIÓN DE PROTOCOLOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD.
- EL INICIO Y EL TÉRMINO DEL PROTOCOLO SERÁN DETERMINADOS POR LAS DOS INSTITUCIONES PARTICIPANTES, DE MUTUO ACUERDO Y ESTE SERÁ PRESENTADO ANTE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PARA SU CONSENTIMIENTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

513

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO : 33.- CREACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONALES

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	INSTRUYE A TRAVÉS DE LAS "NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACIÓN" A LOS DEPARTAMENTOS A SU CARGO, PARA CREAR CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONALES PARA UN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CON BASE EN LA NORMA 313 PARA LA PRESENTACIÓN DE PROTOCOLOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD..
DEPARTAMENTOS DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	2	PROMUEVEN LA CREACIÓN DE CONVENIOS MEDIANTE LLAMADAS TELEFÓNICAS O VISITAS DIRECTAS A LAS EMPRESAS PRIVADAS, INTERESADAS EN LLEVAR A CABO INVESTIGACIÓN EN ALGÚN CAMPO DE LA PERINATOLOGÍA, CUYOS OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN SEAN A FINES CON LOS DEL INSTITUTO INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
INSTITUCIONES EXTERNAS	3	PRESENTA PROPUESTA DE PARTICIPACIÓN MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, ESPECIFICANDO LOS TÉRMINOS DEL CONVENIO.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	4	RECIBE Y ANALIZA PROPUESTA DE CONVENIO Y DETERMINA: ¿PROCEDE? NO: DEVUELVE LA PROPUESTA DEL CONVENIO AL TITULAR DEL PROYECTO, PARA QUE VUELVA A REDACTAR LA PROPUESTA. VUELVE A LA ACTIVIDAD NO. 3



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
514

FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO : 33.- CREACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONALES

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN
DGT 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS	5	ANALIZA PROPUESTA DE CONVENIO Y EN CASO NECESARIO INDICA LAS MODIFICACIONES PARA QUE CONTenga LOS REQUISITOS JURÍDICOS CORRESPONDIENTES Y DEVUELVE AL TITULAR DEL PROYECTO.
TITULAR DEL PROYECTO	6	REALIZA LAS MODIFICACIONES NECESARIAS Y ELABORA CONVENIO DEFINITIVO EN ORIGINAL Y DOS COPIAS, TURNA A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	7	RECIBE CONVENIO, REvisa, RUBRICA Y SOMETE A CONSIDERACIÓN DEL DIRECTOR GENERAL.
DIRECTOR GENERAL	8	RECIBE CONVENIO, COMENTA CON EL DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN LAS CONDICIONES Y LO REvisa. ¿PROCEDE? NO: DEVUELVE AL TITULAR DEL PROYECTO PARA MODIFICACIONES. VUELVE A LA ACTIVIDAD NO. 6 SI: FIRMA CONVENIO EN ORIGINAL Y DOS COPIAS Y TURNA AL TITULAR DEL PROYECTO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
515
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

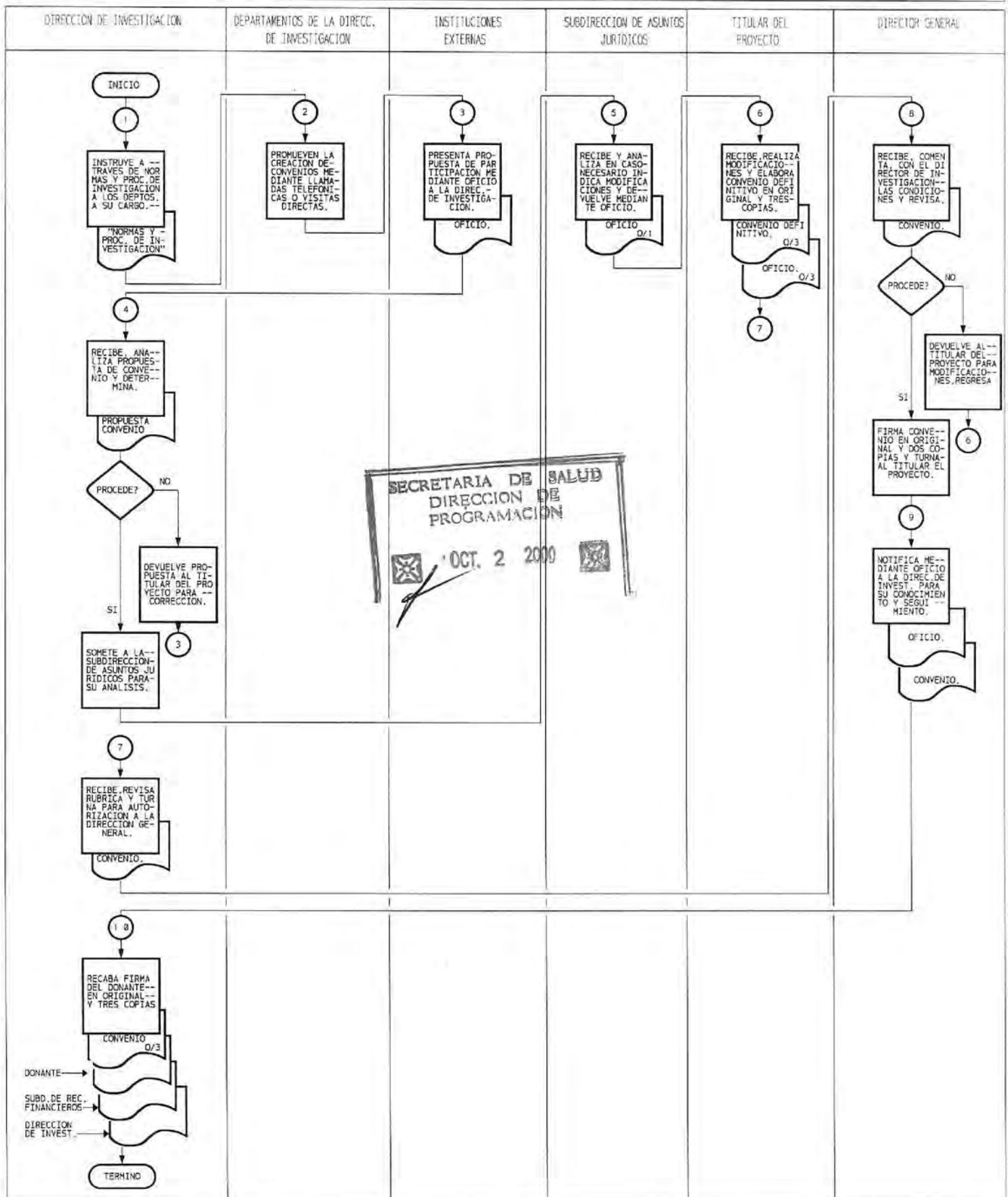
PROCEDIMIENTO : 33.- CREACIÓN DE CONVENIOS DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONALES

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECTOR GENERAL	9	NOTIFICA MEDIANTE OFICIO A LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN, PARA SU CONOCIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CONVENIO.
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	10	RECABA FIRMA DEL DONANTE EN ORIGINAL Y TRES COPIAS DEL CONVENIO Y DISTRIBUYE: ORIGINAL: TITULAR, 1ª COPIA: DONANTE, 2ª COPIA: SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS, 3ª COPIA: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN. TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE : DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO : 35. CREACION DE CONVENIOS DE COLABORACION INTERINSTITUCIONALES





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

517

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT 2 2011

34.- PROCEDIMIENTO PARA EL IMPULSO A INVESTIGADORES



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

518

FECHA AUT. SECRETARÍA DE SALUD
DÍA MES AÑO DE
PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

FOMENTAR Y DESARROLLAR EL CONOCIMIENTO EN EL CAMPO DE LA SALUD REPRODUCTIVA Y NEONATAL A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE INVESTIGACIONES, CON EL FIN DE BRINDAR A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS Y CONCEPTUALES.



POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN APOYAR EL PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD (UNAM) INSCRIBIENDO A LOS INVESTIGADORES EN CURSOS, CONGRESOS O TALLERES DE INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN IMPULSAR A LOS INVESTIGADORES A QUE FORMEN PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN (SIN) Y DEL SISTEMA INSTITUCIONAL DE INVESTIGADORES (COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD).
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN IMPLEMENTAR Y ESTABLECER MECANISMOS DE GESTIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EXTERNOS MEDIANTE UNA CARTA DEL INSTITUTO FIRMADA POR EL DIRECTOR GENERAL ENVIADA A LAS PRINCIPALES AGENCIAS, LABORATORIO MÉDICOS, FUNDACIONES E INSTITUCIONES QUE APOYAN A LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN PROMOVER EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y ESTABLECIMIENTOS EN CONVENIOS PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DAR SEGUIMIENTO AL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DE ÉTICA AUTORIZAR LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y REPORTAR EL AVANCE DE LOS PROYECTOS QUE PUEDAN PRESENTARSE EN CUALQUIER MOMENTO Y BRINDAR ASESORÍA A LOS INVESTIGADORES.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
520

