

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

NOVIEMBRE 2025

[Handwritten signatures]

ÍNDICE

| | Hoja |
|--|------|
| I. Introducción | 4 |
| II. Objetivo | 5 |
| III. Marco Jurídico | 7 |
| IV. Procedimientos | 10 |
| 1. Asignación del Nivel Socioeconómico | |
| 2. Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | |
| 3. Autorización de Aplicación Nivel 1X | |
| 4. Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | |
| 5. Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | |
| 6. Manejo de Caso por Vulnerabilidad en las Pacientes | |
| 7. Control de Ingresos por Urgencias | |
| 8. Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | |
| 9. Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | |
| 10. Visita a Pacientes en Hospitalización | |
| 11. Localización de Familiares | |
| 12. Manejo de Defunciones | |
| 13. Egreso Voluntario | |
| 14. Visita Domiciliaria | |
| 15. Interconsulta y/o traslado | |







SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL




INper-DM-DTS-MP

Rev. 13

Hoja: 3 de 10

16. Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez
17. Atención de Pacientes con Violencia Familiar
18. Atención de Caso Médico Legal
19. Elaboración de Informes
20. Prestación de prácticas formativas
21. Enseñanza y Educación Continua
22. Investigación
23. Atención a pacientes hablantes de Lenguas Indígenas
24. Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas
25. Resguardo de Pertenencias

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL |  INPer | INper-DM-DTS-MP |
| | | | Rev. 13 |
| | | | Hoja: 4 de 10 |

I.- INTRODUCCIÓN

De acuerdo a las responsabilidades del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), así como en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2024, al Programa Sectorial de Salud emitido por la Secretaría de Salud, y al Programa Quinquenal del Director General del INPer, se reestructura el Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

Lo anterior, con la finalidad de coadyuvar en el cumplimiento de las acciones que realiza el INPer para brindar servicios médicos de alta especialidad en materia de salud reproductiva y perinatal, con calidad, calidez y seguridad para el/la paciente, tanto en los aspectos preventivos como curativos y con ello, alcanzar la resolución óptima de los problemas de alto riesgo materno, perinatal y ginecológico.



Como parte de la actualización del manual de procedimientos y derivado a la reestructuración de la Dirección Médica y por instrucción del Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez, Director del INPer con oficio N°. INPer-DG-DM-0516-2019, el Departamento de Trabajo Social cambia de adscripción a partir del 1º de octubre 2019, quedando bajo la línea de mando directa a la Dirección Médica.

Así mismo, se adhiere a lo que dispone el Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y la Ciudad de México DOF 04-09-2020, Programa INSABI que entra en vigor a partir del 01-12-2020.

El presente manual de procedimientos describe los objetivos y funciones del Departamento de Trabajo Social, así como de los servicios que lo integran, lo cual permite delimitar clara y responsablemente ámbitos de competencia y líneas de comunicación. Dicho manual, se encuentra integrado por cuatro secciones: introducción, objetivo, marco jurídico y procedimientos.

Es un documento que delimita la organización y funcionamiento del Departamento de Trabajo Social y tiene por finalidad aplicar la correcta operación de los procedimientos, lo cual será responsabilidad de todo el personal adscrito al Departamento de Trabajo Social, bajo la supervisión de su titular.

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL |  INPer | INper-DM-DTS-MP Rev. 13 Hoja: 5 de 10 |
|--|---------------------------------------|---|--|

II.- OBJETIVO DEL MANUAL

Ordenar, describir, orientar y regular las acciones que realizan en el Departamento de Trabajo Social, de acuerdo a su participación en los diferentes servicios del INPer, con la finalidad de sistematizar su intervención para el logro de sus objetivos.

Objetivo del Departamento de Trabajo Social

Atender y resolver la problemática social de las pacientes relacionada con los problemas de salud reproductiva, perinatal y neonatal mediante la gestión de procesos, con la finalidad de coordinar con el equipo multidisciplinario una atención integral.

Funciones del Departamento de Trabajo Social

- Valorar la condición socioeconómica de las/los pacientes que permita determinar el nivel socioeconómico para el pago de los servicios otorgados.
- Detectar fenómenos sociales que predisponen o interfieren en el proceso de la atención a la salud reproductiva y perinatal para establecer un manejo específico de trabajo social conforme a su propia metodología.
- Proporcionar información de orden socioeconómico y de dinámica familiar, al equipo de salud a fin de coadyuvar en la atención integral de la paciente.
- Establecer acciones que permitan la promoción de fomento de la educación para la salud a través de información adecuada y oportuna respecto a los diferentes programas institucionales, con la finalidad de satisfacer las necesidades educativas de la población atendida alcanzando su participación activa.
- Propiciar la capacitación del personal de Trabajo Social del Instituto a fin de favorecer su desarrollo profesional y por ende elevar la calidad de la atención que se brinda a las/los pacientes.
- Participar en la formación de profesionistas de Trabajo Social tanto a nivel licenciatura como a nivel técnico, a través de los programas de Servicio Social, Prácticas Profesionales e Institucionales, realización de Tesis y visitas guiadas, para contribuir en la formación de recursos humanos especializados.
- Organizar y realizar eventos educativos dirigidos al gremio de Trabajo Social a fin de coadyuvar en la capacitación y actualización en el área de la salud reproductiva y perinatal.
- Desarrollar acciones tendientes a implementar protocolos de investigación en Trabajo Social, así como participar en aquellos realizados por otros Departamentos a fin de retroalimentar la atención que se brinda a las pacientes.

El manual de procedimientos es un elemento indispensable para la capacitación del personal de nuevo ingreso y para la delimitación de responsabilidades, ya que contiene la descripción precisa de cómo se



deben desarrollar en orden cronológico las actividades de cada proceso que se realiza en el Departamento de Trabajo Social, así como su interacción con las demás áreas del INPer.

No se omite mencionar que derivado de la última revisión de este manual se decide fusionar 10 de sus procedimientos por considerar que se complementan entre sí; los procedimientos fusionados son los siguientes:

| No. Proc. | Procedimientos Fusionados | Procedimiento Actual |
|----------------|---|--|
| 5 7 | "Otorgamiento de asesoría y orientación " "Apoyo a programas Institucionales" | 5. "Asesoría y Orientación de Programas Institucionales" |
| 6 16 | "Manejo de Casos en Consulta Externa" "Manejo de Casos de Hospitalización" | 6. "Manejo de Casos por vulnerabilidad en las pacientes" |
| 10 17 22 | "Control de Ingresos y Egresos de pacientes al área de hospitalización" "Trámite de Alta" "Egreso de pacientes con Oxígeno Ambulatorio" | 9. "Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios" |
| 11 12 19 | "Visita a Pacientes" "Visita Médica" "Visita a Pisos" | 10. "Visita a Pacientes en Hospitalización" |

Lo anterior, con la finalidad de aplicar la correcta operación de los procedimientos, lo cual será responsabilidad de todo el personal adscrito al Departamento de Trabajo Social, bajo la supervisión de su titular, quien adicionalmente será responsable del resguardo, difusión y actualización de este documento.



III.- MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

LEYES

Ley de Asistencia Social.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

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

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

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamentaria del apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Ley Federal del Trabajo.

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Ley General de Desarrollo Social.

Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.

Ley General de Población.

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

Ley General de Responsabilidades Administrativas.

Ley General de Salud.

Ley General de Víctimas.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México.

Ley General de Archivos.

CODIGOS

Código Civil Federal.

Código Penal Federal.

DECRETOS

Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030.

Decreto por el que se aprueba el Programa Sectorial de Salud 2025-2030.

REGLAMENTOS

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.



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

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

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

Reglamento de Insumos para la Salud.



| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL |  | INper-DM-DTS-MP Rev. 13 Hoja: 8 de 10 |
|--|---------------------------------------|---|--|

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasionan Gastos Catastróficos.

ACUERDOS

Acuerdo por el que se establece que las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud solo deberán utilizar los insumos establecidos en el cuadro básico para el primer nivel de atención médica y para segundo y tercer nivel, el catálogo de insumos.

Acuerdo por el que se establece la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida. Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias para la prevención, atención y control del VIH/SIDA, en las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud.

Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.

Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos.

Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría.

Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberían sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013.

LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la organización y conservación de los archivos de las dependencias y entidades del Poder Ejecutivo Federal

Lineamientos generales para la presentación de los informes y reportes del Sistema de Información Periódica.

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de corrección de datos personales que formulen los particulares.

Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

NORMAS

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

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



Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de salud. Atención Médica Prehospitalaria.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación.

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

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad laboral y no discriminación.

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la Terapia de Infusión en los Estados Unidos Mexicanos

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA3-2010, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad

Norma Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008, Condiciones de iluminación en los centros de trabajo. Análisis y prevención.

DISPOSICIONES LEGALES INTERNAS

Condiciones Generales de Trabajo del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología.

Código de Conducta del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” 2025



Nota: Para lo no previsto dentro de este marco jurídico, se observará lo establecido en el marco jurídico regulatorio del Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

El Marco Jurídico contenido en este Manual de Procedimientos se encuentra vigente y fue revisado por el Departamento 'de Asuntos Jurídicos, mediante Oficio No. INPER-DG-DAJ-0433-2025, con fecha 07 de noviembre de 2025.

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|---|-----------------------------------|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma | | | |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25- 11-2025 |


IV.- PROCEDIMIENTOS

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 1 de 13 |

1.- Asignación de Nivel Socioeconómico

7 jul 17

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 2 de 13 |

1. Propósito

- 1.1 Realizar la evaluación socioeconómica a pacientes que requieran de los servicios del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, para conocer su condición económica, social, familiar e identificar aquellas pacientes derechohabientes a cualquier esquema de seguridad social, para la asignación de la cuota de recuperación correspondiente.

2. Alcance



- 2.1 A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, al Departamento de Trabajo Social y a todos los servicios clínicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
- 2.2 A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE), así como al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)/IMSS-Bienestar según corresponda.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Entrevistar a las pacientes que requieran de los servicios del INPer para conocer la condición socioeconómica y los factores que pueda interferir en su atención médica y de acuerdo a las características del caso, proponer alternativas de solución.
- Realizar la evaluación socioeconómica a la población usuaria del INPer a través de la aplicación del estudio socioeconómico, el cual deberá contar con nombre, firma y cédula profesional del personal de trabajo social que lo elabore.
- Comunicar a la paciente y/o familiar, que deberá proporcionar la información y documentación necesaria como soporte a la evaluación socioeconómica; dichos documentos se presentarán en original y copia, tanto de la paciente como del esposo, pareja o persona de quien dependa económicamente:
 - ✓ Acta de nacimiento
 - ✓ Clave Única de Registro de Población (CURP)
 - ✓ Constancia electrónica de **vigencia de derechos al IMSS e ISSSTE**; de contar con cualquier esquema de seguridad social deberá presentar:
 - Documento oficial en el que se pueda constatar el número de seguridad social vigente y activo.
 - Hoja de alta del departamento de vigencias de derechos de su institución de afiliación; se eximirá la presentación de estos formatos a los trabajadores de base y de confianza, familiares directos y personal médico residente del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, **con excepción de las hijas de empleados del INPer que cuenten con seguridad social.**
 - ✓ Comprobante de domicilio actualizado (con fecha de expedición no mayor a 6 meses)
 - ✓ Recibo de nómina o constancia de hechos (que acredite la ocupación, ingresos económicos y dependientes económicos) o estudio socioeconómico expedido por la alcaldía y/o municipio.



| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 3 de 13 |

- ✓ Acta de matrimonio o constancia de hechos que especifique situación civil.
- ✓ Identificación Oficial vigente con nombre, fotografía y firma. En caso de que la paciente, esposo o pareja sea menor a 18 años de edad, deberá presentar "Constancia de Identidad" expedida por el Municipio o Alcaldía de la Ciudad de México para acreditar su identidad; de contar con seguro de gastos médicos, presentar la póliza vigente correspondiente que ampare a la solicitante como titular o beneficiaria de la misma.
- Asignar a las pacientes derechohabientes a cualquier esquema de seguridad social, IMSS, ISSSTE, ISSEMYM, PEMEX, SEMAR u Hospital Militar, el nivel socioeconómico que determine la Metodología de clasificación socioeconómica de pacientes, acorde al puntaje obtenido.
- Asignar el Nivel 7 "K" a las pacientes que cuentan con Seguro de Gastos Médicos Mayores, Extranjeras sin domicilio permanente en el país o que acuden mediante Convenio con el Sistema de Transporte Colectivo METRO o con la Secretaría de Marina (SEMAR).
- Consignar el ingreso neto mensual en aquellas pacientes que presenten como comprobante un recibo de pago privado o gubernamental.
- Asignar provisionalmente el nivel socioeconómico 4 a la paciente que al momento de la apertura de expediente, ya sea por el servicio de la Consulta Externa o por el servicio de Urgencias, no presente ella y/o el familiar, el comprobante oficial que avale el ingreso neto real percibido y cuenten con seguridad social, y una vez que presente dicho comprobante se revalorará el caso para asignar el nivel socioeconómico definitivo.
- Informar a las pacientes y/o familiares que se presentan en el área de Urgencias y que cuentan con seguridad social, que la consulta y estudios que sean requeridos para la atención de primera vez previo a la apertura de expediente, deberán realizar el pago correspondiente en nivel socioeconómico 4 en el área de cajas.
- Verificar que las pacientes sin seguridad social que obtengan una puntuación de cero a 100 en el estudio socioeconómico, cuenten con el apoyo del programa del Instituto de la Salud para el Bienestar (INSABI)-IMSS Bienestar para los costos generados por los servicios de hospitalización, consulta médica, procedimientos quirúrgicos o estudios auxiliares de diagnóstico.
- Indicar a las pacientes que desean garantizar la prestación gratuita de servicios de salud que provee el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)/IMSS-Bienestar, que deberán presentar para su registro en el módulo del INSABI/IMSS-Bienestar la siguiente documentación:
 - ✓ Pacientes: CURP, Acta de Nacimiento, INE o Constancia de Identidad (menores de 18 años), Formatos de NO Derechohabiente al IMSS e ISSSTE.
 - ✓ Recién Nacidos: CURP, Acta de Nacimiento, INE o Constancia de Identidad (menores de 18 años), Formatos de NO Derechohabiente al IMSS e ISSSTE de ambos padres y Certificado de Nacimiento.
- Informar a las pacientes con acceso a los servicios de salud que, en caso de proporcionar información apócrifa para determinar su condición laboral o de beneficiario(a) de seguridad social y de acuerdo a lo establecido en el Artículo 77 bis 40, fracción III de la Ley General de Salud, se realizará la cancelación de la gratuidad otorgada por dicha normativa.
- Extraer los datos complementarios de número de dependientes económicos, egreso mensual, características de la vivienda y estado de salud paciente/familiar del comprobante que presenta,







| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 4 de 13 |

si este documento lo contiene. Si la paciente no presenta documentos que indiquen el ingreso económico, y no labora en empresa privada o gubernamental, esta información se obtendrá de manera escrita de puño y letra de la paciente y podrá incluir su situación civil, siempre y cuando no esté casada civilmente. En relación a los egresos se tomarán como básicos: alimentación, agua, gas y luz.

- Indicar a la paciente que de no presentar la documentación de acuerdo a los requisitos para la apertura de expediente que otorga la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, se programará una segunda cita, durante la cual deberá exhibir definitivamente dichos comprobantes, de lo contrario no se podrá continuar con la atención médica, a excepción de las pacientes cuyo diagnóstico se determine como urgencia médica calificada y requiera de una atención inmediata, en estos casos, se realizará la apertura de expediente por el servicio de Urgencias.
- Establecer el compromiso con la paciente, para presentar los documentos faltantes en cita subsecuente y/o en hospitalización (si esta última ocurriera antes de la cita programada), formalizándolo a través de su firma en el estudio socioeconómico; en el caso de **pacientes derechohabientes** a cualquier esquema de aseguramiento, el nivel asignado será de acuerdo al puntaje obtenido en el estudio socioeconómico.
- Someter a consideración de la Dirección General la reclasificación del nivel socioeconómico de aquellos casos donde la paciente sea derechohabiente a cualquier esquema de seguridad social y cuente con un diagnóstico de salud que amerita su atención en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, bajo los criterios mencionados a continuación; dicha resolución, será notificada mediante oficio al Departamento de Trabajo Social en el cual, la dirección general indicará el nivel socioeconómico a asignar:
 - ✓ Complejidad de los procedimientos
 - ✓ Apoyos del diagnóstico y tratamiento a realizar
 - ✓ Necesidad de largos periodos de estancia hospitalaria
 - ✓ Pérdida de empleo del proveedor económico
 - ✓ Impacto de la enfermedad afectando de manera importante en la situación financiera de la paciente y/o familia
 - ✓ Excepción: los criterios detallados no aplican en pacientes que cuenten con Seguro de Gastos Médicos Mayores.
- Analizar los casos que se identifiquen con insolvencia económica, vulnerabilidad o muy alta vulnerabilidad y valorar, la exención de pago de la prestación de servicios médicos recibidos, a través de la aplicación del estudio socioeconómico y autorización del Director General. (Ver Procedimiento No. 3 "Autorización de aplicación nivel 1x").
- Solicitar a las pacientes que ingresen al INPer por indicación de la Dirección General, exhibir la orden de atención donde se especifique la dispensa de la presentación de los documentos para la apertura de expediente, estableciendo el compromiso obligado de presentarlos en cita subsecuente o en hospitalización.
- Solicitar la firma en el Aviso de Privacidad de Trabajo Social Simplificado (2020-56) como medida en que se mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada.
- Solicitar la firma en la Hoja Informativa de Admisión (2020-28) como medida para el tratamiento de la paciente e hijo/a, durante su atención médica dentro del Instituto.
- Identificar si la paciente, familiar o persona responsable, presenta alguna discapacidad, dificultad visual, auditiva o motora; si es adulto mayor, tiene discapacidad mental o emocional, pertenencia

[Handwritten signature in blue ink]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 5 de 13 |

a alguna comunidad indígena o sean considerados vulnerables para intervenir con el equipo médico, a fin de darles prioridad en acciones que favorezcan su proceso de atención.