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

PROCEDIMIENTO: 34.- IMPULSO A INVESTIGADORES

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA	1	INSTRUYEN A TODOS LOS DEPARTAMENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PARA EL IMPULSO A LA INVESTIGACIÓN LE PIDEN AL DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN DE AUDIOVISUAL MEDIANTE OFICIO Y COPIA SU APOYO.
DEPARTAMENTO DE PRODUCCIÓN AUDIOVISUAL	2	RECIBE SOLICITUD PROGRAMAS DE VIDEO EDUCATIVOS Y CIENTÍFICOS PARA EL ACERVO INSTITUCIONAL ASI COMO PRESENTACIONES EN CONGRESOS Y CONFERENCIAS DENTRO Y FUERA DE INSTITUTO PARA IMPULSAR A INVESTIGADORES.
	3	AUTORIZA EL USO DE AUDITORIOS Y AULAS PARA LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN, APOYÁNDOSE EN EL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO.
DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN Y DESARROLLO	4	ELABORA CURSOS DE CAPACITACIÓN EN EL SISTEMA DE ENSEÑANZA.
	5	FOMENTA LA PREPARACIÓN Y ACTIVIDADES ACADÉMICAS EN LOS INVESTIGADORES Y LA PREPARACIÓN PARA OBTENER BUENOS RESULTADOS APOYÁNDOSE EN LA COORDINACIÓN DE LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
521

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

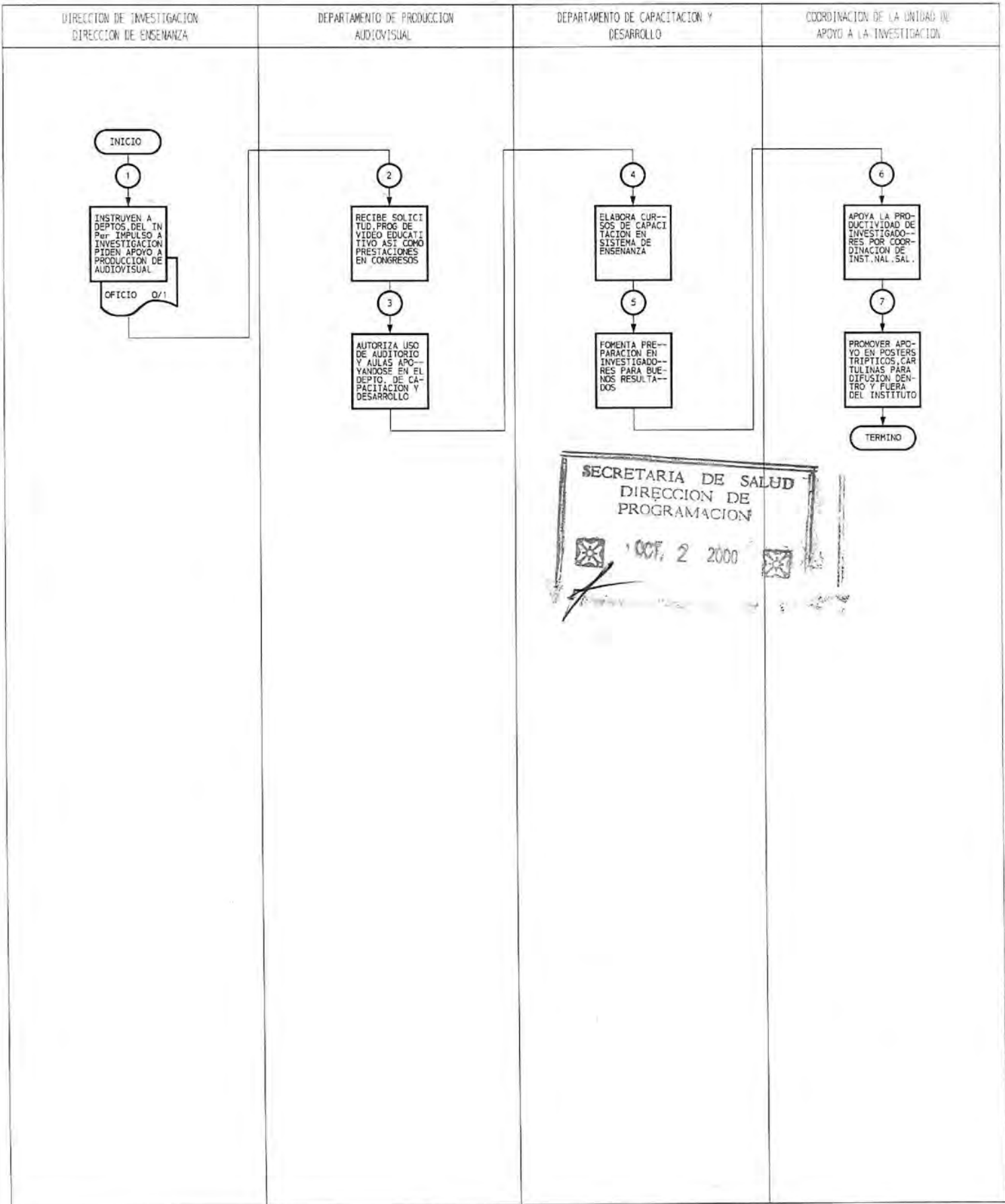
PROCEDIMIENTO: 34.- IMPULSO A INVESTIGADORES



UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
COORDINACIÓN DE LA UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN	6	APOYA LA PRODUCTIVIDAD DE LOS INVESTIGADORES EN PRODUCTOS TALES COMO ARTÍCULOS, CAPÍTULOS DE LIBROS, LIBROS EDITADOS, PRESENTACIONES EN CONGRESOS, ACTIVIDADES DE ENSEÑANZA, DIRECCIÓN DE TESIS, PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS, CONSIDERADOS POR LA COORDINACIÓN DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD.
	7	PROMOVER EL APOYO EN POSTERS, TRÍPTICOS, CARTULINAS Y CARTELES PARA LA DIFUSIÓN DE ENSEÑANZA DENTRO Y FUERA DE LA INSTITUCIÓN, EN SESIONES, CURSOS, TALLERES Y JORNADAS SABATINAS. TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE : DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO : 34.-IMPULSO A INVESTIGADORES





MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

523

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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

35.- PROCEDIMIENTO PARA OBTENCIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EXTERNOS PARA INVESTIGACIÓN



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

524

FECHA AUT.

SECRETARIA	DIA	MES	AÑO	SALUD

DIRECCION DE PROGRAMACION

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

REALIZAR EL CORRECTO INGRESO DE EFECTIVO A CUENTAS BANCARIAS, EXCLUSIVAS DE LOS RECURSOS EXTERNOS, OTORGADOS AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PARA FINANCIAR PROYECTOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y OTRAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS O ASISTENCIALES.



FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DÍA MES AÑO
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SE CONSIDERARÁN RECURSOS EXTERNOS LOS INGRESOS EN EFECTIVO O EN ESPECIE QUE HAYAN SIDO OTORGADOS AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA POR PERSONAS FÍSICAS O MORALES DE DERECHO PÚBLICO O PRIVADO, NACIONALES O EXTRANJERAS, MEDIANTE DONATIVOS, CONVENIOS DE COLABORACIÓN O BIEN; CONTRATOS PARA EL DESARROLLO O LA COMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES SUSTANTIVAS DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y OTRAS DE CARÁCTER ACADÉMICO O ASISTENCIAL.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DEL PATRONATO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA CONTRIBUIR A LA OBTENCIÓN DE LOS RECURSOS EXTERNOS PARA DAR CONTINUIDAD A LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y OTRAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS O ASISTENCIALES.
- LOS RESPONSABLES DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DEBERÁN AVISAR MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL (PARA LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN) Y DOS COPIAS (UNA PARA EL PATRONATO Y OTRA PARA EL DEPARTAMENTO EN EL CUAL ESTAN LABORANDO), DE FORMA INMEDIATA, SOBRE LOS RECURSOS EXTERNOS QUE LES SEAN OTORGADOS, ASÍ COMO LOS TÉRMINOS DEL CONVENIO QUE SE DEBE REALIZAR.
- LOS RECURSOS EXTERNOS OTORGADOS POR PERSONAS FÍSICAS O MORALES NACIONALES Y EXTRANJERAS DEBERÁN CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN LOS "CRITERIOS PARA EL MANEJO DE RECURSOS EXTERNOS DESTINADOS AL FINANCIAMIENTO DE PROYECTOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y OTRAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS O ASISTENCIALES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA .
- LOS INGRESOS POR RECURSOS EXTERNOS FORMARÁN PARTE DEL PATRIMONIO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, POR LO QUE SU REGISTRO SE DEBERÁ CONSIGNAR EN EL INGRESO- GASTO DEL FLUJO DE EFECTIVO CORRESPONDIENTE Y SE IDENTIFICARÁN PLENAMENTE EN LOS RENGLONES DEL SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN.
- LOS INVESTIGADORES DE LOS PROYECTOS NO PODRÁN RECIBIR DIRECTAMENTE RECURSOS EXTERNOS PARA EL APOYO DE ACTIVIDADES REALIZADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE CON LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DEL INSTITUTO DENTRO O FUERA DE SUS INSTALACIONES.



FECHA AUT.