- Sensibilizar tanto a la paciente con seguridad social y al familiar o persona responsable, sobre su compromiso para cubrir las cuotas de recuperación de acuerdo al nivel socioeconómico asignado.
- Proporcionar en todo momento a la paciente, familiar o persona responsable, un trato cordial, amable y empático, basado en el Código de Ética Institucional, respetando sus valores, creencias, ideología y origen, así como resguardar los preceptos de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
- Dar cumplimiento a la política de "cero rechazo", en lo referente a "no condicionar" la atención de urgencia calificada hasta su estabilización, traslado o atención definitiva de la paciente; la aplicación de dicha normativa, será únicamente a los pacientes que soliciten servicio de urgencias en el INPer.
- Verificar que las pacientes referidas al INPer por los diferentes Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia, Regionales de Alta Especialidad y Servicios de Atención Psiquiátrica, presenten y constaten la documentación detallada a continuación; así mismo, observar que se respete la asignación del nivel socioeconómico (para efectos de cobro de cuotas de recuperación) asignado por el personal especializado de la institución que origina la referencia:
 - ✓ Hoja de referencia con el nivel socioeconómico actualizado, debidamente sellado por la unidad médica de referencia; en aquellos hospitales cuyo formato no cuente con el espacio para ello, se solicitará sea anexado por el Departamento de Trabajo Social de la unidad de referencia.
 - ✓ Carnet de citas de la Institución de procedencia, con nivel socioeconómico asignado.
 - ✓ Formatos de seguridad social IMSS e ISSSTE, con fecha de expedición no mayor a una semana.
- Registrar en el Carnet de Citas, posterior a la aplicación del estudio socioeconómico, el nivel asignado para efecto de pago de cuotas de recuperación; así mismo, informar a la paciente y/o tutor responsable la ponderación determinada.
- Asignar a las pacientes que ingresan al INPer, la temporalidad de vigencia que corresponda de acuerdo a la especialidad de atención y contando a partir de la fecha en que se apertura su expediente:

| Especialidad | Temporalidad de vigencia |
|--------------|--------------------------|
| Obstetricia | 01 año |
| Ginecología | 01 año |
| Especialidad | Temporalidad de vigencia |
| Infertilidad | 03 años |
| Climaterio | 03 años |

- Asignar el nivel 7 "K" en los casos descritos a continuación:
 - ✓ Pacientes extranjeras que no residan en el país con el propósito predominante de hacer uso de los servicios del Instituto.
 - ✓ Pacientes de servicios subrogados y los referidos por Instituciones privadas.
 - ✓ Pacientes que cuenten con Seguro de Gastos Médicos Mayores y cuya póliza cubra la atención gineco-obstétrica, deberá informar al personal médico para el llenado de los documentos correspondientes.







| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 6 de 13 |

- ✓ Pacientes referidas y no referidas por el IMSS e ISSSTE cuya complicación sea considerada una emergencia obstétrica al amparo del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica (CAEO), toda vez que el Instituto refrende la acreditación.
- Cumplir con el artículo 176, fracción 1 de las Condiciones Generales de Trabajo del INPer para que a las y los trabajadores de base, o sus familiares directos (esposa, madre e hija), se les asigne el nivel socioeconómico 1.
- Asignar el nivel 1 al personal operativo de confianza y a familiares directos (esposa, madre e hija).
- Asignar el nivel 2 a los/as servidores(as) públicos/as y sus familiares directos, que tengan plaza de Jefe(a) de Departamento, Subdirector(a) y Director(a).
- Autorizar el nivel 1 al personal médico residente del Instituto y familiares (esposa y madre); siempre y cuando cubran los requisitos de acuerdo a los lineamientos establecidos con el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.
- Autorizar el nivel 1 al personal médico residente (o esposa) que pertenezcan a los demás hospitales de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE); siempre y cuando cubran los requisitos de acuerdo a los lineamientos establecidos con el INPer.
- Asignar nivel 1 a Médicos (as) Residentes de los Institutos de cualquier especialidad que no cuenten con número de plaza, consignar como Becarios (as) y en observaciones asentar Médico (a) residente, por apoyo interinstitucional se consigna nivel 1 con autorización de la Dirección General. Procede el derecho para esposa, madre e hija.
- Otorgar la exención de pago, con la autorización del Director General, cuando:
 - ✓ Se presenten casos calificados como de protección institucional y sean solicitados expresamente por el organismo remitente.
- Proporcionar la información contenida en este procedimiento a la población usuaria del Instituto, a través de la comunicación directa, clara y exacta, acorde a las condiciones socioculturales que el paciente, familiar o responsable presenten (formato, lenguaje e idioma).
- Supervisar que toda paciente posterior a su pre consulta (consulta de valoración médica) que amerite atención subsecuente, cuente con estudio socioeconómico, con el cual se inicia el procedimiento de apertura de expediente.
- Realizar visita domiciliaria en aquellos casos que, por la complejidad de los mismos, sea necesario corroborar la información recibida por la paciente (ver el Procedimiento No. 14 Visita domiciliaria).
- Contactar a la instancia correspondiente del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI) a través de las embajadas o del personal del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, y/o a la CCINSHAE en los casos en que la paciente no hable español y no se encuentre algún familiar que funja como intérprete para que ésta le asigne un intérprete que hable alguna lengua indígena (ver Procedimiento No. 23 Atención a pacientes hablantes de lenguas indígenas).
- Verificar que la captura de información para la apertura de expediente se realice en el Sistema del Expediente Clínico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, cuando excepcionalmente éste no pueda utilizarse, la captura se realizará en forma manual, debiendo integrarse la información al sistema a la

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 7 de 13 |

brevedad posible. Consultar el Manual sobre el manejo del Sistema de Cómputo de Trabajo Social.

- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Manejar con estricto resguardo los datos personales de las pacientes, mismos que serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; adicionalmente, el/la trabajador/a social al tener información sensible, deberá de utilizarla para el único fin de elaborar el estudio socioeconómico, evitando el manejo de comentarios y uso de la información para otros fines impidiendo el riesgo de una falta grave o no grave conforme a lo estipulado en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y regirse a los principios que guarda el servicio público de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, lo anterior con base en lo establecido en la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.
- Anexar al expediente clínico los documentos presentados por la paciente junto con el estudio socioeconómico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Determinar el ingreso de la paciente al Instituto de acuerdo a los criterios establecidos y enviarla al Departamento de Trabajo Social para dar inicio al procedimiento de apertura de expediente.
- Indicar a la paciente que, de contar con seguridad social, pagará el costo de los servicios otorgados por el Instituto en el nivel asignado para éste tipo de pacientes.


[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 8 de 13 |

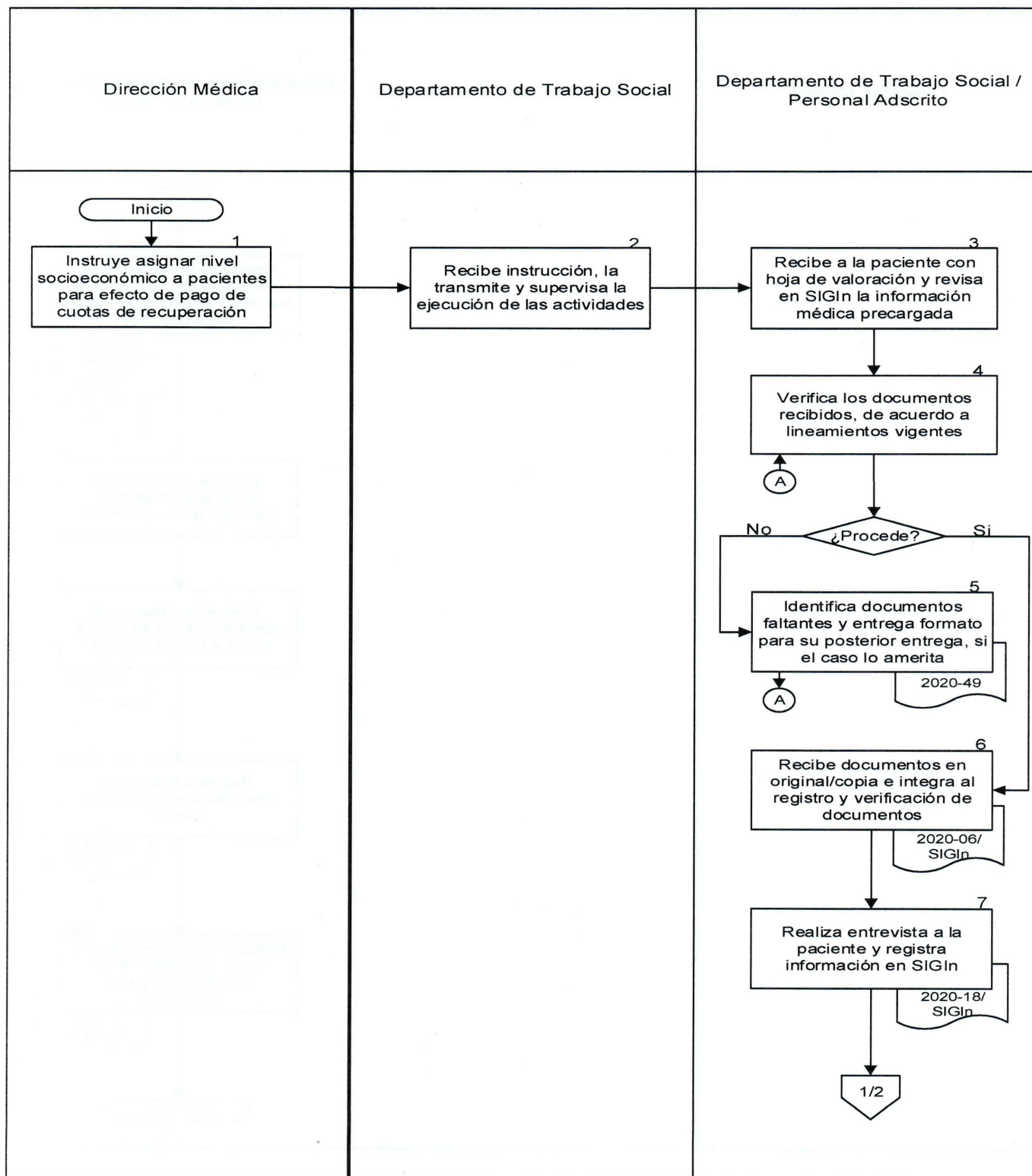
4. Descripción del procedimiento



| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|--|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social para la asignación del nivel socioeconómico a pacientes, para efecto de pago por los servicios que correspondan. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción, transmite la información al personal adscrito al mismo y supervisa la ejecución de las actividades realizadas para la asignación de nivel socioeconómico a través de citas programadas. | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 3 | Recibe a la paciente en consulta de primera vez con su hoja de valoración (2003-01) y revisa en el expediente clínico (SIGIn) la información previamente capturada por el médico. | |
| | 4 | Verifica los documentos entregados por la paciente, de acuerdo a los requisitos y lineamientos vigentes. ¿Procede? | |
| | 5 | No: identifica los formatos faltantes y de acuerdo al diagnóstico de la paciente, entrega "Compromiso Formatos de Seguridad Social". Regresa a la Actividad No. 4 | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-49 |
| | 6 | Sí: recibe documentos en original y copia, mismos que se integra al "Registro y Verificación de Documentos. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-06/SIGIn |
| | 7 | Realiza entrevista a la paciente, cuidando siempre una postura de imparcialidad y captura la información en el expediente clínico electrónico de asignación de nivel socioeconómico, a fin de obtener el Estudio Social Inicial. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-18/SIGIn |
| | 8 | Proporciona el "Aviso de Privacidad de trabajo social", "Hoja Informativa de Admisión" y solicita a la paciente, plasme su firma en los documentos mencionados para avalar su conocimiento. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-56 simplificado/SIGIn • 2020-28/SIGIn |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 9 | Informa a la paciente la clasificación socioeconómica asignada y los trámites administrativos que debe realizar. | |
| | 10 | Elabora y entrega a la paciente el "Carnet de Citas" y la envía a control de citas para agendar cita subsecuente y derive al área de atención médica correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> • 2003-18 |
| | 11 | Registra información de las aperturas realizadas en la "Libreta de Control". | <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de control |
| | 12 | Elabora informe mensual con base en la libreta de control para su envío a la CCINSHAE y al Departamento de Gestión de la Información para el registro estadístico. | <ul style="list-style-type: none"> • Informe mensual |
| Termina Procedimiento | | | |

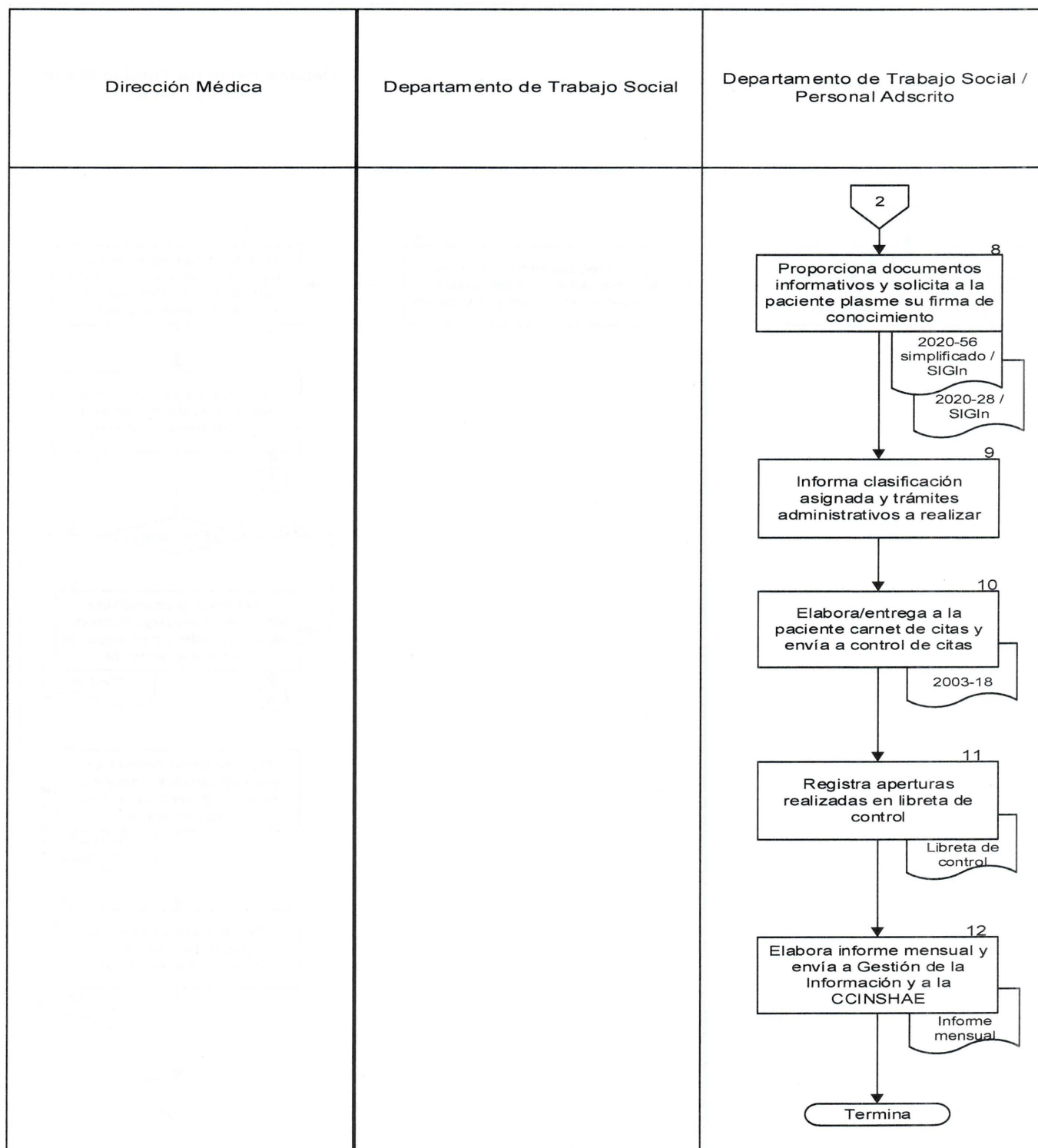
[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 9 de 13 |

5. Diagrama de flujo



| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 10 de 13 |




[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 11 de 13 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. | No Aplica |
| 6.3 Acuerdo con el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. | DOF 27-05-2013 |
| 6.4 Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica, Suscrito el 28-05-2009 por el IMSS, ISSSTE y SS. | N/P |
| 6.5 Anexo 1, Listado de Unidades Médicas con capacidad resolutive para la atención de la Emergencia Obstétrica, actualizado el 17 de octubre de 2016, por la Comisión para la Coordinación de Acciones del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica. Clausula decima primera del convenio. | N/P |
| 6.6 Anexo 2 del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de Emergencia Obstétrica, aceptado el 1° de agosto de 2011 por el IMSS, ISSSTE y SS. | N/P |
| 6.7 Condiciones Generales de Trabajo del INPer. | N/P |
| 6.8 Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y la Ciudad de México. | DOF 04-09-2020 |
| 6.9 Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberían sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013. | DOF 30-11-2020 |

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 12 de 13 |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--|------------------------|-------------------------------------|---|
| 7.1 "Compromiso Formatos de Seguridad Social" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-49 |
| 7.2 "Registro y Verificación de Documentación" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-06 |
| 7.3 "Estudio Social Inicial" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-18 / SIGIn |
| 7.4 "Aviso de Privacidad Simplificado e Integral" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-56 / SIGIn |
| 7.5 "Hoja Informativa de Admisión" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-28 / SIGIn |
| 7.6 "Carnet de Citas" | No aplica | Paciente | 2003-18 |
| 7.9 Libreta de Control | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.10 Informe Mensual | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

- 8.1 Carnet:** documento que identifica a la población usuaria de los servicios del INPer, en el que se programan las citas para otorgar los servicios médicos.
- 8.2 Entrevista:** procedimiento en el cual una persona (entrevistador(a)) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado; puede cumplir diferentes funciones tales como obtener: información de individuos o grupos, influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos), ejercer un efecto terapéutico, entre otras.
- 8.3 Estudio socioeconómico:** instrumento utilizado por el personal de trabajo social para conocer la situación económica y social de la familia y asignar una clasificación con base en la cual, se aplican las cuotas de recuperación para el pago de los servicios en el Instituto.
- 8.4 Nivel socioeconómico:** evaluación cuantitativa que le permite al personal de trabajo social clasificar a las pacientes de acuerdo a su condición económica.

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-01 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 1.- Asignación de Nivel Socioeconómico | | Hoja: 13 de 13 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 14 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

| | | |
|-------------|--|-----------------|
| 10.1 | Compromiso Formatos de Seguridad Social | (2020-49) |
| 10.2 | Registro y Verificación de Documentos | (2020-06) |
| 10.3 | Estudio Social Inicial | (2020-18/SIGIn) |
| 10.4 | Aviso de Privacidad de Simplificado e Integral | (2020-56/SIGIn) |
| 10.5 | Hoja Informativa de Admisión | (2020-28/SIGIn) |
| 10.6 | Carnet de Citas | (2003-18) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



COMPROMISO FORMATOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Yo: _____ (1)
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre/s

con fecha de nacimiento: _____ (2), declaro libremente mi
compromiso para presentar las Constancias de NO Afiliación al IMSS e ISSSTE, en mi
siguiente cita en el Departamento de Trabajo Social, con los cuales demostraré no
contar, ni tener derecho a Seguridad Social.

(3)
Firma

Ciudad de México, a _____ de _____ (4) de _____

2020-49

[Handwritten signatures]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"COMPROMISO FORMATOS DE SEGURIDAD SOCIAL"

2020-49

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-----------------------|--|
| 1 | NOMBRE DE LA PACIENTE | Apellido paterno, materno y nombre(s) completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació, |
| 3 | FIRMA | Firma de la paciente |
| 4 | FECHA | Especificar el día, mes, y año en que se emite el presente formato |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

NOMBRE: _____ (1) **FECHA DE NACIMIENTO:** _____
EDAD: _____ **EXPEDIENTE:** _____ (2) **FECHA:** _____ (3)

DOCUMENTOS PRESENTADOS

- ACTA DE NACIMIENTO
- VIGENCIA IMSS, ISSSTE U OTROS
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- COMPROBANTE DE EMPLEO
- ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
- IDENTIFICACIÓN PERSONAL
- OTROS

(4)

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

OBSERVACIONES

(5)

NOS PERMITIMOS INFORMARLE QUE DICHOS DOCUMENTOS DEBERÁ CONSERVARLOS YA QUE PUEDEN SER REQUERIDOS EN CUALQUIER OTRA OCASIÓN DURANTE SU ATENCIÓN EN EL INSTITUTO.

(6)

FIRMA DE CONFORMIDAD

(7)

TRABAJADORA SOCIAL

2020-06

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS"

2020-06

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 1 | NOMBRE DE LA PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD | El nombre completo de la paciente, fecha de nacimiento (día, mes, año) y edad |
| 2 | Nº DE EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el Instituto |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que se llena el presente formato |
| 4 | DOCUMENTOS PRESENTADOS | Especificar los documentos presentados |
| 5 | OBSERVACIONES | Describir, si es el caso, las observaciones |
| 6 | FIRMA DE CONFORMIDAD | Firma de conformidad por parte de la paciente o familiar |
| 7 | TRABAJO SOCIAL | Nombre completo y firma del/a Trabajador/a Social |





Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: (1) CURP: (2) EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)
FECHA DE NACIMIENTO: (5) EDAD: (6) NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)

DOMICILIO PERMANENTE

CALLE: (8)
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO: C
TIPO DE VIALIDAD: TIPO DE ASENTAMIENTO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
RESIDENCIA: (9) OTRO PAÍS:

(10) DOMICILIO TEMPORAL

CALLE:
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
NACIONALIDAD: (11) ESTADO DE NACIMIENTO:
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:
PERSONA RESPONSABLE: (12) OTRO RESPONSABLE:
PARENTESCO:
TELÉFONO: EXTENSIÓN:

2. ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ESTUDIO: (13) REALIZADO EN: (14)
TIPO PACIENTE: (15) EMERGENCIA OBST: (16)
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?
CANALIZADO POR: (20) SEM. GESTACIÓN: (18)
SERV. MÉDICO: (19)
CANALIZADO EN FORMA: (21)
ESTADO CIVIL: (22) EDAD COMPAÑERO: (23)
NO. SEGURO SOCIAL: (24)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECONÓM.:

NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (25)
EDAD HIJOS: (26) EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE: (27)
RELIGIÓN COMPAÑERO:

(28) ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD: COMPAÑERO:
AÑOS DE ESTUDIO: AÑOS DE ESTUDIO:

(29) PUEBLOS INDÍGENAS

¿COMUNIDAD INDÍGENA?: DESCRIPCIÓN:
UBICACIÓN: LENGUA:

3. CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO

OCUPACIÓN PACIENTE: (30)
DESCRIPCIÓN:
OCUPACIÓN COMPAÑERO:
DESCRIPCIÓN:
PRINCIPAL APORTADOR: (31)
PUNTOS: (32)

(33) INGRESO FAMILIAR MENSUAL

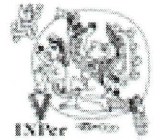
PACIENTE: COMPAÑERO: OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (34) TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO: PUNTOS: (35)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECON.:

DESGLOSE DE EGRESOS (36)

| TIPOS DE EGRESOS | IMPORTE |
|----------------------|---------|
| Alimentación Despesa | |
| Renta/ Hipoteca | |
| Agua | |
| Luz | |
| Gas | |
| Teléfono | |
| Gastos Escolares | |
| Gastos en Salud | |
| Transporte | |
| Servicios Domésticos | |
| Consumos Adicionales | |
| TOTAL: | |

EGRESO MENSUAL: (37)
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:
PUNTOS: (38)
SITUACIÓN ECONÓMICA: (39)

(40) VIVIENDA

TIPO TENENCIA:
PUNTOS:
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:
PUNTOS:
NÚMERO DE DORMITORIOS:
PUNTOS:
PERSONAS POR DORMITORIO:
PUNTOS:
SERVICIOS PÚBLICOS:
PUNTOS:
TIPO DE VIVIENDA:
PUNTOS:
SERV. INTRADOMICILIARIOS:
PUNTOS:
TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (41)

ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (42)
PUNTOS: (43)
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (44) PUNTOS: (45)
LUGAR DONDE SE ATIENDE:
NÚMERO DE ENFERMOS: (46)
PUNTOS: (47)
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48) (49)

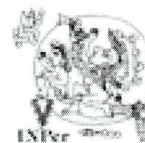
TOTAL PUNTOS

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA:

CURP:

EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NIVEL SOC. ECON.:

DIAGNÓSTICOS SOCIALES

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:

(50)

REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:

(51)

FIRMA:

RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASÍ MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA.

AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA. ADICIONALMENTE, ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR DATOS PARA QUE EL PERSONAL DE SALUD SE COMUNIQUE CONMIGO O CON EL FAMILIAR RESPONSABLE EL CUAL DESIGNO PARA TAL CASO, PARA CUALQUIER INFORMACIÓN VINCULADA CON LA RELACIÓN QUE TENGO CON EL INPER.

ASIMISMO ME DOY POR ENTERADA/O, CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 22 FRACCIONES V Y VII DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS (LGPDPPO), AL EJERCER MI DERECHO A LA SALUD Y MIS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS PARA EFECTUAR LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, NO SERÁ NECESARIO RECABAR MI CONSENTIMIENTO.

HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL.

DE IGUAL MANERA, ESTOY ENTERADA(O) Y DE ACUERDO QUE, EN CASO DE INGRESAR A HOSPITALIZACIÓN CON TELÉFONO CELULAR Y CARGADOR, QUEDARÁ BAJO MI TOTAL RESPONSABILIDAD EL CUIDADO DE ÉSTE Y QUE, SI LLEGARA A EXTRAVIARSE O SUFRIR DAÑO ALGUNO, EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD TANTO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA COMO A SU PERSONAL.

NOMBRE:

(52)

FIRMA:

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO"
2020-18

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 1 | VIGENCIA | Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años) |
| 2 | CURP | Clave Única de Registro de Población de la Paciente |
| 3 | EXPEDIENTE | Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información |
| 4 | NOMBRE DE LA PACIENTE | Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrada en su acta de nacimiento en ausencia de esta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno |
| 5 | FECHA DE NACIMIENTO | Día, mes y años en que nació la paciente. En caso de que se desconozca, se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato |
| 6 | EDAD | Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento |
| 7 | NIVEL SOCIOECONÓMICO | Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 8 | DOMICILIO PERMANENTE | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 9 | RESIDENCIA, OTRO PAÍS | Área geográfica en que reside o nombre del país, en caso de tratarse de paciente extranjera |
| 10 | DOMICILIO TEMPORAL | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 11 | NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO | Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la Republica y Municipio |
| 12 | PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN | Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, número telefónico y extensión para su localización |
| 13 | FECHA DE ESTUDIO | Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico |
| 14 | REALIZADO EN | Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico |
| 15 | TIPO DE PACIENTE | Diagnóstico de ingreso de la paciente |



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| | | Urgencias (se despliega el siguiente menú): |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente es referida por IMSS, ISSSTE u otro servicio médico • Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente cuenta con servicio médico, pero acudió por iniciativa propia • Nota: el/la médico/a que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de Trabajo Social • Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuenta o no con seguridad social, pero que no se trate de una emergencia obstétrica |
| 16 | EMERGENCIA OBSTÉTRICA | |
| 17 | ¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL | Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y el número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso) |
| 18 | SEMANAS DE GESTACIÓN | Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente |
| 19 | SERVICIO MÉDICO | Tipo de seguridad social incluyendo Seguro de Gastos Médicos |
| 20 | CANALIZADO POR | Dependencia que deriva a la paciente al Instituto |
| 21 | CANALIZADO EN FORMA | Especificar la forma en que fue canalizada la paciente y si es de manera oficial deberá contar con oficio |
| 22 | ESTADO CIVIL | Condición civil de la paciente |
| 23 | EDAD COMPAÑERO | Años cumplidos del esposo o compañero |
| 24 | NÚMERO SEGURO SOCIAL | Número de afiliación del Seguro Social |
| 25 | NÚMERO DE HIJOS VIVOS | Número de hijos/hijas vivos/as |
| 26 | EDAD DE HIJOS/AS | Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de mayor a menor. |
| 27 | RELIGIÓN DE PACIENTE, COMPAÑERO | Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja |
| 28 | ESCOLARIDAD | Tipo de escolaridad y años de estudio de la paciente |
| 29 | INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS | Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, donde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena |
| 30 | CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO | Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo |
| 31 | PRINCIPAL APORTADOR | De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo |
| 32 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal, de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 33 | INGRESO FAMILIAR MENSUAL | Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros |
| 34 | DEPENDIENTES ECONÓMICOS | Número de personas que dependen del total del ingreso familiar |

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 35 | PUNTOS | Total de puntos que se obtiene por el ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 36 | DESGLOSE DE EGRESOS | Egreso mensual referido en los diferentes rubros, divididos entre el total de ingreso familiar |
| 37 | EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA | Total de egresos mensuales referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado |
| 38 | PUNTOS | Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 39 | SITUACIÓN ECONÓMICA | Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico. |
| 40 | VIVIENDA | Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto |
| 41 | TOTAL VIVIENDA PUNTOS | Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda, de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del socioeconómico |
| 42 | TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE | Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llegó a la Institución) y el momento de la entrevista |
| 43 | PUNTOS | Puntuación que se obtienen de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 44 | OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN | Si/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención medica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende |
| 45 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 46 | NÚMEROS DE ENFERMOS | Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos. |
| 47 | PUNTOS | Puntuación obtenida del número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico. |
| 48 | DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE | Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso |
| 49 | TOTAL DE PUNTOS | La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel |
| 50 | DIAGNÓSTICOS SOCIALES | Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos |





| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 51 | REALIZÓ EL ESTUDIO LA TRABAJADORA SOCIAL, FIRMA | El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma |
| 52 | NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE | Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado |

9 feb 19

AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO, APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO FÍSICO Y ELECTRÓNICO EN EL SISTEMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO (SIGIN) y CONTINUIDAD AL SERVICIO MÉDICO

➤ **¿Quién es el responsable de tratar sus datos personales?**

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), con domicilio en calle Montes Urales número 800, Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México, teléfono 55 55 20 99 00, es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos conforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el día 20 de marzo de 2025, y demás normatividad que resulte aplicable.

➤ **¿Qué datos personales recabamos y para qué finalidades?**

Se tratan los siguientes datos personales:

| | |
|---------------------------------------|---|
| Datos de Identificación | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Clave Única de Registro de Población (CURP) ➤ Nombre completo ➤ Sexo ➤ fecha de nacimiento ➤ edad ➤ fecha y lugar de nacimiento ➤ estado civil ➤ nacionalidad ➤ firma. |
| Datos de contacto. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ teléfono particular. ➤ teléfono celular. |
| Datos Personales Sensibles | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado de salud Actual. (Se encuentra usted embarazada; Tiene problemas ginecológicos o pérdidas repetidas del embarazo; Tiene problemas de infertilidad (Dificultad para quedar Embarazada); Tiene problemas en su menopausia o climaterio) Nota: Solo se realiza la consulta sobre el diagnóstico médico por el cual fue aceptada. |
| Datos académicos | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Escolaridad |
| Indicador de pueblos indígenas | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Comunidad y lengua. |
| Datos ideológicos | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Creencias religiosas. |
| Datos laborales | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de seguridad social ➤ Puesto y trabajo actual. |
| Datos patrimoniales | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ingresos y egresos, seguros. |

2020-56



➤ **Los datos que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:**

| Finalidades | ¿Requieren consentimiento del titular? | |
|---|--|----|
| | No | Si |
| 1. Identificar y acreditar a la persona. | | X |
| 2. Brindarle la atención social y asignación del nivel socioeconómico para la cuota de recuperación o gratuidad. | | X |
| 3. Aperturar, integrar y actualizar el expediente clínico en físico, así como, incorporar sus datos en el Sistema de Información y Gestión Institucional (SIGIn) para su apertura de expediente clínico electrónico. | | X |
| 4. Compartir sus datos recabados del Estudio Socioeconómico con los médicos tratantes u otras áreas médicas e interconsultas del Instituto, para dar una atención médica integral continua con patologías perinatales y reproductivas de alta complejidad o con riesgo de desarrollarlas. | | X |

☐

Si otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente.

☐

No otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente.

| Finalidades Secundarias o adicionales | ¿Requieren consentimiento del titular? | |
|--|--|----|
| | No | Si |
| El INPer no realiza finalidades secundarias o distintas que motivaron su tratamiento original. | | X |

Para el tratamiento de sus datos requerimos de su consentimiento, por lo que, si no desea que sus datos personales sean tratados para las finalidades que requieren de su consentimiento, podrá manifestarlo a continuación:

| Negativa del titular para el tratamiento de los datos personales, marque en la siguiente casilla. | Finalidad |
|---|---|
| <input type="radio"/> | 1. Identificar y acreditar a la persona. |
| <input type="radio"/> | 2. Brindarle la atención social y asignación del nivel socioeconómico para la cuota de recuperación o gratuidad. |
| <input type="radio"/> | 3. Aperturar, integrar y actualizar el expediente clínico en físico, así como, incorporar sus datos en el Sistema de Información y Gestión Institucional (SIGIn) para su apertura de expediente clínico electrónico. |
| <input type="radio"/> | 4. Compartir sus datos recabados del Estudio Socioeconómico con los médicos tratantes u otras áreas médicas e interconsultas del Instituto, para dar una atención médica integral continua con patologías perinatales y reproductivas de alta complejidad o con riesgo de desarrollarlas. |

➤ **¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines? Transferencia de datos personales**

No se realizarán transferencias, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Consentimiento de la persona Titular

El INPer no requiere el consentimiento de la persona titular para realizar transferencias, si se actualiza alguno de los supuestos señalados en los artículos 16, 60 y 64 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

➤ ¿Cuál es el fundamento para el tratamiento de datos personales?