DÍA	MES	AÑO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

- LOS TITULARES DE LOS PROYECTOS CONCENTRARÁN EN LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS LOS RECURSOS EXTERNOS QUE HAYAN RECIBIDO DENTRO DE LOS DOS DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE SU RECEPCIÓN
- LOS RECURSOS EXTERNOS PODRÁN SER ENTREGADOS AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA DE LAS SIGUIENTES FORMAS:
 - A) MEDIANTE CHEQUE A NOMBRE DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA , ENVIADO CON UN OFICIO AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS
 - B) MEDIANTE ABONO DIRECTO EN CUENTA BANCARIA; PARA TAL EFECTO, SE SOLICITARÁ POR ESCRITO AL TITULAR DE LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE A LA INSTITUCIÓN BANCARIA DE QUE SE TRATE, Y NÚMERO DE CUENTA, NOTIFICANDO EL NOMBRE DE PROYECTO Y LOS DATOS DEL APORTANTE O DONATARIO.
- LAS DONACIONES EN ESPECIE O EN EFECTIVO SE RECIBIRÁN CADA VEZ QUE LAS PERSONAS FÍSICAS O MORALES LO DESEEN HACER, EN FECHA Y HORA ACORDADAS ENTRE EL DONANTE, EL RESPONSABLE DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y LA PERSONA ASIGNADA POR LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS PARA SU REGISTRO CONTABLE-PRESUPUESTAL.
- LOS CONVENIOS DE COLABORACIÓN O CONTRATOS PARA EL OTORGAMIENTO DE RECURSOS EXTERNOS QUE PRETENDAN CELEBRARSE, DEBERÁN SOMETERSE A CONSIDERACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS DEL INSTITUTO PARA SU REVISIÓN, ANTES DE SER AUTORIZADOS POR EL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO, REMITIENDO UN TANTO DE LOS ORIGINALES FIRMADOS A LA DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS PARA SU RESGUARDO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
527

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO: 35.- OBTENCIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EXTERNOS PARA INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD		
DÍA	MES	AÑO
PROGRAMACIÓN		
<input checked="" type="checkbox"/>	007	7

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	INSTRUYE AL RESPONSABLE DE CADA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA PARA QUE REALICE LA OBTENCIÓN DE LOS RECURSOS EXTERNOS CON BASE EN LOS "CRITERIOS PARA EL MANEJO DE RECURSOS EXTERNOS DESTINADOS AL FINANCIAMIENTO DE PROYECTOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y OTRAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS O ASISTENCIALES".
RESPONSABLE DEL PROYECTO	2	RECIBE INSTRUCCIONES, REALIZA CONVENIO DE COLABORACIÓN (DENTRO DEL INSTITUTO) CON LA INSTITUCIÓN EXTERNA INTERESADA EN CONTRIBUIR EN ALGÚN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ESPECÍFICO.
	3	ENVÍA A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS COPIA DEL CONVENIO O CONTRATO DE COLABORACIÓN AUTORIZADO POR EL DIRECTOR GENERAL, SOLICITANDO SE ELABORE RECIBO DE PAGO, (FORMATO SIN NÚMERO) PARA RECIBIR EL DONATIVO EN EFECTIVO.
SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS	4	RECIBE CONVENIO DE COLABORACIÓN O CONTRATO AUTORIZADO POR LA SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS; REGISTRA EN SU CONTROL DE CORRESPONDENCIA, COMUNICA Y TURNA COPIA DEL CONVENIO O CONTRATO AL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA PARA QUE ELABORE RECIBO DE PAGO (SIN NÚMERO) Y



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
528
FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

PROCEDIMIENTO: 35.- OBTENCIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EXTERNOS PARA INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN		
DÍA	MES	AÑO
PROYECTO		
		DCT

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE TESORERÍA	5	TRAMITE LA RECEPCIÓN DEL DONATIVO EN EFECTIVO. RECIBE COPIA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN O CONTRATO, ELABORA RECIBO DE PAGO (SIN NÚMERO) Y REALIZA ANTE PRESENCIA DEL DONANTE EL TRÁMITE PARA LA OBTENCIÓN DEL CHEQUE CORRESPONDIENTE.
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD	6	ENVÍA AL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD COPIA DEL CONVENIO O CONTRATO PARA SU RESGUARDO Y SOLICITA ASIGNACIÓN DE NÚMERO DE CUENTA BANCARIA.
DEPARTAMENTO DE TESORERÍA	7	RECIBE COPIA DEL CONVENIO DE COLABORACIÓN O CONTRATO Y SOLICITUD DE RECIBO, OTORGA No. DE CUENTA AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, ARCHIVA CONVENIO DE COLABORACIÓN E INFORMA AL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y UNA COPIA. (ORIGINAL- DEPTO. DE CONTABILIDAD, 1ª COPIA- DEPTO. DE TESORERÍA).
DEPARTAMENTO DE TESORERÍA	8	RECIBE SOLICITUD DE RECIBO DEL CONTRATO O CONVENIO DE COLABORACIÓN CON NÚMERO DE CUENTA DEL PROYECTO, EFECTUA EL DEPÓSITO DEL CHEQUE EN LA CUENTA BANCARIA CORRESPONDIENTE, ELABORA REPORTE DIARIO DE TESORERÍA EN ORIGINAL Y COPIA Y LO ENVÍA PARA SU REGISTRO CONTABLE AL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD FINANCIEROS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

529

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD

DÍA MES AÑO

DIRECCIÓN DE

PROGRAMACIÓN

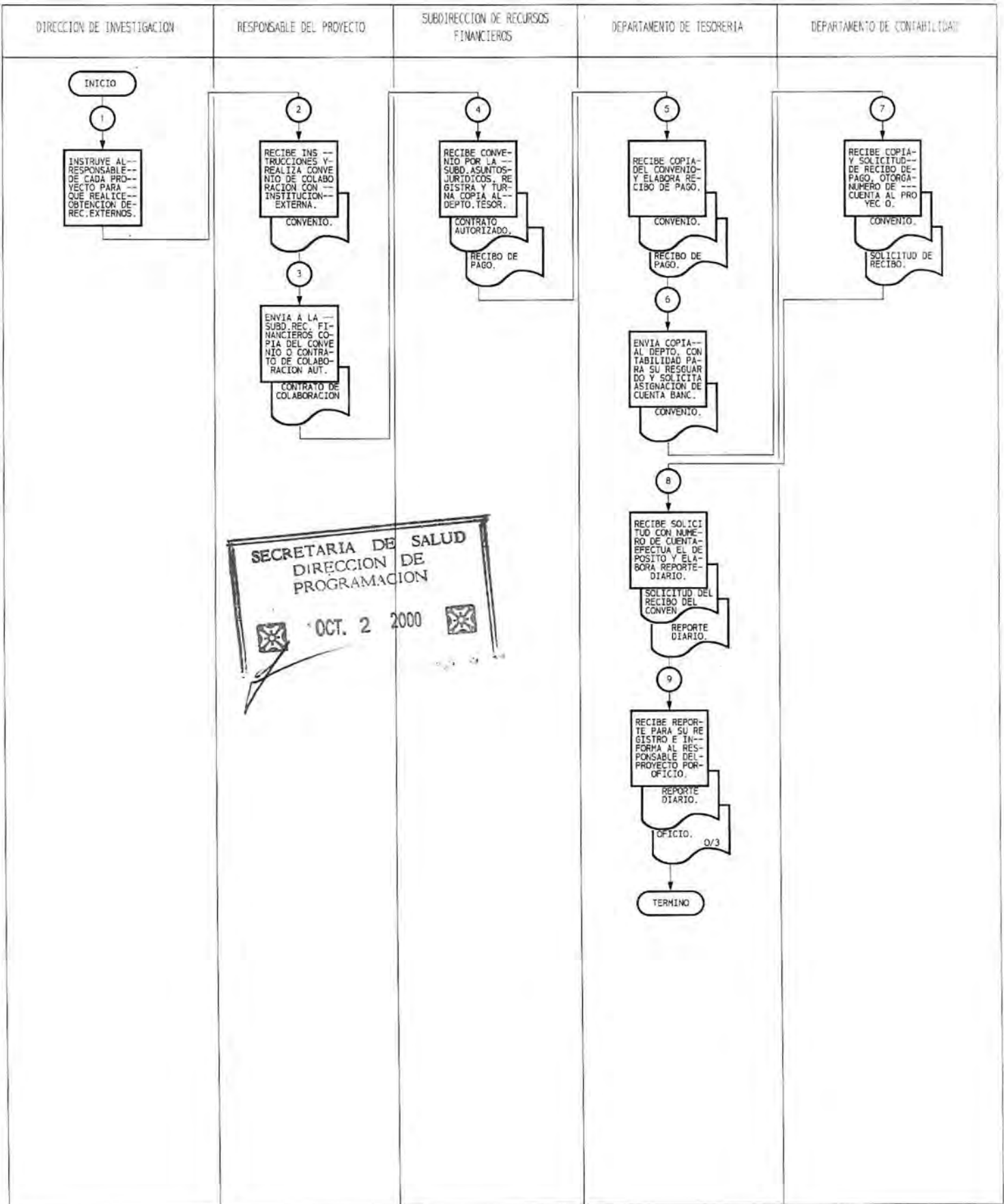
PROCEDIMIENTO: 35.- OBTENCIÓN DE RECURSOS ECONÓMICOS EXTERNOS PARA INVESTIGACIÓN

OCT 2 200

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD	9	CON COPIA PARA SU CONOCIMIENTO A LA SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS. RECIBE EL REPORTE DIARIO DEL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA PARA SU REGISTRO E INFORMA AL RESPONSABLE DEL PROYECTO MEDIANTE OFICIO EN ORIGINAL Y TRES COPIAS.(ORIGINAL- DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS, 1ª COPIA- RESPONSABLE DEL PROYECTO, 2ª COPIA- DEPARTAMENTO DE TESORERÍA 3ª COPIA- ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD. TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE: DIRECCION DE INVESTIGACION

PROCEDIMIENTO: 35.-OBTENCION DE RECURSOS ECONOMICOS EXTERNOS PARA INVESTIGACION



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE PROGRAMACION
OCT. 2 2000

REGISTRO No. 1	NOMBRE 2	CLASIF. 3	FECHA 4	531
CODIGO 5	DESCRIPCION 6	CANTIDAD 7	IMPORTE 8	
<p><i>Forma de Recibo</i></p> <p>CANCELADO</p> <p>INPer</p> <p>LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES IMPRESO POR MARGARITO ORTIZ JIMENEZ R.F.C. OLIM S4105 3V4 RAFAEL ANJEL DE LA PEÑA No. 120-7 COL. DOBERA MEXICO D.F. TEL.S. 5741 7033 Y 5 5811 874 AUTORIZACIONES I.F.C. PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION DEL 29-VI-92 ORIGINAL Y COPIA SERIE C FOLIO 209091-C AL 220001 C FECHA DE IMPRESION OCTUBRE DE 1999 FECHA DE VENCIMIENTO OCTUBRE DEL 2001</p>		<p>CANCELADO</p> <p>SECRETARIA DE SALUD DIRECCION DE PROGRAMACION</p> <p>OCT. 2 2000</p>		
<p>ESTE RECIBO NO TIENE VALIDEZ SIN LOS SELLOS DE PAGO Y CAJERO</p> <p>MONTES URALES 800 LOMAS VIRREYES MEXICO, D.F.</p>		<p>TOTAL 9</p>		



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA
DIRECCION GENERAL DE ADMINISTRACION Y FINANZAS

RECIBO DE PAGO FOLIO 209132 c

REGISTRO No.	NOMBRE	CLASIF.	FECHA
CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	IMPORTE
<p><i>Forma Nuevo de Recibo</i></p> <p>CANCELADO</p> <p>INPer</p> <p>LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES IMPRESO POR MARGARITO ORTIZ JIMENEZ R.F.C. OLIM S4105 3V4 RAFAEL ANJEL DE LA PEÑA No. 120-7 COL. DOBERA MEXICO D.F. TEL.S. 5741 7033 Y 5 5811 874 AUTORIZACIONES I.F.C. PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION DEL 29-VI-92 ORIGINAL Y COPIA SERIE C FOLIO 209091-C AL 220001 C FECHA DE IMPRESION OCTUBRE DE 1999 FECHA DE VENCIMIENTO OCTUBRE DEL 2001</p>		<p>CANCELADO</p>	
<p>ESTE RECIBO NO TIENE VALIDEZ SIN LOS SELLOS DE PAGO Y CAJERO</p> <p>MONTES URALES 800 LOMAS VIRREYES MEXICO, D.F.</p>		<p>TOTAL</p>	



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
532

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DÍA MES AÑO
OCT 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"RECIBO DE PAGO" (SIN NÚMERO)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	REGISTRO No.	EL NÚMERO DE REGISTRO DEL RECIBO DE PAGO (EL CUAL ESTA FOLIADO).
2	NOMBRE	NOMBRE DE LA PERSONA FÍSICA O MORAL QUE REALIZA EL DONATIVO.
3	CLASIF.	LOS LLENARÁ EL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA
4	FECHA	EL DÍA, MES Y AÑO EN EL QUE SE EXPIDE EL RECIBO DE PAGO.
5	CÓDIGO	LO LLENARÁ EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA
6	DESCRIPCIÓN	LOS LLENARÁ EL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE TESORERÍA
7	CANTIDAD	EL NÚMERO 1.
8	IMPORTE	LA CANTIDAD EN EFECTIVO QUE SE ESTA DONANDO
9	TOTAL	EL NÚMERO QUE DE RESULTADO DE LA SUMA DE LOS IMPORTES.



SECRETARÍA DE SALUD		
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		
FECHA	DIAS	AÑO
	OCT. 2	2000

36.-PROCEDIMIENTO PARA COORDINAR INTERCONSULTA DE PSICOLOGÍA



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

OBJETIVO ESPECÍFICO

COORDINAR Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN QUE CONTRIBUYAN AL CONOCIMIENTO DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS DE PACIENTES GINECO-OBSTÉTRICAS Y DE RELACIÓN MATERNO INFANTIL.



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

POLITICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA, LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES QUE SE ATIENDE EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA.
- LA INTERCONSULTA DE PSICOLOGÍA SE REALIZARÁ A SOLICITUD DEL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO DENTRO DEL HORARIO DE TRABAJO DE ESTE DEPARTAMENTO (DE LUNES A VIERNES DE LAS 7:00 A 15:00 HRS).
- DIARIAMENTE EXISTE UN PSICÓLOGO RESPONSABLE DE ATENDER DICHAS INTERCONSULTAS MEDIANTE UNA CALENDARIZACIÓN QUE SE REALIZA ANUALMENTE.
- AQUELLA PACIENTE QUE SEA REFERIDA POR INTERCONSULTAS FORMATO 2240-15 A ESTE DEPARTAMENTO SOLICITARÁ UNA CITA DE PRIMERA VEZ EN EL MÓDULO DE CONTROL DE CITAS DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA.
- LOS PSICÓLOGOS ADSCRITOS TENDRÁN PROGRAMADOS LOS DÍAS QUE OTORGARÁN CONSULTAS DE PRIMERA VEZ Y ELABORARÁN UNA HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA Y CANALIZARÁN A LA PACIENTE A ALGUNOS DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN QUE OFRECE EL DEPARTAMENTO QUE A SABER SON:
 - * EMBARAZO DE ALTO RIESGO.
 - * EMBARAZO ADOLESCENTE.
 - * SEXUALIDAD HUMANA Y PAREJA.
 - * PERDIDA PERINATAL E INFERTILIDAD.
 - * ESTERILIDAD.
 - * CLIMATERIO.
 - * EMBARAZO Y DEFECTO CONGÉNITO.
 - * ENFERMEDADES CRÓNICAS.
 - * DESARROLLO INFANTIL.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

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

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PSICÓLOGO ESPECIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN PISO DE HOSPITALIZACIÓN ASÍ COMO SUS RECOMENDACIONES AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA PARA EL MANEJO DE LA PACIENTE.DEPENDIENDO DEL DIAGNÓSTICO.
- EN EL CASO DE QUE LA PACIENTE AMERITE DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA SE APLICARÁ CON BASE EN LOS SIGUIENTES CRITERIOS:
 - A) QUE SU EMBARAZO ALTERE SU ESTADO EMOCIONAL.
 - B) QUE EL ESTADO EMOCIONAL DE LA PACIENTE AFECTE SU EMBARAZO.
 - C) QUE LA PACIENTE REUNA FACTORES DE RIESGO PSICOCOCIAL.
- EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA OTORGARÁ ASISTENCIA PSICOLÓGICA A LA PACIENTE A JUICIO DEL PSICÓLOGO RESPONSABLE.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL PSICÓLOGO ESPECIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN PISO DE HOSPITALIZACIÓN ASÍ COMO SUS RECOMENDACIONES AL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA PARA EL MANEJO DE LA PACIENTE DEPENDIENDO DEL DIAGNÓSTICO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
537

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

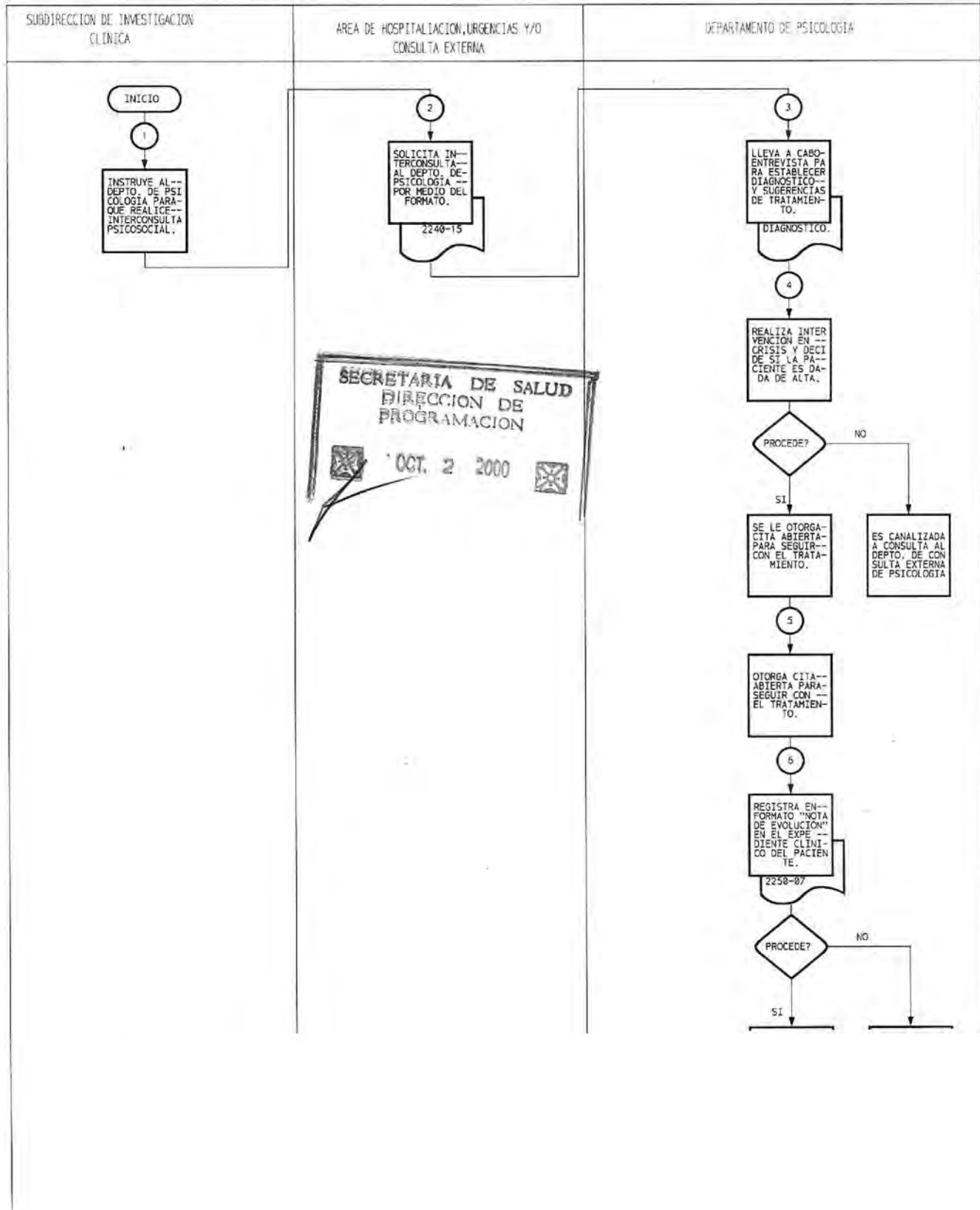
PROCEDIMIENTO:36.-COORDINAR INTERCONSULTA DE PSICOLOGÍA