El tratamiento de sus datos personales se realiza con fundamento en los siguientes artículos: 6, apartado A y 16, segundo párrafo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 1º, 4º, 7º, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados; 1º y 5º fracción VII de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud; 29 XVII del Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 09 de mayo de 2013, sus acuerdos modificatorios publicados en el mismo medio oficial el día 09 de febrero de 2015 y 24 de julio de 2025.

➤ ¿Cómo puedo ejercer mi derecho a la portabilidad de datos personales?

En el caso de la portabilidad de datos personales, se informa que el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes no realiza tratamiento de datos personales por medios automatizados o electrónicos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

➤ ¿Dónde puedo ejercer mi negativa / revocación a mis datos personales o ejercer mis derechos ARCO?

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales y/ o en su caso, presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO), así como, la revocación de sus datos personales, directamente ante nuestra Unidad de Transparencia, cuyos datos de contacto son los siguientes:

a) **Nombre:** Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

b) **Domicilio** Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México

c) **Correo electrónico** transparencia@inper.gob.mx

d) **Número telefónico y extensión** 55209900 ext. 424 y 528

Además, usted podrá presentar una solicitud de ejercicio de derechos ARCO a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en:

<http://www.plataformadetransparencia.org.mx>

➤ Domicilio de la Unidad de Transparencia

Para ponerse en contacto con nuestra Unidad de Transparencia, si desea conocer el procedimiento de la negativa/revocación o el trámite a las solicitudes para el ejercicio de los derechos (ARCO), o cualquier duda que pudiera tener respecto al tratamiento de su información. Los datos de contacto son los siguientes:

Domicilio ubicado en Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México, teléfono 55209900 ext. 428 y 528, y/o a través del correo electrónico: transparencia@inper.gob.mx

➤ ¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales o por otras causas. Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de la página de internet

<https://inper.mx/transparencia/avisoprivacidad/>

Fecha de elaboración: [13/10/2025].

Última actualización: [13/10/2025].

Nombre completo de el/la titular de los datos personales

Fecha: ____/____/____ N° de Expediente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de el/la titular de los datos personales o familiar responsable





Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO



DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO, APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO FÍSICO Y ELECTRÓNICO EN EL SISTEMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO (SIGIN) y CONTINUIDAD AL SERVICIO MÉDICO

➤ **¿Quién es el responsable de tratar sus datos personales?**

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), con domicilio en calle Montes Urales número 800, Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México, teléfono 55 55 20 99 00 es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

➤ **Los datos que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:**

| Finalidades | ¿Requieren consentimiento del titular? | |
|---|--|----|
| | No | Si |
| 1. Identificar y acreditar a la persona. | | X |
| 2. Brindarle la atención social y asignación del nivel socioeconómico para la cuota de recuperación o gratuidad. | | X |
| 3. Aperturar, integrar y actualizar el expediente clínico en físico, así como, incorporar sus datos en el Sistema de Información y Gestión Institucional (SIGIn) para su apertura de expediente clínico electrónico. | | X |
| 4. Compartir sus datos recabados del Estudio Socioeconómico con los médicos tratantes u otras áreas médicas e interconsultas del Instituto, para dar una atención médica integral continua con patologías perinatales y reproductivas de alta complejidad o con riesgo de desarrollarlas. | | X |

☐

Si otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente.

☐

No otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente.

➤ **¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines? Transferencia de datos personales**

No se realizarán transferencias, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Consentimiento de la persona Titular

El INPer no requiere el consentimiento de la persona titular para realizar transferencias, si se actualiza alguno de los supuestos señalados en los artículos 16, 60 y 64 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

➤ **¿Dónde puedo ejercer mi negativa / revocación a mis datos personales o ejercer mis derechos ARCO?**

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales y/ o en su caso, presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO), así como, la revocación de sus datos personales, directamente ante nuestra Unidad de Transparencia, cuyos datos de contacto son los siguientes:

2020-56

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

[Handwritten signatures]

a) Nombre: Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

b) Domicilio Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México

c) Correo electrónico transparencia@inper.gob.mx

d) Número telefónico y extensión 55209900 ext. 424 y 528

Además, usted podrá presentar una solicitud de ejercicio de derechos ARCO a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en:

<http://www.plataformadetransparencia.org.mx>

➤ **Usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en el sitio:**

<https://inper.mx/transparencia/avisoprivacidad/>

O bien, de manera presencial en las instalaciones de la Unidad de Transparencia, con domicilio en Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México.

Fecha de elaboración: [13/10/2025].

Última actualización: [13/10/2025].

Nombre completo de el/la titular de los datos personales

Fecha: ____/____/____ N° de Expediente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de el/la titular de los datos personales o familiar responsable





HOJA INFORMATIVA DE ADMISIÓN

Nombre de la paciente: _____ (1) Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ N° de Expediente: _____ Nivel: _____
Fecha de apertura de expediente: _____
Responsable: _____ (2) Parentesco: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____

Entiendo que al ser admitida como usuaria de los servicios de salud que otorga el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, debo ajustar mi conducta a su reglamentación interna, en los términos que establece el artículo 52 de la Ley General de Salud.

Así mismo, manifiesto que el personal de este Instituto me informó que tengo derecho a recibir servicios de salud oportunos, idóneos y de calidad, hasta el límite de su capacidad instalada, bajo los principios y directrices aceptados por la ciencia médica, lo que implica, entre otras cosas, la adopción y ejecución de las medidas y acciones indispensables para disminuir la morbilidad materna e infantil, de acuerdo con lo que establecen los artículos 51 y 61 Bis de la Ley General de Salud y 99 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

De igual forma, reconozco que fui informada sobre la posibilidad de que, durante los procesos clínicos en este Instituto, recibiré atención por parte del personal médico, de enfermería y de los auxiliares de la salud que se encuentran cursando algún programa de especialización, siempre bajo la supervisión del personal médico adscrito a la especialidad que corresponda.

Adicionalmente, manifiesto que estoy de acuerdo en proporcionar los datos indispensables para que el personal de salud estable comunicación conmigo o con el familiar que me acompañe o, en su caso, con mi tutor o con el representante legal que designaré para cualquier información o trámite administrativo relacionado con la atención médica que reciba en este Instituto.

También me informaron que mis datos personales serán protegidos, incorporados y tratados, de acuerdo con lo que establece la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

En el mismo sentido, comprendo que en algunos casos, los profesionales de la salud en el Instituto, podrán recolectar imágenes o videos de la atención médica que reciba, en cuyo caso, podré autorizar o negar la utilización a través del consentimiento informado correspondiente.

Finalmente, en el escenario posterior a la epidemia por el coronavirus SARS-CoV2 (COVID-19), entiendo que existe el riesgo de contagio y de transmisión del virus entre pacientes que se encuentran siendo atendidos en áreas de Urgencias y Hospitalización; además de los riesgos propios de los procedimientos que son realizados por su afectación, por lo que me comprometo al cumplimiento de todos los protocolos de protección, seguridad e higiene.

PACIENTE

(3)

Nombre completo y Firma

RESPONSABLE O TESTIGO

(SÓLO EN CASO DE QUE LA PACIENTE SEA
MENOR DE EDAD O PRESENTE ALGUNA DISCAPACIDAD)

(4)

Nombre completo y Firma

TRABAJADORA SOCIAL

(5)

Nombre completo y Firma

NOTA: Cuando la paciente sea menor de edad (18 años cumplidos) requiere la autorización del padre, madre o persona responsable.

ORIGINAL: Expediente clínico.

[Handwritten signatures]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"HOJA INFORMATIVA DE ADMISIÓN"

2020-28

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 1 | NOMBRE DE LA PACIENTE, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, N° DE EXPEDIENTE, NIVEL Y FECHA DE APERTURA DE EXPEDIENTE | El nombre completo de la paciente, número de años cumplidos, día, mes y año en que nació la paciente, número de expediente asignado por el Instituto, nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social y fecha de apertura de expediente. |
| 2 | RESPONSABLE, PARENTESCO, DOMICILIO Y TELÉFONO | Nombre completo y parentesco del familiar o responsable de la paciente, así como su domicilio: calle, número (interior y exterior), colonia, delegación o municipio, código postal y entidad federativa de la paciente y el número telefónico fijo o móvil para su localización |
| 3 | PACIENTE | Nombre completo y firma de la paciente |
| 4 | RESPONSABLE O TESTIGO | Nombre completo y firma de la persona responsable o testigo (sólo en caso de que la paciente sea menor de edad o presente alguna discapacidad) |
| 5 | TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social |



SECRETARÍA DE SALUD

- Conmutador Ext.: 111**

(1)



Carnet de Citas

(2)

FECHA: _____ (3) _____
DIA MES AÑO

2003-18

[illegible]

| FECHA | HORA | SERVICIO |
|-------|------|----------|
|-------|------|----------|

[illegible]

ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------|--|
| 1 | NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 1 de 10 |

2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación

[Handwritten signatures]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 2 de 10 |

1. Propósito

- 1.1** Realizar nuevamente el estudio socioeconómico a las pacientes del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes que refieran características de necesidad específicas, a fin de identificar situaciones de muy alta vulnerabilidad y estar en la posibilidad de asignar una nueva clasificación económica, con base en los resultados arrojados por el estudio y evidencia/s presentada/s, que puedan afectar y/o comprometer la salud de la paciente.



2. Alcance

- 2.1** A nivel interno, este procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, Dirección de Administración y Finanzas, Departamento de Trabajo Social, Departamento de Tesorería, Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, a los Servicios de Cajas, Cuentas por Cobrar, Control de Citas y Archivo Clínico.
- 2.2** A nivel externo, este procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1.** Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar se realice la reclasificación de nivel socioeconómico, cuando la paciente así lo solicite; para tal fin, deberá presentar los siguientes documentos actualizados (original y copia), tanto de la paciente como del esposo, pareja o persona de quien depende económicamente:
 - ✓ Clave Única de Registro de Población (CURP)
 - ✓ Acta de nacimiento
 - ✓ Baja del Departamento de vigencias de derechos de la institución de afiliación, de la cual era beneficiario/a y semanas cotizadas
 - ✓ Baja laboral de la dependencia que otorgo la afiliación a la seguridad social
 - ✓ Constancia electrónica de vigencia de derechos al IMSS e ISSSTE, de **no derechohabiente**
 - ✓ Comprobante de domicilio actualizado (con fecha de expedición no mayor a 6 meses)
 - ✓ Recibo de nómina, carta laboral oficial, constancia de hechos (que acredite cambio de actividad laboral, ocupación actual, ingresos económicos y dependientes económicos) o estudio socioeconómico expedido por el Municipio o Alcaldía de la Ciudad de México
 - ✓ Acta de matrimonio o constancia de hechos que especifique situación civil
 - ✓ Identificación oficial vigente con nombre, fotografía y firma; en caso de que el paciente, esposo o pareja sea menor a 18 años de edad, deberá presentar "Constancia de Identidad" expedida por el Municipio o Alcaldía de la Ciudad de México para acreditar su identidad
 - Supervisar que la reclasificación de nivel socioeconómico, se lleve a cabo en todos los servicios pertenecientes al Departamento de Trabajo Social (urgencias, hospitalización, terapias neonatales y consulta externa) cuando se identifique la derechohabiencia de la paciente, esposo, concubino o de quien dependa económicamente, a cualquier esquema de seguridad social o seguro de gastos médicos mayores; no se realizará la devolución de los pagos realizados por los servicios que otorga el INPer, en caso de haber cubierto alguno(s) con el nivel socioeconómico anterior a la reclasificación.



| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 3 de 10 |



- Atender las solicitudes de reclasificación según su tipo:
 - **VIGENCIA**
 Se considerará vigente el estudio socioeconómico para pacientes según su especialidad de atención, a partir de la fecha de apertura:
 - Ginecología y obstetricia: 01 año
 - Infertilidad y climaterio: 03 años

Adicional a la vigencia del estudio socioeconómico, se considerará la vigencia de la última nota médica (lo que suceda primero), dicha nota dará validez al expediente de la paciente durante un tiempo específico de acuerdo a la especialidad de que se trate:

 - Obstetricia e infertilidad 07 meses
 - Ginecología, climaterio y oncología 01 año
 - **VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN**
 Se aplica cuando en el transcurso de su atención, la paciente presente documentación complementaria que rectifique o ratifique la información proporcionada inicialmente y/o exista cambio de nivel socioeconómico.

En el caso de pacientes de origen extranjero, que posterior a la apertura de expediente y durante su atención médica cambien a nacionalidad mexicana, se otorgará la reclasificación al nivel que le corresponde de acuerdo al nuevo estudio socioeconómico; en ningún caso, se aplicará de manera retroactiva, por lo que no se realizará la devolución de los pagos realizados por los servicios que otorga el INPer, en caso de haber cubierto alguno(s) con el nivel socioeconómico anterior a la reclasificación.
 - **ESPECIALES**
 Se aplicará cuando existen las circunstancias que así lo ameriten:
 - Cuando la paciente compruebe mediante documentos oficiales que existió un cambio relevante en su situación socioeconómica que amerita ser revalorado como: desempleo, cambio de situación civil, dejó de ser beneficiario de algunos de los esquemas de seguridad social o en su caso, se identifique como beneficiario de algún esquema de seguridad social.
 - Cuando la Dirección General gire instrucción expresa mediante oficio dirigido a la Jefatura de Trabajo Social, para la modificación de nivel socioeconómico de la/s paciente/s que cuenten con seguridad social.
- Realizar visita domiciliaria en casos de alta vulnerabilidad o aquellos que por la complejidad de los mismos se amerite para corroborar la información proporcionada por la paciente, de acuerdo a la disponibilidad de recursos humanos, a las pacientes residentes de la Ciudad de México y zona conurbada. (Ver Procedimiento No. 14 "Visita Domiciliaria").
- Establecer coordinación con el DIF regional o Presidencia Municipal (pacientes foráneas), a fin de que envíen un reporte de visita domiciliaria.
- Supervisar que las reclasificaciones de nivel socioeconómico sean autorizadas por el/la Titular del Departamento de Trabajo Social, Dirección Médica y/o Dirección General.
- Analizar los casos que sean identificados con insolvencia económica o alta vulnerabilidad, a fin de valorar si es necesario aplicar a la paciente, una exención de pago por los servicios otorgados

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 4 de 10 |



en el INPer; dicha exención, únicamente podrá ser autorizada por el Titular de la Dirección General del INPer, para tal fin, se realizará lo descrito en el Procedimiento No. 3 "Autorización de aplicación nivel 1X" del Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.

- Verificar que la paciente presente los documentos referidos en el formato "Requisitos para apertura de expediente" (2003-04) para su actualización.
- Capturar, en todos los casos, la información en los formatos correspondientes de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012(Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud) y la NOM-004-SSA3-2012 (Del Expediente Clínico).
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Manejar con estricto resguardo los datos personales de las pacientes, mismos que serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; adicionalmente, el/la trabajador/a social al tener información sensible deberá de utilizarla para el único fin de elaborar el estudio socioeconómico, evitando el manejo de comentarios y uso de la información para otros fines impidiendo el riesgo de una falta grave o no grave conforme a lo estipulado en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y regirse a los principios que guarda el servicio público de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, lo anterior con base en lo establecido en la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.