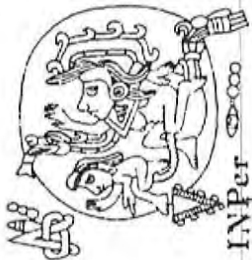
DIA	MES	AÑO
SECRETARIA DE SALUD	DIRECCION DE PROGRAMACION	
	OCT. 2	2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	1	INTRUYE AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA PARA QUE REALICE INTERCONSULTA PSICOSOCIAL.
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS Y/O CONSULTA EXTERNA	2	SOLICITA INTERCONSULTA AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA POR MEDIO DEL FORMATO (2240-15) O TELEFÓNICAMENTE PARA VALORACIÓN DE PACIENTE.
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA	3	RECIBE AL PACIENTE, LLEVA A CABO UNA ENTREVISTA Y ESTABLECE UN DIAGNÓSTICO Y SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO.
	4	REALIZA "INTERVENCIÓN EN CRISIS"(PACIENTE CON ESTADO EMOCIONAL ALTERADO)
	5	OTORGA CITA ABIERTA PARA SEGUIR CON EL TRATAMIENTO.
	6	REGISTRA EN FORMATO "NOTA DE EVOLUCIÓN" (2250-07) E INTEGRA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE TODAS LAS RECOMENDACIONES TANTO DE MANEJO COMO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.
		¿PROCEDE? NO:CONTINUA ATENCIÓN ACTIVIDAD NÚMERO (5). SI:SE DA ALTA A LA PACIENTE CON EL FORMATO (2200-03)

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA

PROCEDIMIENTO : 36.- REALIZAR INTERCONSULTA DE PSICOLOGIA





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SÓLICITUD DE INTERCONSULTAS

DEPENDENCIA 1

SERVICIO 2

FECHA 3

Servicio que se solicita la interconsulta 4

Médico solicitante

6

Nombre: clave y firma

Fecha y hora de la solicitud

7

Médico que recibió la solicitud



Nombre: clave y firma

URGENTE 5

SI

NO

Fecha y hora de recibida

9

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

ORDENES MEDICAS

2240-15 540



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD		
FECHA AUT.		
DÍA	MES	AÑO
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.



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

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



SECRETARIA DE SALUD		
DIRECCION DE		
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.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
546

FECHA AUT.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT. 2 2000

37.- PROCEDIMIENTO PARA PROCESAR EXAMENES CLÍNICOS DEL ÁREA DE
INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA PERINATAL



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

HOJA
547

FECHA AUT.

SECRETARÍA	MES	AÑO SALUD
DIRECCIÓN DE	OCT. 2	2000
PROGRAMACIÓN		

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROPORCIONAR APOYO ESPECIALIZADO EN EL CAMPO DE LAS ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS Ó INFECCIOSAS A TRAVÉS DE EXAMENES CLÍNICOS, PARA IDENTIFICAR AGENTES PATÓGENOS



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

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

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, ESTABLECER EL APOYO DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO EN LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD INFECCIOSA O INMUNOLÓGICA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, AUTORIZAR LOS RESULTADOS DE LOS EXAMENES APLICADOS A LAS PACIENTES.
- LA PACIENTE DEBERÁ SOLICITAR CITA PARA EXAMEN DIAGNÓSTICO DE INMUNOLOGÍA O DE ENFERMEDAD INFECCIOSA, EN EL MÓDULO DE CONTROL DE CITAS A TRAVÉS DEL FORMATO "SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA" (FORMATO 2430-21).
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS TÉCNICOS DEL LABORATORIO DEL INSTITUTO, REVISAR LA SOLICITUD, TOMAR LA MUESTRA CORRESPONDIENTE, REGISTRARLA Y ENTREGARLA DEBIDAMENTE ETIQUETADA, AL QUÍMICO RESPONSABLE DEL EXAMEN A REALIZAR.
- EL QUÍMICO ASIGNADO AL DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA, DEBERÁ PROCESAR LA MUESTRA QUE PERMITA ESTABLECER, UNA IDENTIFICACIÓN DEL AGENTE PATÓGENO INVOLUCRADO EN EL PROCESO INFECCIOSO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL QUÍMICO ASIGNADO AL DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGÍA, ELABORAR EL REPORTE FINAL QUE SE ESTABLECE A TRAVÉS DEL SISTEMA DE CÓMPUTO EN LA RED DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO DEL INSTITUTO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO SOLICITANTE INFORMARSE DEL RESULTADO, EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y TOMAR SU DECISIÓN TERAPÉUTICA CORRESPONDIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
549

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA

PROCEDIMIENTO :37.-PROCESAR EXAMENES CLÍNICOS DE IN-
FECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA PERINATAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, PARA REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIO, A LAS PACIENTES CON PROBLEMAS DE ENFERMEDAD INMUNOLÓGICA Ó INFECCIOSA.
DEPARTAMENTOS DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA.	2	DETECTAN MEDIANTE VALORACIÓN MÉDICA, A LAS PACIENTES QUE PRESENTAN ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS Ó INFECCIOSAS, Y LAS CANALIZAN AL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, MEDIANTE "SOLICITUD DE INTERCONSULTA" (FORMATO 2240-15).
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA	3	<p>RECIBE A LA PACIENTE Y DETERMINA SI ES NECESARIO HOSPITALIZARLA PARA REALIZAR LOS EXAMENES REQUERIDOS.</p> <p>NO HOSPITALIZADAS: ENTREGA A LA PACIENTE SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA (FORMATO 2430-21) Y LA ENVÍA AL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL, PARA QUE PROGRAME FECHA DE ESTUDIOS, ASIGNA FECHA DE CITA SUBSECUENTE. CONTINUA EN LA ACTIVIDAD NO. 7.</p> <p>SI HOSPITALIZADAS PROGRAMA TOMA DE MUESTRAS Y ENVÍA LA MISMA JUNTO CON LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA (FORMATO 2430-21) AL LABORATORIO DE INMUNOLOGÍA, PARA SU PROCESAMIENTO.</p>



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
550

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
CLÍNICA

PROCEDIMIENTO :37.-PROCESAR EXAMENES CLÍNICOS DE IN-
FECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA PERINATAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA	4	RECIBE Y REvisa LA SOLICITUD Ó MUESTRA REQUERIDA. ¿PROCEDE? NO: DEVUELVE PARA CORRECCIONES REGRESA A LA ACTIVIDAD NO. 3 SI: REGISTRA LA MUESTRA EN LIBRETA DE CONTROL
	5	APLICA EL EXAMEN Y/O PROCESA LA MUESTRA, EMITE RESULTADO Y REGISTRA EN LIBRETA DE CONTROL.
	6	REPORTA RESULTADO FINAL A TRAVÉS DEL SISTEMA DE CÓMPUTO EN EL PROGRAMA DE LA RED DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO (AD) E INDICA A LA PACIENTE ACUDIR A CITA SUBSECUENTE.
PACIENTE	7	ACUDE A CITA SUBSECUENTE, EN EL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA	8	RECIBE A LA PACIENTE, ANALIZA RESULTADO DE LOS ESTUDIOS Y DETERMINA TRATAMIENTO A SEGUIR.
	9	ELABORA INFORME MENSUAL DE LOS EXAMENES REALIZADOS EN ORIGINAL Y COPIA, ORIGINAL SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y 1ª COPIA PARA SU ARCHIVO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
551

FECHA AUT.