3.2. Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, a través de los Servicios de Control de Citas y Archivo Clínico, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Proporcionar al Departamento de Trabajo Social la agenda diaria en la cual estén incluidas las pacientes que solicitan reclasificación socioeconómica.
- Proporcionar al Departamento de Trabajo Social Expedientes Clínicos de pacientes que cuenten con las circunstancias de reclasificación (enunciadas en el punto 3.1 de este procedimiento); así como de las pacientes que no han presentado consultas médicas de especialidad 7 meses posteriores a la resolución de su evento obstétrico o a la conclusión de su tratamiento.
- Agendar cita en Trabajo Social a todas aquellas pacientes que a través del expediente clínico electrónico se identifique que no han tenido citas de valoración médica.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 5 de 10 |

4. Descripción del procedimiento



| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|--|----------|--|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social realice la reclasificación de nivel socioeconómico a las pacientes que así lo requieran y/o soliciten. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal adscrito realicen las reclasificaciones de nivel socioeconómico a las pacientes que así lo requieran y/o soliciten. | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 3 | Recibe instrucción y retoma los casos que requieran la verificación de la documentación inicial contenida: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Estudio socioeconómico ✓ Documentación soporte | |
| | 4 | Entrevista a la paciente, familiar o en su caso, realiza visita domiciliaria para determinar la reclasificación socioeconómica. ¿Procede? | |
| | 5 | No: identifica que no cumple con los requisitos para llevar a cabo una reclasificación socioeconómica y explica a la paciente y/o familiar los motivos que generan la no procedencia del trámite. Termina Procedimiento. | |
| | 6 | Sí: solicita a la paciente la información necesaria para llenar la "solicitud de revaloración socioeconómica" dentro del SIGIn, así como la documentación que avale su dicho a fin de sustentar la actualización a realizar. | |
| | 7 | Imprime la "Solicitud de Revaloración Socioeconómica" y solicita a la paciente o familiar responsable, valide la información capturada mediante firma autógrafa en el documento. | • 2020-04 |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 8 | Actualiza conforme a "Requisitos para Apertura de Expediente" (2003-04), proporciona "Aviso de Privacidad Simplificado de Trabajo Social" (2020-56) y recaba firma autógrafa de la paciente y/o familiar responsable. | <ul style="list-style-type: none"> • 2003-04 • 2020-56 |

[Handwritten signature]

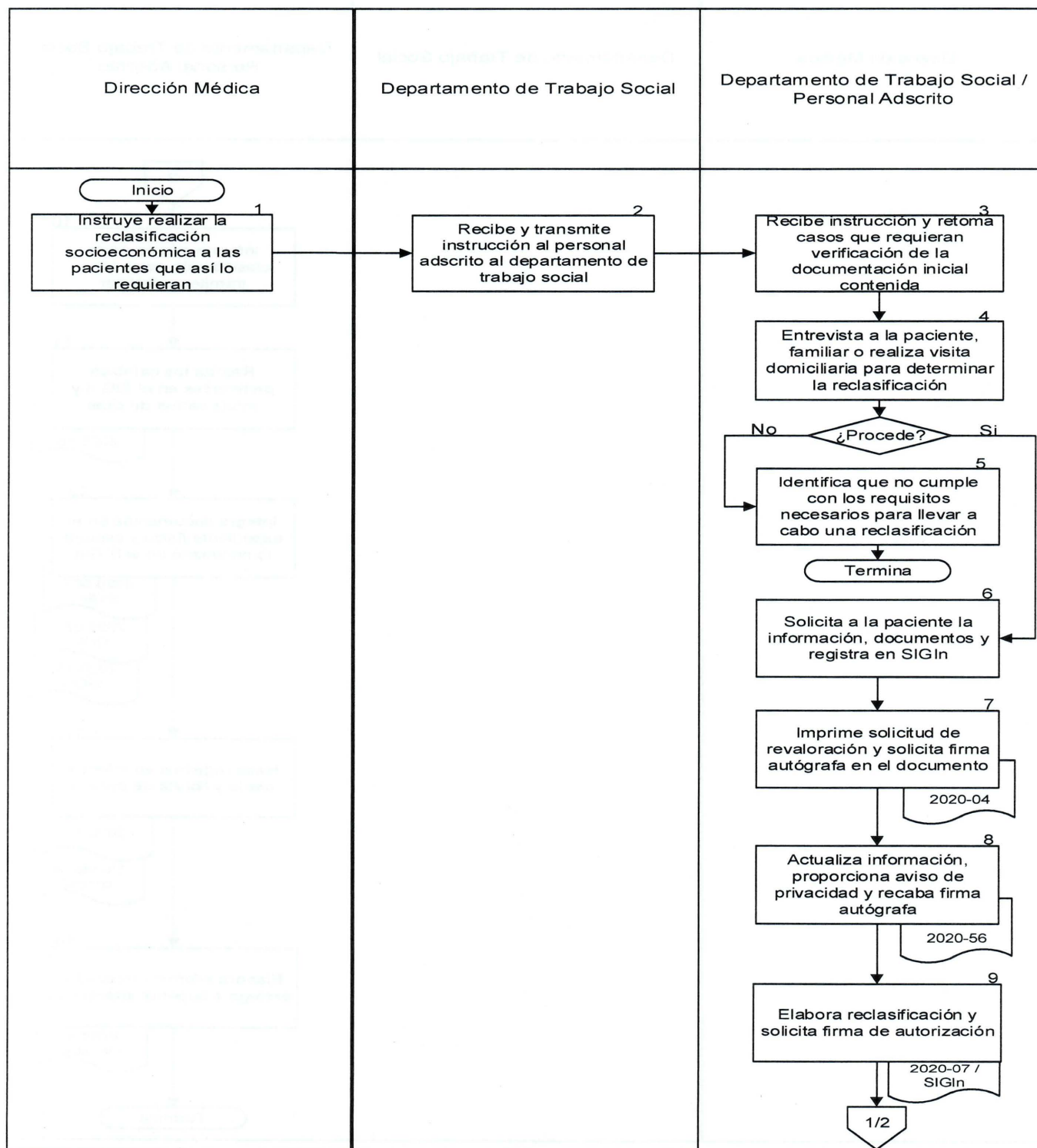
| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 6 de 10 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|--------------------|-----------------|--|---|
| | 9 | Elabora "Reclasificación" (original y copia) y solicita, en los casos que así lo ameriten, firma de autorización a la Dirección Médica. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-07 / SIGIn |
| | 10 | Informa a la paciente sobre la clasificación asignada, así como los trámites administrativos que debe seguir. | |
| | 11 | Realiza los cambios pertinentes en el expediente clínico (SIGIn) y rotula el Carnet de Citas con el nuevo nivel asignado. | <ul style="list-style-type: none"> • 2003-18 |
| | 12 | Integra el "Registro y Verificación de Documentos", documento de "Reclasificación" y el "Estudio Social Inicial" en el expediente clínico físico, así como la captura de los datos requeridos en el SIGIn. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-06/SIGIn • 2020-07/SIGIn • 2020-18/SIGIn |
| | 13 | Registra la reclasificación en el Informe Diario y la libreta de control. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-43 • Libreta de control |
| | 14 | Elabora informe mensual de los casos en que fue realizada la reclasificación de nivel socioeconómico y entrega a superior jerárquico. | <ul style="list-style-type: none"> • Informe mensual |
| | | Termina Procedimiento | |



[Handwritten signature]


| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 7 de 10 |

5. Diagrama de flujo


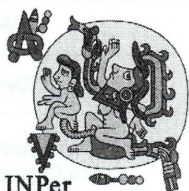


[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 8 de 10 |

| Dirección Médica | Departamento de Trabajo Social | Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito |
|------------------|--------------------------------|--|
| | |  <pre> graph TD 2[2] --> 10[10 Informa a la paciente clasificación asignada y trámites a realizar] 10 --> 11[11 Realiza los cambios pertinentes en el SIGIn y rotula carnet de citas] 11 --> 12[12 Integra documentos en el expediente físico y captura lo necesario en el SIGIn] 12 --> 13[13 Hace registros en informe diario y libreta de control] 13 --> 14[14 Elabora informe mensual y entrega a superior jerárquico] 14 --> Termina([Termina]) </pre> <p>2003-18</p> <p>2020-06 / SIGIn</p> <p>2020-07 / SIGIn</p> <p>2020-18 / SIGIn</p> <p>2020-43</p> <p>Libreta de control</p> <p>Informe mensual</p> |

Handwritten signature in blue ink.

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 9 de 10 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología | No Aplica |
| 6.3 Acuerdo con el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. | DOF 27-05-2013 |
| 6.4 Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013. | DOF 30-11-2020 |


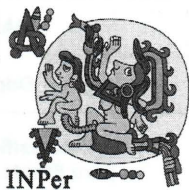
7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-------------------------------|--|--|
| 7.1 "Aviso de Privacidad Simplificado de Trabajo Social" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico | 4S.5 / 2020-56 |
| 7.2 "Reclasificación" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-07 / SIGIn |
| 7.3 "Carnet de Citas" | No aplica | Paciente | 2003-18 |
| 7.4 "Registro y Verificación de Documentos" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-06 / SIGIn |
| 7.5 "Estudio Socioeconómico" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-18 / SIGIn |
| 7.6 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | 2020-43 Documento de comprobación inmediata |
| 7.7 Libreta de Control | N/P | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.8 Informe Mensual | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

- 8.1** **Carnet:** documento que identifica a la población usuaria de los servicios del Instituto en el que se programan las citas para otorgar los servicios médicos.

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-02 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 14 |
| | 2.- Reclasificación Socioeconómica de Pacientes para Efecto de Pago de Cuotas de Recuperación | | Hoja: 10 de 10 |

- 8.2 Estudio Socioeconómico:** instrumento utilizado por el personal de Trabajo Social para conocer la situación económica y social de la familia y asignar una clasificación con base a la cual se aplican las cuotas de recuperación para el pago de los servicios en el Instituto.
- 8.3 Entrevista:** procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otras.
- 8.4 Nivel Socioeconómico:** evaluación cuantitativa que le permite al Personal de Trabajo Social clasificar a las pacientes de acuerdo a su condición económica.
- 8.5 Reclasificación:** modificación de nivel socioeconómico de acuerdo a las características del caso.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|----------------------------------|
| 14 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico |

10.0 Anexos

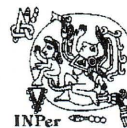
- 10.1** Aviso de Privacidad Simplificado de Trabajo Social (2020-56)
- 10.2** Reclasificación (2020-07 / SIGIn)
- 10.3** Carnet de Citas (2003-18)
- 10.4** Registro y Verificación de Documentos (2020-06) / SIGIn
- 10.5** Estudio Socioeconómico (2020-18 / SIGIn)
- 10.6** Informe Diario (2020-43)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO



DEL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL PARA LA ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO, APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO FÍSICO Y ELECTRÓNICO EN EL SISTEMA DE EXPEDIENTE CLÍNICO ELECTRÓNICO (SIGIn) y CONTINUIDAD AL SERVICIO MÉDICO

➤ **¿Quién es el responsable de tratar sus datos personales?**

El Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), con domicilio en calle Montes Urales número 800, Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México, teléfono 55 55 20 99 00 es el responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione.

➤ **Los datos que solicitamos los utilizaremos para las siguientes finalidades:**

| Finalidades | ¿Requieren consentimiento del titular? | |
|---|--|----|
| | No | Si |
| 1. Identificar y acreditar a la persona. | | X |
| 2. Brindarle la atención social y asignación del nivel socioeconómico para la cuota de recuperación o gratuidad. | | X |
| 3. Aperturar, integrar y actualizar el expediente clínico en físico, así como, incorporar sus datos en el Sistema de Información y Gestión Institucional (SIGIn) para su apertura de expediente clínico electrónico. | | X |
| 4. Compartir sus datos recabados del Estudio Socioeconómico con los médicos tratantes u otras áreas médicas e interconsultas del Instituto, para dar una atención médica integral continua con patologías perinatales y reproductivas de alta complejidad o con riesgo de desarrollarlas. | | X |

☐

Si otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente.

☐

No otorgo mi consentimiento para que mis datos personales sean tratados conforme a las finalidades descritas anteriormente.

➤ **¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines? Transferencia de datos personales**

No se realizarán transferencias, salvo aquéllas que sean necesarias para atender requerimientos de información de una autoridad competente, que estén debidamente fundados y motivados.

Consentimiento de la persona Titular

El INPer no requiere el consentimiento de la persona titular para realizar transferencias, si se actualiza alguno de los supuestos señalados en los artículos 16, 60 y 64 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

➤ **¿Dónde puedo ejercer mi negativa / revocación a mis datos personales o ejercer mis derechos ARCO?**

Usted podrá manifestar la negativa al tratamiento de sus datos personales y/ o en su caso, presentar su solicitud para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de sus datos personales (derechos ARCO), así como, la revocación de sus datos personales, directamente ante nuestra Unidad de Transparencia, cuyos datos de contacto son los siguientes:

2020-56

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

a) Nombre: Unidad de Transparencia del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes

b) Domicilio Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México

c) Correo electrónico transparencia@inper.gob.mx

d) Número telefónico y extensión 55209900 ext. 424 y 528

Además, usted podrá presentar una solicitud de ejercicio de derechos ARCO a través de la Plataforma Nacional de Transparencia, disponible en:

<http://www.plataformadetransparencia.org.mx>

➤ **Usted podrá consultar el Aviso de Privacidad Integral en el sitio:**

<https://inper.mx/transparencia/avisoprivacidad/>

O bien, de manera presencial en las instalaciones de la Unidad de Transparencia, con domicilio en Montes Urales, número 800, colonia Lomas Virreyes, Miguel Hidalgo, CP. 11000, Ciudad de México.

Fecha de elaboración: [13/10/2025].

Última actualización: [13/10/2025].

Nombre completo de el/la titular de los datos personales

Fecha: ____/____/____ N° de Expediente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Firma de el/la titular de los datos personales o familiar responsable





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



RECLASIFICACIÓN

NOMBRE: _____ (1) FECHA DE NACIMIENTO: _____ (2)
EDAD: _____ N° DE EXPEDIENTE: _____ (3) FECHA: _____ (4)
N° DE FOLIO _____ (5) RECLASIFICACIÓN DE _____ (6) A _____

S E R V I C I O (7)

CONSULTA EXTERNA ☐

HOSPITALIZACIÓN ☐

URGENCIAS ☐

M O T I V O (8)

VIGENCIA ☐

VERIFICACIÓN DE
INFORMACIÓN ☐

ESPECIAL ☐

TRABAJO SOCIAL

Vo.Bo.

(9)

(10)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

2020-07

[Handwritten signatures]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"RECLASIFICACIÓN"

2020-07

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------------|--|
| 1 | NOMBRE DE LA PACIENTE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO, EDAD | El día, mes y año en que nació, edad (años cumplidos) |
| 3 | EXPEDIENTE N° | Número de expediente asignado |
| 4 | FECHA | El día, mes y año en que se llena el presente formato |
| 5 | NÚMERO DE FOLIO | El número que se asigne por folio de reclasificación |
| 6 | RECLASIFICACIÓN | La reclasificación que se cambia de nivel anterior al nivel actual |
| 7 | SERVICIO | Especificar a qué servicio corresponde la reclasificación (consulta externa, hospitalización y/o urgencias) |
| 8 | MOTIVO | Describir el motivo de la reclasificación |
| 9 | TRABAJO SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social |
| 10 | Vo.Bo. | Nombre completo y firma de la Supervisora y/o Jefa del Departamento de Trabajo Social y/o del/la Subdirector/a de Área |



SECRETARÍA DE SALUD

- Conmutador Ext.: 111**

Carnet de Citas

(2)

FECHA: (3)
DIA MES AÑO

2003-18

[illegible][illegible]

ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)

7 July 1971

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------|--|
| 1 | NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



SECRETARÍA DE SALUD

- Conmutador Ext.: 111**

Carnet de Citas

(2)

FECHA: (3)
DIA MES AÑO

2003-18 A

[illegible][illegible]

ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)

7 gal m

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18 A

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|----------------------------|--|
| 1 | NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

NOMBRE: _____ (1) FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____ EXPEDIENTE: _____ (2) FECHA: _____ (3)

DOCUMENTOS PRESENTADOS

- ACTA DE NACIMIENTO
- VIGENCIA IMSS, ISSSTE U OTROS
- COMPROBANTE DE DOMICILIO
- COMPROBANTE DE EMPLEO
- ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
- IDENTIFICACIÓN PERSONAL
- OTROS

(4)

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES

(5)

NOS PERMITIMOS INFORMARLE QUE DICHOS DOCUMENTOS DEBERÁ CONSERVARLOS YA QUE PUEDEN SER REQUERIDOS EN CUALQUIER OTRA OCASIÓN DURANTE SU ATENCIÓN EN EL INSTITUTO.

(6)

FIRMA DE CONFORMIDAD

(7)

TRABAJADORA SOCIAL

2020-06

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REGISTRO Y VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS"

2020-06

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|---|
| 1 | NOMBRE DE LA PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD | El nombre completo de la paciente, fecha de nacimiento (día, mes, año) y edad |
| 2 | N° DE EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el Instituto |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que se llena el presente formato |
| 4 | DOCUMENTOS PRESENTADOS | Especificar los documentos presentados |
| 5 | OBSERVACIONES | Describir, si es el caso, las observaciones |
| 6 | FIRMA DE CONFORMIDAD | Firma de conformidad por parte de la paciente o familiar |
| 7 | TRABAJO SOCIAL | Nombre completo y firma del/a Trabajador/a Social |





Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: (1) CURP: (2) EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)
FECHA DE NACIMIENTO: (5) EDAD: (6) NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)

DOMICILIO PERMANENTE

CALLE: (8)
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO: C
TIPO DE VIALIDAD: TIPO DE ASENTAMIENTO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
RESIDENCIA: (9) OTRO PAÍS:

(10) DOMICILIO TEMPORAL

CALLE:
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
NACIONALIDAD: (11) ESTADO DE NACIMIENTO:
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:
PERSONA RESPONSABLE: (12) OTRO RESPONSABLE:
PARENTESCO:
TELÉFONO: EXTENSIÓN:

2. ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ESTUDIO: (13) REALIZADO EN: (14)
TIPO PACIENTE: (15) EMERGENCIA OBST: (16)
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?
SEM. GESTACIÓN: (18)
CANALIZADO POR: (20) SERV. MÉDICO: (19)
CANALIZADO EN FORMA: (21)
ESTADO CIVIL: (22) EDAD COMPAÑERO: (23)
NO. SEGURO SOCIAL: (24)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECONÓM.:

NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (25)
EDAD HIJOS: (26) EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE: (27)
RELIGIÓN COMPAÑERO:

(28) ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD: COMPAÑERO:
AÑOS DE ESTUDIO: AÑOS DE ESTUDIO:

(29) PUEBLOS INDÍGENAS

¿COMUNIDAD INDÍGENA?: DESCRIPCIÓN:
UBICACIÓN: LENGUA:

3. CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO

OCUPACIÓN PACIENTE: (30)
DESCRIPCIÓN:
OCUPACIÓN COMPAÑERO:
DESCRIPCIÓN:
PRINCIPAL APORTADOR: (31)
PUNTOS: (32)

(33) INGRESO FAMILIAR MENSUAL

PACIENTE: COMPAÑERO: OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (34) TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO: PUNTOS: (35)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECON.:

DESGLOSE DE EGRESOS (36)

| TIPOS DE EGRESOS | IMPORTE |
|-----------------------|---------|
| Alimentación Despensa | |
| Renta/ Hipoteca | |
| Agua | |
| Luz | |
| Gas | |
| Teléfono | |
| Gastos Escolares | |
| Gastos en Salud | |
| Transporte | |
| Servicios Domésticos | |
| Consumos Adicionales | |
| TOTAL: | |

EGRESO MENSUAL: (37)
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:
PUNTOS: (38)
SITUACIÓN ECONÓMICA: (39)

(40) VIVIENDA

TIPO TENENCIA:
PUNTOS:
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:
PUNTOS:
NÚMERO DE DORMITORIOS:
PUNTOS:
PERSONAS POR DORMITORIO:
PUNTOS:
SERVICIOS PÚBLICOS:
PUNTOS:
TIPO DE VIVIENDA:
PUNTOS:
SERV. INTRADOMICILIARIOS:
PUNTOS:
TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (41)

ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (42)
PUNTOS: (43)
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (44) PUNTOS: (45)
LUGAR DONDE SE ATIENDE:
NÚMERO DE ENFERMOS: (46)
PUNTOS: (47)
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48) (49)

TOTAL PUNTOS

[Handwritten signatures]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA:

CURP:

EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NIVEL SOC. ECON.:

DIAGNÓSTICOS SOCIALES

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:

(50)

REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:

(51)

FIRMA:

RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASÍ MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA.

AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA. ADICIONALMENTE, ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR DATOS PARA QUE EL PERSONAL DE SALUD SE COMUNIQUE CONMIGO O CON EL FAMILIAR RESPONSABLE EL CUAL DESIGNO PARA TAL CASO, PARA CUALQUIER INFORMACIÓN VINCULADA CON LA RELACIÓN QUE TENGO CON EL INPER.

ASIMISMO ME DOY POR ENTERADA/O, CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 22 FRACCIONES V Y VII DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS (LGPDPPSO), AL EJERCER MI DERECHO A LA SALUD Y MIS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS PARA EFECTUAR LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, NO SERÁ NECESARIO RECABAR MI CONSENTIMIENTO.

HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL.

DE IGUAL MANERA, ESTOY ENTERADA(O) Y DE ACUERDO QUE, EN CASO DE INGRESAR A HOSPITALIZACIÓN CON TELÉFONO CELULAR Y CARGADOR, QUEDARÁ BAJO MI TOTAL RESPONSABILIDAD EL CUIDADO DE ÉSTE Y QUE, SI LLEGARA A EXTRAVIARSE O SUFRIR DAÑO ALGUNO, EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD TANTO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA COMO A SU PERSONAL.

(52)

NOMBRE:

FIRMA:

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO"

2020-18

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 1 | VIGENCIA | Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años) |
| 2 | CURP | Clave Única de Registro de Población de la Paciente |
| 3 | EXPEDIENTE | Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información |
| 4 | NOMBRE DE LA PACIENTE | Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrada en su acta de nacimiento en ausencia de esta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno |
| 5 | FECHA DE NACIMIENTO | Día, mes y años en que nació la paciente. En caso de que se desconozca, se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato |
| 6 | EDAD | Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento |
| 7 | NIVEL SOCIOECONÓMICO | Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 8 | DOMICILIO PERMANENTE | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 9 | RESIDENCIA, OTRO PAÍS | Área geográfica en que reside o nombre del país, en caso de tratarse de paciente extranjera |
| 10 | DOMICILIO TEMPORAL | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 11 | NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO | Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la Republica y Municipio |
| 12 | PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN | Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, número telefónico y extensión para su localización |
| 13 | FECHA DE ESTUDIO | Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico |
| 14 | REALIZADO EN | Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico |
| 15 | TIPO DE PACIENTE | Diagnóstico de ingreso de la paciente |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| | | Urgencias (se despliega el siguiente menú): |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente es referida por IMSS, ISSSTE u otro servicio médico • Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente cuenta con servicio médico, pero acudió por iniciativa propia • Nota: el/la médico/a que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de Trabajo Social • Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuenta o no con seguridad social, pero que no se trate de una emergencia obstétrica |
| 16 | EMERGENCIA OBSTÉTRICA | |
| 17 | ¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL | Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no utiliza y el número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso) |
| 18 | SEMANAS DE GESTACIÓN | Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente |
| 19 | SERVICIO MÉDICO | Tipo de seguridad social incluyendo Seguro de Gastos Médicos |
| 20 | CANALIZADO POR | Dependencia que deriva a la paciente al Instituto |
| 21 | CANALIZADO EN FORMA | Especificar la forma en que fue canalizada la paciente y si es de manera oficial deberá contar con oficio |
| 22 | ESTADO CIVIL | Condición civil de la paciente |
| 23 | EDAD COMPAÑERO | Años cumplidos del esposo o compañero |
| 24 | NÚMERO SEGURO SOCIAL | Número de afiliación del Seguro Social |
| 25 | NÚMERO DE HIJOS VIVOS | Número de hijos/hijas vivos/as |
| 26 | EDAD DE HIJOS/AS | Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de mayor a menor. |
| 27 | RELIGIÓN DE PACIENTE, COMPAÑERO | Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja |
| 28 | ESCOLARIDAD | Tipo de escolaridad y años de estudio de la paciente |
| 29 | INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS | Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, donde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena |
| 30 | CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO | Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo |
| 31 | PRINCIPAL APORTADOR | De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo |
| 32 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal, de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 33 | INGRESO FAMILIAR MENSUAL | Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros |
| 34 | DEPENDIENTES ECONÓMICOS | Número de personas que dependen del total del ingreso familiar |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 35 | PUNTOS | Total de puntos que se obtiene por el ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 36 | DESGLOSE DE EGRESOS | Egreso mensual referido en los diferentes rubros, divididos entre el total de ingreso familiar |
| 37 | EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA | Total de egresos mensuales referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado |
| 38 | PUNTOS | Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 39 | SITUACIÓN ECONÓMICA | Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico. |
| 40 | VIVIENDA | Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto |
| 41 | TOTAL VIVIENDA PUNTOS | Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda, de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del socioeconómico |
| 42 | TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE | Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llego a la Institución) y el momento de la entrevista |
| 43 | PUNTOS | Puntuación que se obtienen de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 44 | OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN | Si/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención medica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende |
| 45 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 46 | NÚMEROS DE ENFERMOS | Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos. |
| 47 | PUNTOS | Puntuación obtenida del número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico. |
| 48 | DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE | Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso |
| 49 | TOTAL DE PUNTOS | La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel |
| 50 | DIAGNÓSTICOS SOCIALES | Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 51 | REALIZÓ EL ESTUDIO LA TRABAJADORA SOCIAL, FIRMA | El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma |
| 52 | NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE | Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado |





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"



2020-43

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |

| | | | |
|--|--|---|---------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 1 de 9 |

3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 2 de 9 |

1. Propósito

- 1.1 Analizar los casos que se identifiquen con insolvencia económica, alta vulnerabilidad o protección institucional y valorar la exención de pago de la prestación de los servicios médicos recibidos en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), a través de la aplicación del estudio socioeconómico y autorización del Director General.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General, a la Dirección Médica y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a las/os usuarias/os de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección de Medica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Analizar los casos identificados con alta vulnerabilidad (económica, social o familiar), a fin de realizar el estudio pertinente de manera oportuna y objetiva, para someterlo a consideración y de ser el caso, autorización de aplicación del nivel 1x por el Titular de la Dirección General del INPer.
 - Aplicar el nivel 1x (exención de pago) previa autorización del Director General del INPer, en los casos que cumplan con los criterios establecidos para tal fin:
 - ✓ Cuando al aplicar el estudio socioeconómico, los cinco indicadores del mismo arrojen un puntaje menor a 12 y los comprobantes presentados por el/la usuario/a sustenten su dicho.
 - ✓ Casos calificados bajo el concepto de "protección institucional" y sea solicitada la "exención de pago" expresamente por el organismo remitente, con el soporte documental que sustente su petición.
 - ✓ Diagnóstico de salud severo, aunado a condiciones socioeconómicas de alta vulnerabilidad.
 - Verificar que los/as usuarios/as calificados con nivel 1x (exención de pago) referidos/as por otros Institutos Nacionales de Salud u Hospitales de Alta Especialidad, cumplan con los lineamientos establecidos por el INPer, así como la siguiente documentación:
 - ✓ Hoja de referencia y/o contrarreferencia
 - ✓ Estudio socioeconómico
 - ✓ Solicitud de estudio y/o servicio que requiere
 - ✓ Carnet actualizado, debidamente rotulado, en el cual indique el socioeconómico asignado por la Institución que lo refiere
 - Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.





| | | | |
|--|--|---|--------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 3 de 9 |

- Manejar con estricto resguardo los datos personales de las pacientes, mismos que serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; adicionalmente, el/la trabajador/a social al tener información sensible deberá de utilizarla para el único fin de elaborar el estudio socioeconómico, evitando el manejo de comentarios y uso de la información para otros fines impidiendo el riesgo de una falta grave o no grave conforme a lo estipulado en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y regirse a los principios que guarda el servicio público de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, lo anterior con base en lo establecido en la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.
- Anexar al expediente clínico los documentos presentados por la paciente junto con el estudio socioeconómico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, verificar que sus áreas cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Informar mediante oficio firmado por el/la Director/a de Investigación dirigido al Departamento de Trabajo Social, cuando se trate de un Protocolo de Investigación.



[Handwritten signature]

| | | | | |
|---|---|--|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | | Hoja: 4 de 9 |

4. Descripción del procedimiento



| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|--|----------|--|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye realizar el análisis de los casos identificados con insolvencia económica, alta vulnerabilidad o protección institucional, a fin de valorar la aplicación del nivel 1x (exención de pago), a través de la autorización correspondiente, en los casos que así lo ameriten. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción y solicita al personal adscrito la evaluación de los casos de pacientes que cubran las condiciones para la aplicación del nivel 1x (exención de pago). | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 3 | Analiza los casos enviados o identificados con insolvencia económica, alta vulnerabilidad o protección institucional. | <ul style="list-style-type: none"> 2020-20 / SIGIn |
| | 4 | Determinar si el caso cubre los criterios para la aplicación del nivel 1x (exención de pago). ¿Procede? | |
| | 5 | No: asigna nivel correspondiente o descarta solicitud de exención (según corresponda). Termina Procedimiento. | |
| | 6 | Sí: recibe a la paciente y "Hoja de Valoración, Consulta de Primera Vez" debidamente firmada, con el nombre del personal médico que realizó la valoración de la paciente y/o consulta el Expediente Clínico Electrónico (SIGIn). | |
| | 7 | Captura información en el formato de "Autorización Nivel 1x" solicita firma de autorización por la Dirección General. | |
| | 8 | Realiza entrevista y/o recibe solicitud extra institucional, en caso de ser pacientes referidos de otros Institutos de Salud, solicita firma de autorización por la Dirección General para la asignación del nivel 1x (Exento). | |

[Handwritten signature]

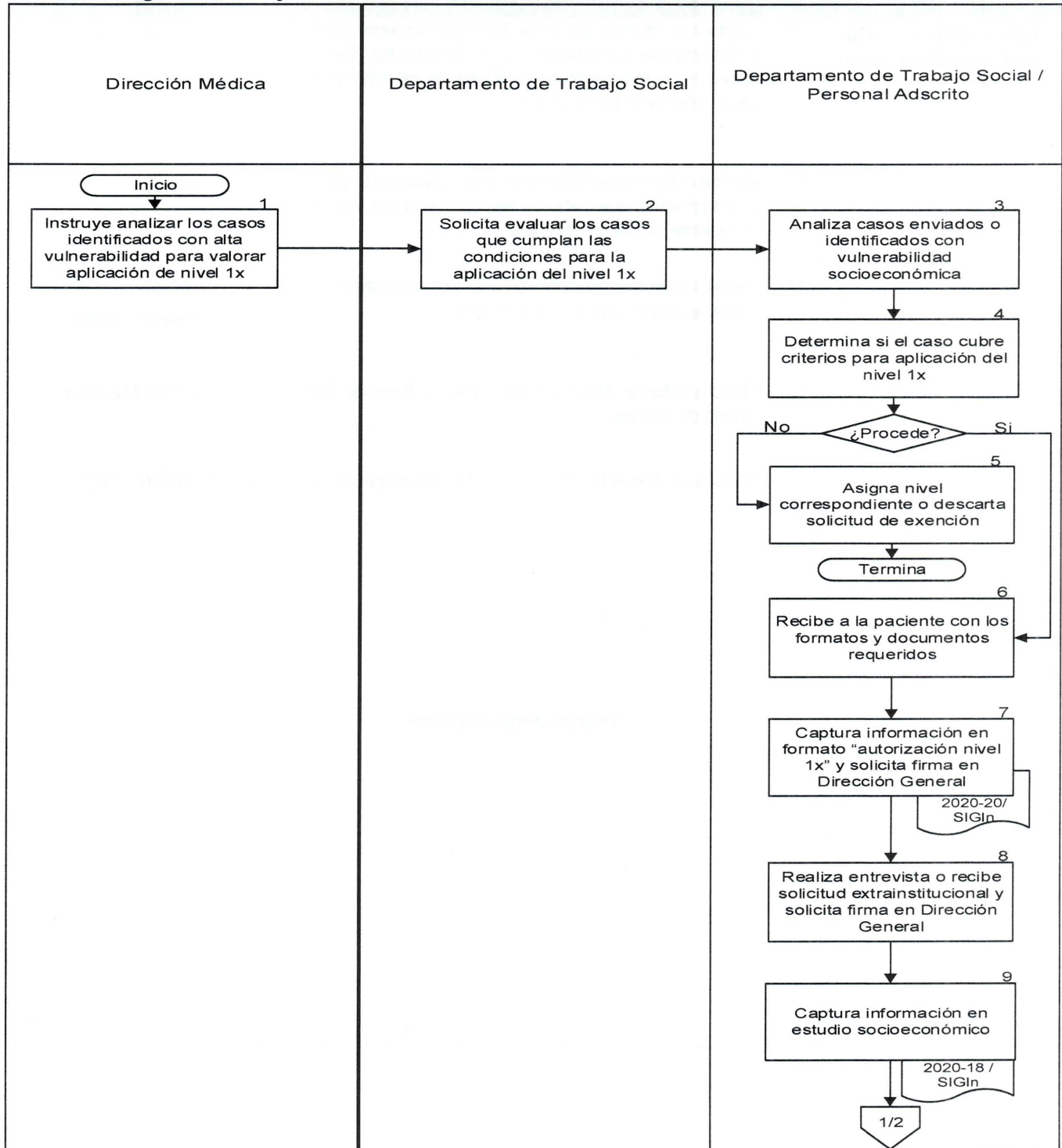
| | | | |
|--|--|---|--------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 5 de 9 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|--|----------|---|---|
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 9 | Captura la información en el "Estudio socioeconómico" en el Sistema de Expediente Clínico Electrónico (SIGIn), de acuerdo a lo estipulado en los Sistemas de Información en salud y del expediente clínico. | <ul style="list-style-type: none"> 2020-18 / SIGIn |
| | 10 | Recibe e informa a la paciente sobre la exención y trámites administrativos que debe de realizar y elabora y entrega a la paciente el "Carnet de Citas". | <ul style="list-style-type: none"> 2003-18 |
| | 11 | Registra nivel socioeconómico asignado a la paciente en el "Informe Diario" y/o Libreta de Control. | <ul style="list-style-type: none"> 2020-43 / SIGIn Libreta de Control |
| | 12 | Elabora Informe Mensual con base al Reporte Diario y Libreta de Control. | <ul style="list-style-type: none"> Informe Mensual |
| | 13 | Integra al Expediente Clínico la "Autorización Nivel 1x". | <ul style="list-style-type: none"> 2020-20 / SIGIn |
| Termina Procedimiento | | | |



[Handwritten signature]