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

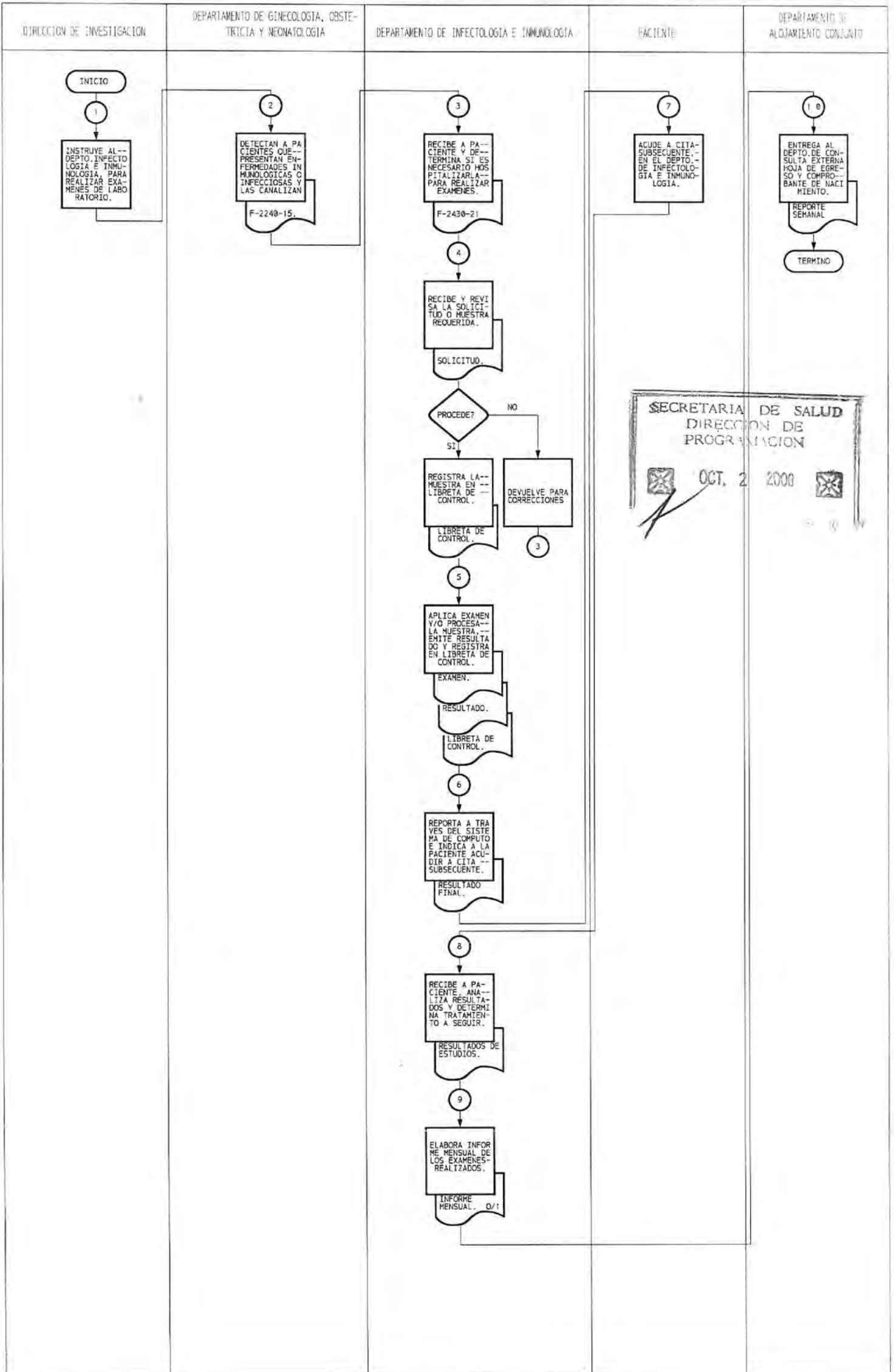
ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PROCEDIMIENTO :37.-PROCESAR EXAMENES CLÍNICOS DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA PERINATAL

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO	10	<p>ENTREGA AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA, ORIGINAL DE LA HOJA DE EGRESO (2240-24), Y COPIA DEL COMPROBANTE DE NACIMIENTO (2250-02), PARA SU ARCHIVO, INFORMA MEDIANTE REPORTE SEMANAL A LA DIRECCIÓN MÉDICA.</p> <p>TERMINA PROCEDIMIENTO.</p>

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA

PROCEDIMIENTO: 37.-PROCESAR EXAMENES CLINICOS DE INFECTOLOGIA E INMUNOLOGIA PERINATAL





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

 DEPENDENCIA 1

 SERVICIO 2

 FECHA 3

 Servicio que se solicita la interconsulta 4

 URGENTE 5

 SI
NO

 Medico solicitante 6

 Fecha y hora de la solicitud 7

 Medico que recibio
la solicitud 8

 Fecha y hora de
recibida 9

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



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.



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

INMUNOLOGIA

Nombre:

①

Registro:

- | | | |
|---|--|---|
| 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"/> Proteína 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: 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 _____



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA" (2430-21)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1 NOMBRE Y REGISTRO	EL NOMBRE COMPLETO Y EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE ASIGNA EL INSTITUTO A LA PACIENTE.
2 INMUNOLOGÍA	EXAMEN (ES) REQUERIDO (OS) POR EL MÉDICO.
3 FECHA	LA FECHA DEL EXAMEN (ES) REQUERIDO (OS).
4 EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
5 EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS DE GESTACIÓN.
6 DIAGNÓSTICO	EL DIAGNÓSTICO SEGÚN RESULTADOS DEL ESTUDIO (OS) CORRESPONDIENTE (S).
7 TIPO DE ESTUDIO	EL TIPO DE ESTUDIO Y SI ES DE RUTINA O ESPECIAL.
8 FECHA PROBABLE CONTACTO	LA FECHA PROBABLE DE CONTACTO.
9 SUEROS PAREADOS	SI SE TOMARON LAS DOS MUESTRAS A LA PACIENTE PARA LLEVAR A CABO LA PRUEBA DE SUERO PAREADO
10 NOMBRE Y NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NOMBRE Y NÚMERO DE PROTOCOLO CORRESPONDIENTE.
11 MÉDICO, CLAVE	EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE. Y FIRMA
12 SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL SERVICIO SOLICITADO.
13 CAMA	EL NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNE A LA PACIENTE.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
557

FECHA AUT

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OCT. 2 2000

38.- PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR INTERCONSULTA DE INFECTOLOGÍA



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

FECHA AUT
DÍA MES AÑO
OCT. 2 2000

OBJETIVO ESPECÍFICO

PROPORCIONAR INTERCONSULTA DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, A LAS PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, QUE PONGAN EN RIESGO POTENCIAL DE DAÑO AL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN, Ó LA SALUD REPRODUCTIVA DE LAS PACIENTES.

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

POLÍTICAS Y/O NORMAS DE OPERACION

- EL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, SERÁ EL RESPONSABLE DE DAR ATENCIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO A LAS PACIENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, CON ENFERMEDADES DE ORIGEN INFECCIOSO O INMUNOLÓGICO.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO INFECTÓLOGO ADSCRITO, VALORAR A LAS PACIENTES QUE SEAN REFERIDAS POR INTERCONSULTA AL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA.
- EN CASO DE QUE LA PACIENTE AMERITE ATENCIÓN, SE APLICARÁ CON BASE A LOS SIGUIENTES CRITERIOS:
 - a) QUE EL EVENTO INFECCIOSO, TENGA DAÑO POTENCIAL DE AFECTAR A LA PACIENTE.
 - b) QUE EL EVENTO INFECCIOSO, TENGA RIESGO POTENCIAL DE AFECTAR AL FETO Ó RECIÉN NACIDO
 - c) QUE EL EVENTO INFECCIOSO, TENGA RIESGO POTENCIAL DE DAÑO A LA FUNCIÓN REPRODUCTIVA.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DE LOS MÉDICOS INFECTÓLOGOS ADSCRITOS, ELABORAR UNA NOTA CLÍNICA DE INTERCONSULTA, PARA ESTABLECER EL PLAN DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PACIENTE.
- EL ALTA DEL SERVICIO DE LA PACIENTE, SERÁ ESTABLECIDA POR EL MÉDICO INFECTÓLOGO ADSCRITO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

560

FECHA AUT.

DÍA MES AÑO

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PROCEDIMIENTO : 38.- REALIZAR INTERCONSULTA DE INFECTOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN

OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, PARA OTORGAR INTERCONSULTA A LAS PACIENTES QUE LO REQUIERAN
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	2	ENVIAN A LAS PACIENTES CON PROBLEMAS INFECCIOSOS O INMUNO-LÓGICOS, AL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, MEDIANTE SOLICITUD DE INTERCONSULTA (FORMATO 2240-15).
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA	3	<p>RECIBE A LA PACIENTE EL DÍA Y HORA SEÑALADOS, REvisa QUE LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA ESTÉ DEBIDAMENTE REQUISITADA Y AUTO-RIZADA.</p> <p>¿PROCEDE?</p> <p>NO: INDICA A LA PACIENTE LAS CAUSAS DEL RECHAZO, Y SOLICITA QUE PASE AL DEPARTAMENTO QUE LA ATENDIÓ.</p> <p>SI: REvisa A LA PACIENTE, PROGRAMA CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y LE INDICA FECHA Y HORA.</p>
PACIENTE	4	ACUDE A SU CITA DE PRIMERA VEZ, DE ACUERDO A LA FECHA Y HORA PROGRAMADAS.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA
561
FECHA AUT.
DÍA MES AÑO

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

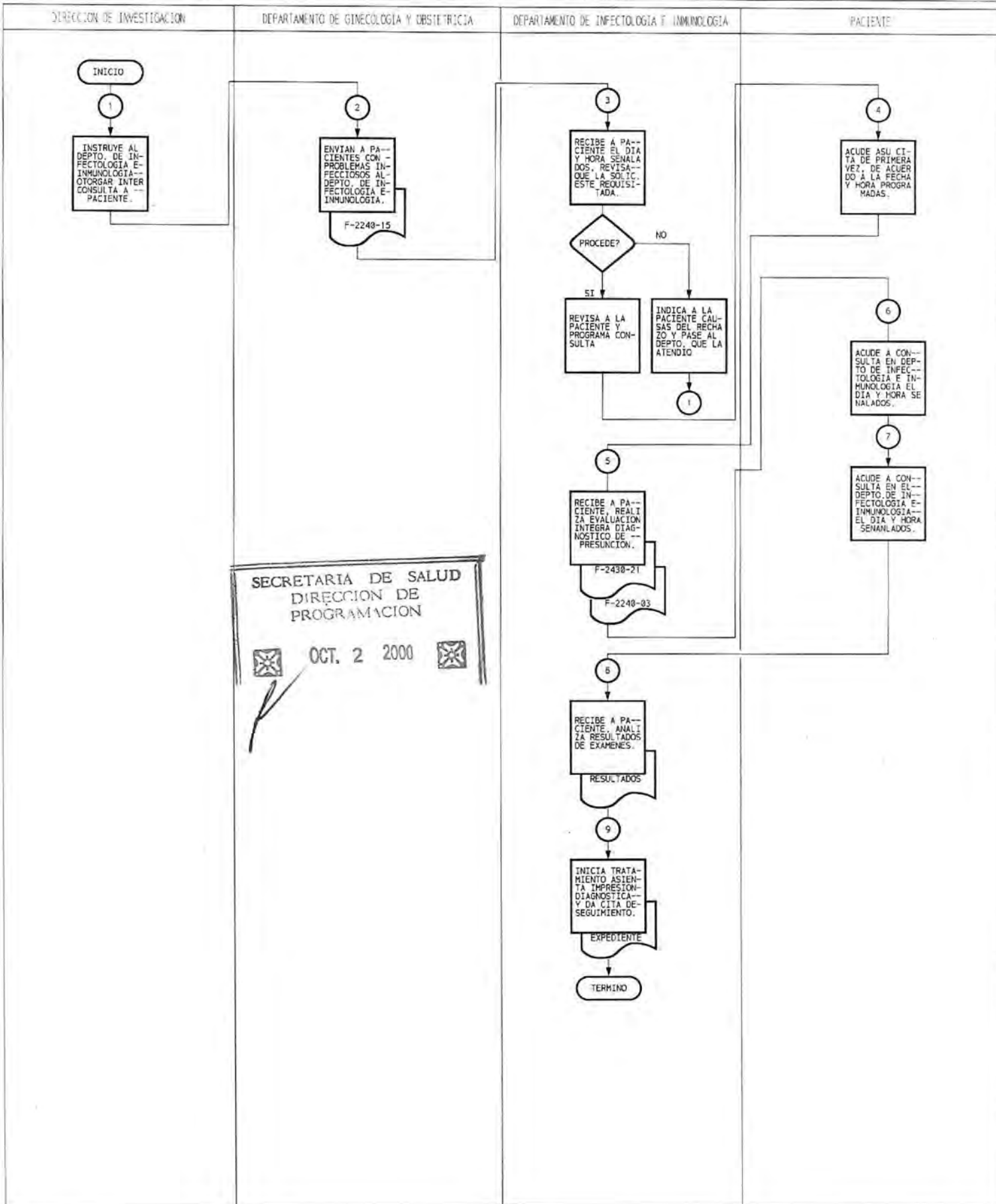
PROCEDIMIENTO : 38.- REALIZAR INTERCONSULTA DE INFECTOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN
OCT. 2 2000

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. NO.	DESCRIPCIÓN
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA	5	RECIBE A LA PACIENTE, REALIZA EVALUACIÓN CLÍNICA, INTEGRA DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN, SOLICITANDO EXÁMENES DE INMUNOLOGÍA (FORMATO 2430-21) Y PROGRAMA CITA SUBSECUENTE (FORMATO 2240-03).
	6	ACUDE AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA A PROGRAMAR CITA EL DÍA Y HORA SEÑALADOS EN EL FORMATO DE CITAS SUBSECUENTES, Y AL DEPARTAMENTO DE LABORATORIO CENTRAL, A PROGRAMAR REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA.
	7	ACUDE A CONSULTA EN EL DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA, EL DÍA Y HORA SEÑALADOS.
PACIENTE	8	RECIBE A LA PACIENTE, ANALIZA RESULTADOS DE EXÁMENES Y REVISAR A LA PACIENTE
	9	INICIA TRATAMIENTO, ASIENTA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA CON PLAN DE MANEJO EN EL EXPEDIENTE Y DA CITA DE SEGUIMIENTO.
DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGÍA E INMUNOLOGÍA		TERMINA PROCEDIMIENTO

AREA RESPONSABLE : SUBDIRECCION DE INVESTIGACION

PROYECTO : 38.- REALIZAR INTERCONSULTA DE INFECTOLOGIA





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



SECRETARÍA DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROCEDIMIENTOS
FECHA AUT
DÍA, MES, AÑO
OCT 2 2009

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO
" CITAS SUBSECUENTES " (2240-03)

NÚMERO	CONCEPTO	SE ANOTARÁ:
1	FAVOR DE DAR CITA A	EL NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE.
2	REGISTO NÚMERO	EL NÚMERO DE EXPEDIENTE DE LA PACIENTE
3	EL DÍA	EL DÍA, MES Y AÑO DE LA PRÓXIMA CITA
4	MÉDICO	EL NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE

INMUNOLOGIA

Nombre: Vigente desde
Registro: septiembre de 1997

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: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

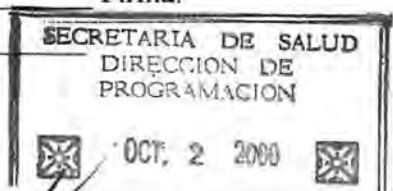
Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____



2430-21

INMUNOLOGIA

Nombre: _____
Registro: _____

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: _____ Edad: _____ Edad Gestacional: _____ semanas.

Diagnóstico: _____ Tipo de estudio: Rutina Especial

Fecha probable de contacto: _____ Sueros Pareados: Sí No

Núm. de protocolo: _____ Nombre de Protocolo: _____

Médico solicitante: _____ Clave: _____ Firma: _____

Servicio solicitante: _____ Cama: _____

2430-21

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMATO
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE INMUNOLOGÍA (2430-21)

No. CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1 NOMBRE Y REGISTRO	EL NOMBRE COMPLETO Y EL NÚMERO DE EXPEDIENTE QUE ASIGNA EL INSTITUTO A LA PACIENTE.
2 INMUNOLOGÍA	EL EXAMEN (ES) REQUERIDO (OS) POR EL MÉDICO.
3 FECHA	LA FECHA DEL EXAMEN (ES) REQUERIDO (OS).
4 EDAD	LA EDAD DE LA PACIENTE.
5 EDAD GESTACIONAL	EL NÚMERO DE SEMANAS DE GESTACIÓN.
6 DIAGNÓSTICO	EL DIAGNÓSTICO SEGÚN RESULTADOS DEL ESTUDIO (OS) CORRESPONDIENTE.
7 TIPO DE ESTUDIO	EL TIPO DE ESTUDIO Y SI ES DE RUTINA ESPECIAL
8 FECHA PROBABLE	LA FECHA PROBABLE DE CONTACTO
9 SUEROS PAREADOS	SI SE TOMARON LAS DOS MUESTRAS A LA PACIENTE PARA LLEVAR A CABO LA PRUEBA DE SUERO PAREADO.
10 NOMBRE Y NÚMERO DE PROTOCOLO	EL NOMBRE Y NÚMERO DE PROTOCOLO ASIGNADO POR LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
11 MÉDICO, CLAVE Y FIRMA	EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE.
12 SERVICIO SOLICITANTE	EL NOMBRE DEL SERVICIO SOLICITADO
13 CAMA	EL NÚMERO DE CAMA QUE SE LE ASIGNE A LA PACIENTE



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

DEPENDENCIA ¹

SERVICIO ²

FECHA ³

Servicio que se solicita la interconsulta ⁴

URGENTE ⁵

SI

NO

Medico solicitante

⁶

Nombre: clave y firma

Fecha y hora de la solicitud

⁷

Medico que recibio la solicitud

⁸

Nombre: clave y firma

Fecha y hora de recibida

⁹

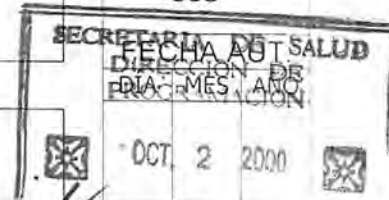
NOTA: El Médico Interconsultante deberá anotar su opinión e indicaciones en la hoja de NOTAS, EVOLUCION Y ORDENES MEDICAS

2240-15





DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



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.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

39.- PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACION DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS



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

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO ESPECÍFICO

REALIZAR EL ESTUDIO CLÍNICO A LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS Y ADULTOS CON SOSPECHA DE PADECIMIENTO NEUROLÓGICO Y ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO EFICIENTE.



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

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

POLITICAS Y/O NORMAS DE OPERACIÓN

- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA, LA INTERPRETACIÓN Y REPORTE DE LOS ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS.
- EL LABORATORIO DE NEUROLOGÍA SERÁ EL RESPONSABLE DE ELABORAR LOS ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS TALES COMO: ELECTROENCEFALOGRAMA,(EEG), VIDEO ELECTROENCEFALOGRAMA (VIDEO-EEG) Y POTENCIALES EVOCADOS.
- EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA OTORGARÁ A LA PACIENTE "SOLICITUD DE INTERCONSULTA" (2240-15) A NEUROLOGÍA REFERIDAS POR DIFERENTES DEPARTAMENTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA, SE PROCEDE A PROGRAMARLE CITA DE PRIMERA VEZ.
- EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ SE REALIZARÁ UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, PARA UN DIAGNÓSTICO DE PROBABILIDAD. SE LE OTORGARÁ UNA CONSULTA DE 1 HR. DE DURACIÓN APROXIMADAMENTE, SE LE DARÁN INDICACIONES MÉDICAS Y CITA SUBSECUENTE DE ACUERDO AL CASO.
- EL HORARIO PARA REALIZAR ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS, SERÁ DE LUNES A VIERNES DE 7:00 A.M. A 14.30 P.M.
- SERÁ RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA INTEGRAR LOS RESULTADOS EN EL EXPEDIENTE DEL PACIENTE, PARA EVITAR PERDIDAS O TRASPAPELEO.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

572

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

PROCEDIMIENTO: 39.- REALIZACIÓN DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA	1	INSTRUYE AL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA ELABORE LOS ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS, A LOS PACIENTES QUE ASI LO REQUIERAN.
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA	2	RECIBE INSTRUCCIÓN Y SOLICITA MEDIANTE OFICIO AL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA EL LISTADO DE CONSULTAS DEL DÍA Y LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS CORRESPONDIENTES.
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA	3	RECIBE Y ENVÍA AL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA LISTADO DE CONSULTAS DEL DÍA, LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS Y A LOS PACIENTES DE LOS DEPARTAMENTOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, CONSULTA EXTERNA, UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES Y UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS AL RECIEN NACIDO CON PROBLEMAS NEUROFISIOLÓGICOS, MEDIANTE "LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA" FORMATO (2240-15).
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA	4	REALIZA REGISTRO EL NEURÓLOGO Y/O NEUROPEDIATRA EN EL LIBRO DE CONSULTAS, HISTORIA CLÍNICA DE PRIMERA VEZ Y VALORACIÓN DEL PACIENTE.
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA	5	PROGRAMA Y ENVÍA EL NEURÓLOGO Y/O NEUROPEDIATRA AL PACIENTE, PARA ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS MEDIANTE "SOLICITUD DE ESTUDIO" FORMATO (3150-03) O "SOLICITUD DE ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO", FORMATO (3150-02) Y RECIBO DE PAGO FORMATO (5230-13) AL LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA.