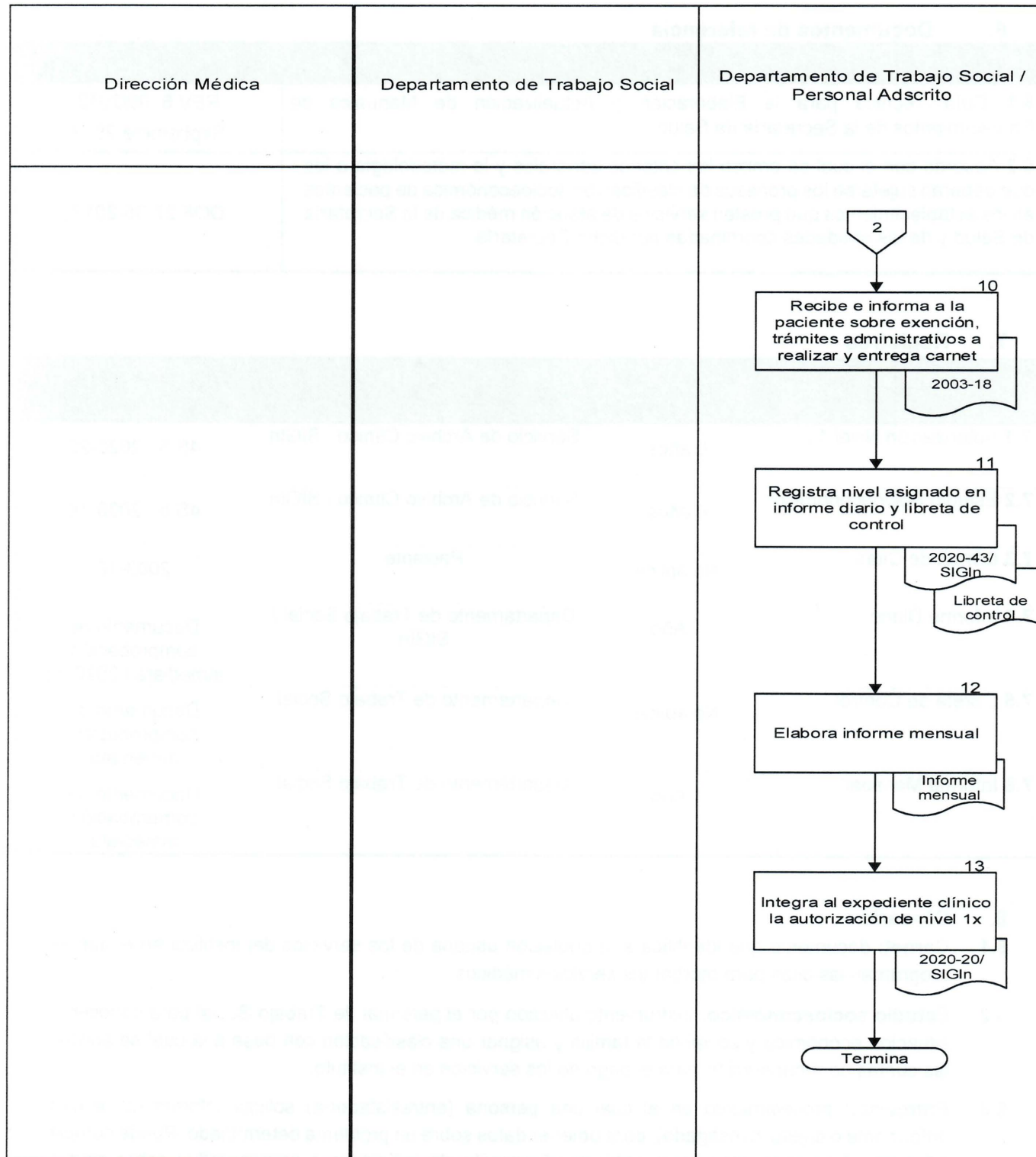
| | | | |
|--|---|---|--------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 6 de 9 |

5. Diagrama de flujo





[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|--|--------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 7 de 9 |



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 8 de 9 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV 6. 09/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Acuerdo con el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. | DOF 27-05-2013 |



7. Registros

| Registros | Tiempo de conservación | Responsable de conservarlo | Código de registro o identificación única |
|-----------------------------------|------------------------|--|---|
| 7.1 Autorización Nivel 1x | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-20 |
| 7.2 Estudio Socioeconómico | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-18 |
| 7.3 Carnet de Citas | No aplica | Paciente | 2003-18 |
| 7.4 Informe Diario | 1 Año | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | Documento de comprobación inmediata / 2020-43 |
| 7.5 Libreta de Control | No aplica | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.6 Informe Mensual | 1 Año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

- 8.1 Carnet:** documento que identifica a la población usuaria de los servicios del Instituto en el que se programan las citas para otorgar los servicios médicos.
- 8.2 Estudio socioeconómico:** instrumento utilizado por el personal de Trabajo Social para conocer la situación económica y social de la familia y asignar una clasificación con base a la cual se aplican las cuotas de recuperación para el pago de los servicios en el Instituto.
- 8.3 Entrevista:** procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-03 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 3.- Autorización de Aplicación Nivel 1x | | Hoja: 9 de 9 |

aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otras.

8.4 Exención de pago: dispensar a una persona física o moral de pagar en un emplazamiento, por considerarse excesiva, inaceptable o porque se puede cubrir el riesgo, adoptando otras medidas menos onerosas o más convenientes.

8.5 Nivel Socioeconómico: evaluación cuantitativa que le permite al personal de Trabajo Social clasificar a las pacientes de acuerdo a su condición económica.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 12 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

| | | |
|------|------------------------|-----------------|
| 10.1 | Autorización Nivel 1x | (2020-20/SIGIn) |
| 10.2 | Estudio Socioeconómico | (2020-18/SIGIn) |
| 10.3 | Carnet de Citas | (2003-18) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



AUTORIZACIÓN NIVEL "1X"

FECHA: _____ (1)

N° DE FOLIO: _____ (2)

NOMBRE: _____ (3) EDAD: _____ (4)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EXPEDIENTE N°: _____ (5)

SERVICIO: _____ (6) FECHA APERTURA EXP.: _____ (7)

OBSERVACIONES:

(8)

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN

(9)

(10)

C.c.p. Original Departamento de Trabajo Social.
Expediente

2020-20

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"AUTORIZACIÓN DE NIVEL 1x"

2020-20

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------------------|--|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el trámite |
| 2 | Nº DE FOLIO | El número consecutivo asignado por el Instituto |
| 3 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente que lo solicita |
| 4 | EDAD, FECHA DE NACIMIENTO | Edad (años cumplidos), el día, mes y año en que nació, |
| 5 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 6 | SERVICIO | Servicio que realiza el trámite de autorización de Nivel 1X |
| 7 | FECHA DE APERTURA DE EXPEDIENTE | El día, mes y año en que se realiza la apertura de expediente |
| 8 | OBSERVACIONES | Especificar el motivo por el que se asigna a la paciente el Nivel 1X |
| 9 | SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN | Nombre completo y firma de la Jefa del Departamento de Trabajo Social |
| 10 | AUTORIZACIÓN | Nombre completo y firma de autorización del Director General del INPer |





Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: (1) CURP: (2) EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)
FECHA DE NACIMIENTO: (5) EDAD: (6) NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)

DOMICILIO PERMANENTE

CALLE: (8)
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO: C
TIPO DE VIALIDAD: TIPO DE ASENTAMIENTO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
RESIDENCIA: (9) OTRO PAÍS:

(10) DOMICILIO TEMPORAL

CALLE:
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
NACIONALIDAD: (11) ESTADO DE NACIMIENTO:
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:
PERSONA RESPONSABLE: (12) OTRO RESPONSABLE:
PARENTESCO:
TELÉFONO: EXTENSIÓN:

2. ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ESTUDIO: (13) REALIZADO EN: (14)
TIPO PACIENTE: (15) EMERGENCIA OBST: (16)
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?
SEM. GESTACIÓN: (18)
CANALIZADO POR: (20) SERV. MÉDICO: (19)
CANALIZADO EN FORMA: (21)
ESTADO CIVIL: (22) EDAD COMPAÑERO: (23)
NO. SEGURO SOCIAL: (24)

[Handwritten signatures]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECONÓM.:

NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (25)
EDAD HIJOS: (26) EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE:
RELIGIÓN COMPAÑERO: (27)

(28) ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD: COMPAÑERO:
AÑOS DE ESTUDIO: AÑOS DE ESTUDIO:

(29) PUEBLOS INDÍGENAS

¿COMUNIDAD INDÍGENA?: DESCRIPCIÓN:
UBICACIÓN: LENGUA:

3. CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO

OCUPACIÓN PACIENTE: (30)
DESCRIPCIÓN:
OCUPACIÓN COMPAÑERO:
DESCRIPCIÓN:
PRINCIPAL APORTADOR: (31)
PUNTOS: (32)

(33) INGRESO FAMILIAR MENSUAL

PACIENTE: COMPAÑERO: OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (34) TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO: PUNTOS: (35)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECON.:

DESGLOSE DE EGRESOS (36)

| TIPOS DE EGRESOS | IMPORTE |
|----------------------|---------|
| Alimentación Despesa | |
| Renta/ Hipoteca | |
| Agua | |
| Luz | |
| Gas | |
| Teléfono | |
| Gastos Escolares | |
| Gastos en Salud | |
| Transporte | |
| Servicios Domésticos | |
| Consumos Adicionales | |
| TOTAL: | |

EGRESO MENSUAL: (37)
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:
PUNTOS: (38)
SITUACIÓN ECONÓMICA: (39)

(40) VIVIENDA

TIPO TENENCIA:
PUNTOS:
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:
PUNTOS:
NÚMERO DE DORMITORIOS:
PUNTOS:
PERSONAS POR DORMITORIO:
PUNTOS:
SERVICIOS PÚBLICOS:
PUNTOS:
TIPO DE VIVIENDA:
PUNTOS:
SERV. INTRADOMICILIARIOS:
PUNTOS:
TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (41)

ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (42)
PUNTOS: (43)
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (44) PUNTOS: (45)
LUGAR DONDE SE ATIENDE:
NÚMERO DE ENFERMOS: (46)
PUNTOS: (47)
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48) (49)

| | |
|---------------------|--|
| TOTAL PUNTOS | |
|---------------------|--|

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA:

CURP:

EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NIVEL SOC. ECON.:

DIAGNÓSTICOS SOCIALES

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:

(50)

REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:

(51)

FIRMA:

RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASÍ MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA.

AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA. ADICIONALMENTE, ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR DATOS PARA QUE EL PERSONAL DE SALUD SE COMUNIQUE CONMIGO O CON EL FAMILIAR RESPONSABLE EL CUAL DESIGNO PARA TAL CASO, PARA CUALQUIER INFORMACIÓN VINCULADA CON LA RELACIÓN QUE TENGO CON EL INPER.

ASIMISMO ME DOY POR ENTERADA/O, CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 22 FRACCIONES V Y VII DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS (LGPDPPSO), AL EJERCER MI DERECHO A LA SALUD Y MIS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS PARA EFECTUAR LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, NO SERÁ NECESARIO RECABAR MI CONSENTIMIENTO.

HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL.

DE IGUAL MANERA, ESTOY ENTERADA(O) Y DE ACUERDO QUE, EN CASO DE INGRESAR A HOSPITALIZACIÓN CON TELÉFONO CELULAR Y CARGADOR, QUEDARÁ BAJO MI TOTAL RESPONSABILIDAD EL CUIDADO DE ÉSTE Y QUE, SI LLEGARA A EXTRAVIARSE O SUFRIR DAÑO ALGUNO, EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD TANTO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA COMO A SU PERSONAL.

(52)

NOMBRE:

FIRMA:

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO"

2020-18

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 1 | VIGENCIA | Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años) |
| 2 | CURP | Clave Única de Registro de Población de la Paciente |
| 3 | EXPEDIENTE | Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información |
| 4 | NOMBRE DE LA PACIENTE | Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrada en su acta de nacimiento en ausencia de esta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno |
| 5 | FECHA DE NACIMIENTO | Día, mes y años en que nació la paciente. En caso de que se desconozca, se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato |
| 6 | EDAD | Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento |
| 7 | NIVEL SOCIOECONÓMICO | Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 8 | DOMICILIO PERMANENTE | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 9 | RESIDENCIA, OTRO PAÍS | Área geográfica en que reside o nombre del país, en caso de tratarse de paciente extranjera |
| 10 | DOMICILIO TEMPORAL | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 11 | NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO | Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la Republica y Municipio |
| 12 | PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN | Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, número telefónico y extensión para su localización |
| 13 | FECHA DE ESTUDIO | Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico |
| 14 | REALIZADO EN | Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico |
| 15 | TIPO DE PACIENTE | Diagnóstico de ingreso de la paciente |



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| | | Urgencias (se despliega el siguiente menú): |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente es referida por IMSS, ISSSTE u otro servicio médico • Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente cuenta con servicio médico, pero acudió por iniciativa propia • Nota: el/la médico/a que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de Trabajo Social • Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuente o no con seguridad social, pero que no se trate de una emergencia obstétrica |
| 16 | EMERGENCIA OBSTÉTRICA | |
| 17 | ¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL | Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y el número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso) |
| 18 | SEMANAS DE GESTACIÓN | Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente |
| 19 | SERVICIO MÉDICO | Tipo de seguridad social incluyendo Seguro de Gastos Médicos |
| 20 | CANALIZADO POR | Dependencia que deriva a la paciente al Instituto |
| 21 | CANALIZADO EN FORMA | Especificar la forma en que fue canalizada la paciente y si es de manera oficial deberá contar con oficio |
| 22 | ESTADO CIVIL | Condición civil de la paciente |
| 23 | EDAD COMPAÑERO | Años cumplidos del esposo o compañero |
| 24 | NÚMERO SEGURO SOCIAL | Número de afiliación del Seguro Social |
| 25 | NÚMERO DE HIJOS VIVOS | Número de hijos/hijas vivos/as |
| 26 | EDAD DE HIJOS/AS | Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de mayor a menor. |
| 27 | RELIGIÓN DE PACIENTE, COMPAÑERO | Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja |
| 28 | ESCOLARIDAD | Tipo de escolaridad y años de estudio de la paciente |
| 29 | INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS | Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, donde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena |
| 30 | CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO | Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo |
| 31 | PRINCIPAL APORTADOR | De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo |
| 32 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal, de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 33 | INGRESO FAMILIAR MENSUAL | Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros |
| 34 | DEPENDIENTES ECONÓMICOS | Número de personas que dependen del total del ingreso familiar |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 35 | PUNTOS | Total de puntos que se obtiene por el ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 36 | DESGLOSE DE EGRESOS | Egreso mensual referido en los diferentes rubros, divididos entre el total de ingreso familiar |
| 37 | EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA | Total de egresos mensuales referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado |
| 38 | PUNTOS | Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 39 | SITUACIÓN ECONÓMICA | Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico. |
| 40 | VIVIENDA | Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto |
| 41 | TOTAL VIVIENDA PUNTOS | Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda, de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del socioeconómico |
| 42 | TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE | Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llego a la Institución) y el momento de la entrevista |
| 43 | PUNTOS | Puntuación que se obtienen de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 44 | OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN | Si/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención medica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende |
| 45 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 46 | NÚMEROS DE ENFERMOS | Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos. |
| 47 | PUNTOS | Puntuación obtenida del número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico. |
| 48 | DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE | Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso |
| 49 | TOTAL DE PUNTOS | La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel |
| 50 | DIAGNÓSTICOS SOCIALES | Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos |

Nº

CONCEPTO

SE ANOTARÁ

- | | | |
|----|---|---|
| 51 | REALIZÓ EL ESTUDIO LA TRABAJADORA SOCIAL, FIRMA | El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma |
| 52 | NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE | Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado |



SECRETARÍA DE SALUD

- Conmutador Ext.: 111**



Carnet de Citas

(2)

FECHA: _____ (3) _____
DIA MES AÑO

2003-18

[illegible][illegible]

ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)

Handwritten signatures: [illegible] [illegible] [illegible]



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|----------------------------|--|
| 1 | NOMBRE, EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 1 de 9 |

4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 2 de 9 |

1. Propósito

- 1.1** Atender a la paciente y/o familiar que al momento del alta hospitalaria, refieran imposibilidad de pago por los servicios otorgados por el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), a fin de evaluar la situación y determinar las acciones a seguir de acuerdo a la particularidad del caso.

2. Alcance



- 2.1** A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Dirección de Administración y Finanzas, a la Subdirección de Recursos Financieros, al Departamento de Tesorería, al Departamento de Asuntos Jurídicos y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2** A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1** Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Analizar los casos en que las pacientes y/o el familiar responsable manifiesten problemas para cubrir los costos generados por los servicios médicos otorgados por el Instituto, para determinar las acciones que se deberán realizar y buscar alternativas que eviten la imposibilidad de pago.
- Evaluar las características socioeconómicas de la paciente, así como su estancia hospitalaria (paciente y recién nacido/a), con la finalidad de realizar una reclasificación socioeconómica y evitar el adeudo total de los gastos generados.
- Atender las instrucciones emitidas por la Dirección General del INPer, cuando ésta gire instrucciones –mediante oficio dirigido a la Jefatura de Trabajo Social- para modificar el nivel socioeconómico de la(s) paciente(s) que cuente(n) con seguridad social, con la finalidad de disminuir con ello la cantidad del adeudo generado por la hospitalización de la paciente y/o neonato.
- Informar al Departamento de Asuntos Jurídicos los casos de pacientes y/o familiares que manifiesten imposibilidad para cubrir los costos hospitalarios y muestren poca disponibilidad para el pago, aun en los casos en que ya exista una reclasificación previa.
- Verificar que la Trabajadora Social realice la requisición del formato de “Solicitud de Liquidación de Adeudo” (2020-30) de la paciente, registrando los antecedentes del caso, previa autorización de la Dirección General, Dirección Médica, Departamento de Asuntos Jurídicos o Jefatura de Trabajo Social.
- Acompañar a la paciente y/o familiar y aval al Servicio de Cuentas Corrientes, para realizar la entrega del formato “Solicitud de Liquidación de Adeudo” debidamente requisitado, anexando el soporte documental de acuerdo al caso; en el turno nocturno, dicho documento será entregado al personal de Caja para llevar a cabo el alta de la paciente con imposibilidad de pago en ese momento.

[Handwritten signature]



| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 3 de 9 |

- Cumplir con las políticas de atención y manejo que el INPer instrumente para la atención de sus pacientes durante la contingencia sanitaria por COVID -19 o cualquier otra infección que requiera tomar medidas específicas (manejo, aislamiento y/o mantener una sana distancia), a fin de prevenir y erradicar la propagación del virus que en su caso corresponda.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Manejar con estricto resguardo los datos personales de las pacientes, mismos que serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; adicionalmente, el/la trabajador/a social al tener información sensible deberá de utilizarla para el único fin de elaborar el estudio socioeconómico, evitando el manejo de comentarios y uso de la información para otros fines impidiendo el riesgo de una falta grave o no grave conforme a lo estipulado en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y regirse a los principios que guarda el servicio público de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, lo anterior con base en lo establecido en la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.