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

HOJA

573

FECHA AUT.

ÁREA RESPONSABLE: SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

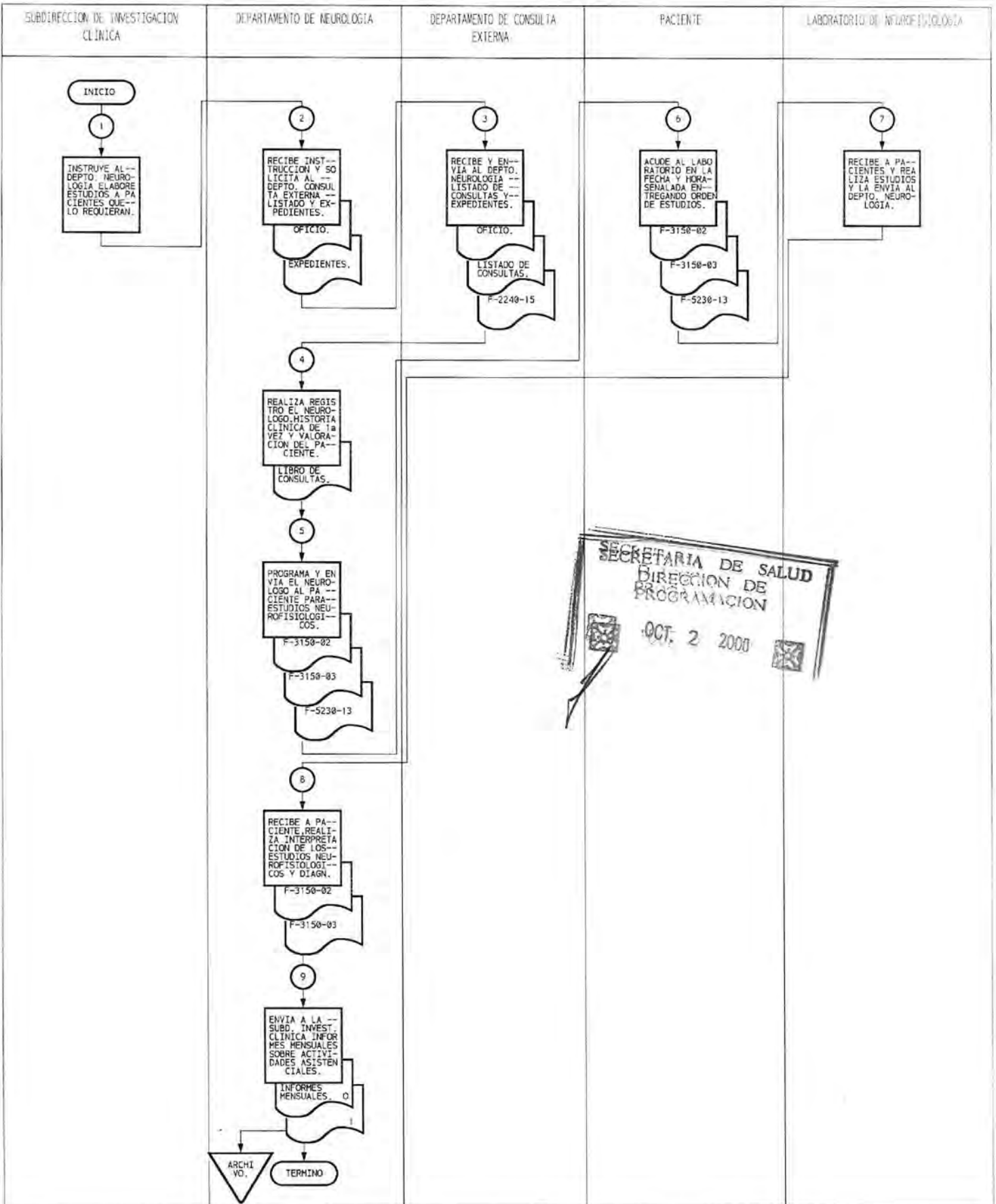
PROCEDIMIENTO: 39.- REALIZACIÓN DE ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

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

UNIDAD QUE INTERVIENE	ACT. No.	DESCRIPCIÓN
PACIENTE	6	ACUDE AL LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA EN LA FECHA Y HORA SEÑALADA, ENTREGANDO ORDEN DE LOS ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS, FORMATOS (3150-02), (3150-03) Y RECIBO DE PAGO FORMATO (5230-13).
LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA	7	RECIBE A LA PACIENTE Y REALIZA LOS ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS CORRESPONDIENTES Y LA ENVÍA AL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA PARA SU INTERPRETACIÓN MÉDICA.
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA	8	RECIBE A LA PACIENTE, REALIZA LA INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS FORMATOS (3150-02 Y 3150-03) Y DETERMINA POR ESCRITO UNA HIPÓTESIS Y DIAGNÓSTICA, EN ORIGINAL Y COPIA: ORIGINAL.- EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA PACIENTE Y COPIA.- ARCHIVO INTERNO.
	9	ENVÍA MENSUALMENTE A LA SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA INFORMES MENSUALES (ORIGINAL) SOBRE LAS ACTIVIDADES ASISTENCIALES Y DE LOS ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS REALIZADOS Y COPIA DE RECIBIDO PARA EL ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO DE NEUROLOGÍA.
		TERMINA PROCEDIMIENTO.

AREA RESPONSABLE: SUBDIRECCION DE INVESTIGACION CLINICA

PROCESO: 39.-REALIZACION DE ESTUDIOS NEUROFISIOLOGICOS





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

SOLICITUD DE INTERCONSULTAS

DEPENDENCIA **1**

SERVICIO **2**

FECHA **3**

Servicio que se solicita la interconsulta **4**

Médico solicitante **6**

Fecha y hora de la solicitud **7**

Médico que recibió la solicitud **8**

Fecha y hora de recibido **9**

Nombre: clave y firma

Nombre: clave y firma

URGENTE **5**

SI

NO

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE PROGRAMACION
OCT. 2. 2000

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

ORDENES MEDICAS

2240-15



FECHA AUT.

SECRETARIA DE SALUD

DIA MES AÑO

001. 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.



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. _____
- 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 . ICTERICIA (FOTOTERAPIA)
- 4 . ICTERICIA (EXANGUINOTRANSFUSION)
- 5 . PESO < 1500 g.
- 6 . SEPTICEMIA NEONATAL
- 7 . MANINGITIS
- 8 . EXPOSICION A FARMACOS
- 9 . HEMORRAGIA CEREBRAL
- 10 . CIRCULACION FETAL PERSISTENTE
- 11 . GENTAMICINA IN UTERO
- 12 . HIPOACUSIA FAMILIAR
- 13 . RETRASO DEL LENGUAJE
- 14 . REFLEJO C - P AUSENTE
- 15 . OTITIS MEDIA .
- 16 . SARAMPION
- 17 . PAROTIROIDES
- 18 . TRAUMA CRANEAL
- 19 . VENTILACION ASISTIDA
- 20 . OTRA _____

DATOS GENERALES : (5)

PESO AL NACER _____ CIFRA MAX. BILIRRUBINA INDIRECTA _____
PER. CEFALICO _____ FARMACO USADO _____
APGAR 1/5 MINUTOS _____ FARMACO USADO _____
MEDICO SOLICITANTE _____ Vo. Bo. _____



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE ESTUDIO" (3150-03)

NO.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	ESTUDIO SOLICITADO	CON UNA X EL TIPO DE ESTUDIO SOLICITADO POR LA PACIENTE
2	FICHA DE IDENTIDAD	NOMBRE COMPLETO DE LA PACIENTE, NÚMERO DE EXPEDIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, SEXO, ASÍ COMO LA FECHA EN QUE SE ELABORA LA SOLICITUD DEL ESTUDIO SOLICITADO.
3	DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE DESDE SU NACIMIENTO	SE ENUMERARÁ Ó NOMBRARÁ LOS TIPOS DE PADECI- MIENTOS QUE PRESENTA LA PACIENTE.
4	MOTIVOS DE RIESGO	SE MARCARÁ CON UN CÍRCULO EL TIPO DE RIESGO DE LA PACIENTE.
5	DATOS GENERALES	LOS DATOS ÚNICAMENTE DEL RECIÉN NACIDO, ASÍ COMO EL NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO Y DEL SERVICIO DONDE SE SOLICITA EL ESTUDIO.



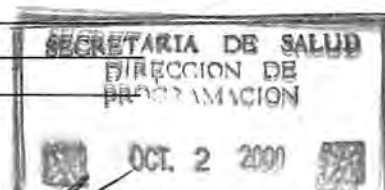
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA

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 : _____