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

- Integrar el estado de cuenta de la paciente, con base en los siguientes parámetros: servicios otorgados, costos de acuerdo al tabulador de cuotas de recuperación del INPer y al nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social.
- Informar a la paciente y/o familiar responsable la cantidad pendiente de pago y solicitar la liquidación del mismo.
- Canalizar al Departamento de Trabajo Social, los casos en que la paciente o el familiar manifiesten imposibilidad de pago, a fin de realizar las gestiones aplicables al caso.
- Elaborar la Carta Compromiso una vez recibida la "Solicitud de Liquidación de Adeudo" (2020-30), por parte del Departamento de Trabajo Social y el paciente, familiar y/o aval con los documentos aplicables al caso.



[Handwritten signatures in blue ink]

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 4 de 9 |

4. Descripción del procedimiento

| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|--|-----------------|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social coordinar la evaluación de los casos en los cuales, la paciente con alta hospitalaria notifique imposibilidad para pagar el servicio médico proporcionado por el INPer. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al Personal Adscrito evaluar los casos en que las pacientes de alta hospitalaria refieran imposibilidad para pagar el servicio médico que proporcionó el INPer. | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 3 | Informa a la paciente o familiar responsable, los trámites y requisitos que debe cumplir para llevar a cabo el alta hospitalaria. | |
| | 4 | Verifica, el personal que se encuentra en las áreas de hospitalización y terapias neonatales, las altas del día e informa sobre trámites de egreso. | |
| | 5 | Atiende a la(s) paciente(s) y/o familiar responsable que refiera imposibilidad de pago para cubrir los servicios otorgados en el INPer. | |
| | 6 | Entrevista a la paciente y/o familiar, una vez que manifestó la imposibilidad de pago, a fin de conocer los motivos que le impiden liquidar su adeudo. | |
| | 7 | Indica a la paciente o familiar responsable, pase al área de Cuentas Corrientes para que se le informe sobre su estado de cuenta. | |
| | 8 | Evalúa de acuerdo a las características socioeconómicas y a los servicios prestados por el Instituto, si es viable aplicar el procedimiento de reclasificación socioeconómica. ¿Procede? | |



[Handwritten signature in blue ink]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 5 de 9 |

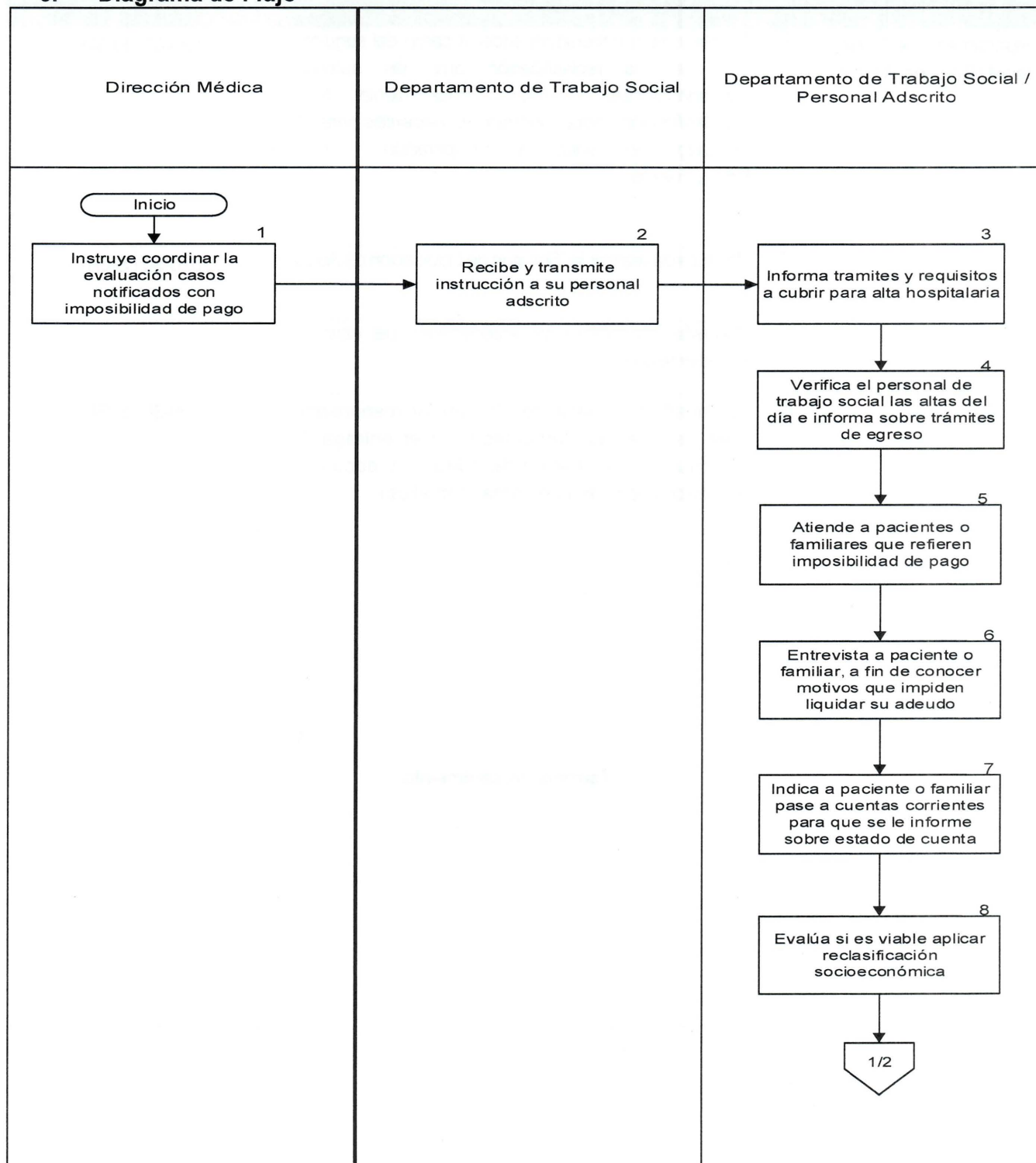
| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|--------------------|---|------------------------|
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 9 | Sí: gestiona la trabajadora social a cargo del seguimiento del caso, la reclasificación ante las autoridades correspondientes. Inicia Procedimiento No. 2 <i>"Reclasificación socioeconómica de pacientes para efecto de pago de cuotas de recuperación"</i> . Termina Procedimiento. | • 2020-07 / SIGIn |
| | 10 | No: autoriza realizar la "Solicitud de Liquidación de Adeudo". | • 2020-30 / SIGIn |
| | 11 | Requisita y/o captura los antecedentes del caso en el expediente clínico. | |
| | 12 | Acompaña a la paciente y/o familiar responsable al Área de Cuentas Corrientes y hacer entrega de la "Solicitud de Liquidación de Adeudo" y documentos requeridos (en caso de contar con ellos). Termina Procedimiento | • 2020-30 / SIGIn |







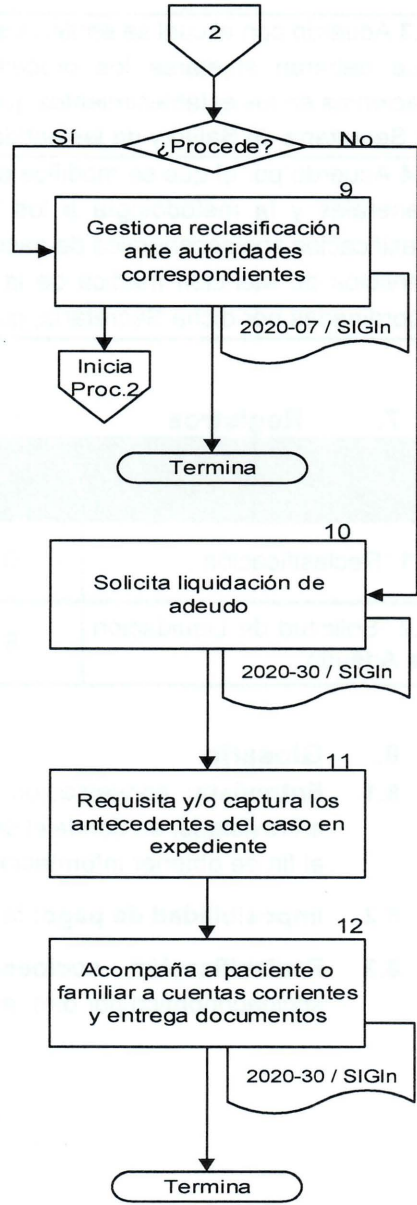
| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 6 de 9 |

5. Diagrama de Flujo





[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 7 de 9 |

| Dirección Médica | Departamento de Trabajo Social | Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito |
|------------------|--------------------------------|---|
| | |  <pre> graph TD 2[2] --> D{¿Procede?} D -- Si --> G[Gestiona reclasificación ante autoridades correspondientes] G --> I2[Inicia Proc.2] I2 --> T1[Termina] D -- No --> S[Solicita liquidación de adeudo] S --> R[Requisita y/o captura los antecedentes del caso en expediente] R --> A[Acompaña a paciente o familiar a cuentas corrientes y entrega documentos] A --> T2[Termina] G -- "2020-07 / SIGIn" --> S S -- "2020-30 / SIGIn" --> R A -- "2020-30 / SIGIn" --> T2 </pre> |

Handwritten signature in blue ink.

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 8 de 9 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología | No Aplica |
| 6.3 Acuerdo con el cual se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. | DOF 27-05-2013 |
| 6.4 Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013. | DOF 30-11-2020 |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--|------------------------|-------------------------------------|---|
| 7.1 "Reclasificación" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-07 |
| 7.2 "Solicitud de Liquidación de Adeudo" | 6 años | Departamento de Tesorería / SIGIn | 5C.25 / 2020-30 |

8. Glosario

- 8.1 Entrevista:** conversación que persigue un propósito; es la interacción entre entrevistador y entrevistado, en donde el entrevistador realiza una serie de preguntas a la persona entrevistada, con el fin de obtener información sobre aspectos específicos.
- 8.2 Imposibilidad de pago:** falta de posibilidad para el pago de los servicios hospitalarios.
- 8.3 Reclasificación socioeconómica:** procedimiento dentro del cual se cambia un nivel socioeconómico por otro, a través de una valoración de la situación prevaleciente de la paciente.

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-04 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 4.- Alta de Paciente – Imposibilidad de Pago | | Hoja: 9 de 9 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 10 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

10.1 Reclasificación

(2020-07 / SIGIn)

10.2 Solicitud de Liquidación de Adeudo

(2020-30 / SIGIn)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



RECLASIFICACIÓN

NOMBRE: _____ (1) FECHA DE NACIMIENTO: _____ (2)
EDAD: _____ N° DE EXPEDIENTE: _____ (3) FECHA: _____ (4)
N° DE FOLIO _____ (5) RECLASIFICACIÓN DE _____ (6) A _____

S E R V I C I O (7)

CONSULTA EXTERNA ☐

HOSPITALIZACIÓN ☐

URGENCIAS ☐

M O T I V O (8)

VIGENCIA ☐

VERIFICACIÓN DE
INFORMACIÓN ☐

ESPECIAL ☐

TRABAJO SOCIAL

(9)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

Vo.Bo.

(10)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

2020-07

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"RECLASIFICACIÓN"

2020-07

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------------|--|
| 1 | NOMBRE DE LA PACIENTE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO, EDAD | El día, mes y año en que nació, edad (años cumplidos) |
| 3 | EXPEDIENTE N° | Número de expediente asignado |
| 4 | FECHA | El día, mes y año en que se llena el presente formato |
| 5 | NÚMERO DE FOLIO | El número que se asigne por folio de reclasificación |
| 6 | RECLASIFICACIÓN | La reclasificación que se cambia de nivel anterior al nivel actual |
| 7 | SERVICIO | Especificar a qué servicio corresponde la reclasificación (consulta externa, hospitalización y/o urgencias) |
| 8 | MOTIVO | Describir el motivo de la reclasificación |
| 9 | TRABAJO SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social |
| 10 | Vo.Bo. | Nombre completo y firma de la Supervisora y/o Jefa del Departamento de Trabajo Social y/o del/la Subdirector/a de Área |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN DE ADEUDO

Ciudad de México, a ____ de ____ (1) de 20 ____

NOMBRE DE LA PACIENTE: ____ (2) **FECHA DE NACIMIENTO:** ____

NIVEL: ____ (3) **SERVICIO:** ____ **EXPEDIENTE:** ____

ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA: ____ (4)

ANTECEDENTES DEL CASO: ____ (5)

(6)

Nombre y firma de la Trabajadora Social

2020-30



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE LIQUIDACIÓN DE ADEUDO"

2020-30

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|--|--|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se realiza la presente solicitud |
| 2 | NOMBRE DE LA PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO | El nombre completo de la paciente, el día, mes y año en que nació |
| 3 | NIVEL, SERVICIO Y EXPEDIENTE | El nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social, servicio que realiza la solicitud y número de expediente asignado por el Instituto |
| 4 | ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA | Especificar qué atención médica recibe el/la paciente en el Instituto |
| 5 | ANTECEDENTES DEL CASO | Descripción de los antecedentes del caso |
| 6 | TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social |



| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 1 de 9 |

5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 2 de 9 |

1. Propósito

- 1.1 Proporcionar asesoría y orientación a la población usuaria a fin de promover, prevenir, tratar o recuperar habilidades y capacidades tendientes a mejorar su salud, calidad de vida, a través de la integración y participación de las pacientes en los diferentes programas institucionales.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Dirección Planeación, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, al Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Supervisar se proporcione en todas las áreas de trabajo social, información y orientación de los servicios que presta el INPer a las pacientes cuando así lo soliciten, siempre y cuando no interfiera con las actividades propias del área, el manejo social o de caso.
 - Proporcionar orientación e información de aspectos tales como:
 - a. Información, "Ingreso y Egreso Hospitalario" (2000-16),
 - b. Solicitud de comprobantes diversos,
 - c. Atención en otras instituciones,
 - d. Interconsultas y/o traslados,
 - e. Referencia y/o contra referencia a otra institución,
 - f. Planificación familiar,
 - g. "Recomendaciones para padres durante la estancia en UCIN, UCIREN y TIMN" (2020-01)
 - h. Programa de atención gratuita a los servicio de salud por el "INSABI"
 - Informar a los Departamentos que requieran la participación de Trabajo Social, notifique por medio de oficio los lineamientos y términos de colaboración.
 - Motivar de manera individual a las pacientes a participar en los programas Institucionales, auxiliándose de los formatos existentes y orientándoles sobre los beneficios que esto representa.
 - Valorar de acuerdo a la entrevista y/o investigación realizada, el motivo de la orientación requerida, la necesidad de registrar en el expediente clínico electrónico la "Nota de Seguimiento" (2020-13) de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, cuando el medio electrónico para la captura no pueda utilizarse

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 3 de 9 |

(excepcionalmente), dicha acción se realizará de forma manual debiendo integrar la información al sistema a la brevedad posible.

- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Manejar con estricto resguardo los datos personales de las pacientes, mismos que serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados; adicionalmente, el/la trabajador/a social al tener información sensible deberá de utilizarla para el único fin de elaborar el estudio socioeconómico, evitando el manejo de comentarios y uso de la información para otros fines impidiendo el riesgo de una falta grave o no grave conforme a lo estipulado en la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y regirse a los principios que guarda el servicio público de disciplina, legalidad, objetividad, profesionalismo, honradez, lealtad, imparcialidad, integridad, rendición de cuentas, eficiencia y eficacia.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, lo anterior con base en lo establecido en la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.


3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Subdirección de Neonatología, Subdirección de Reproducción Humana y los Departamentos solicitantes, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Notificar al Departamento de Trabajo Social de los Programas Institucionales, que se generen en el INPer para la inclusión de pacientes, mediante de oficio.
- Enviar a Trabajo Social a las pacientes y/o familiares que aceptaron participar en los Programas Institucionales del INPer.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección Planeación, a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Establecer comunicación vía telefónica con el Departamento de Trabajo Social, con el propósito de solicitar autorización para el envío de paciente y/o familiar para su atención y una vez autorizado, sea(n) referido(s) con la trabajadora social correspondiente.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 4 de 9 |

4. Descripción del Procedimiento



| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social coadyuvar con las áreas que así lo soliciten, brindando asesoría y orientación a las pacientes o familiares –según corresponda-, sobre los beneficios de los programas institucionales vigentes, a través de su personal adscrito. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e informa a los Departamentos interesados en la participación del área de trabajo social en sus programas, los lineamientos y términos de colaboración para tal fin. | |
| | 3 | Solicita a su personal adscrito, realizar las acciones necesarias para asesorar, orientar y motivar a las pacientes a participar en los programas institucionales, con apoyo de los formatos existentes. | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 4 | Recibe instrucción mediante oficio e informa los beneficios del programa institucional que corresponda a los usuarios y verifica el grado de interés de la paciente por participar. ¿Procede? | |
| | 5 | No: rechaza los programas institucionales por falta de interés. Pasa a la Actividad N° 8 | |
| | 6 | Sí: orienta de forma individual a las pacientes que aceptaron formar parte del programa institucional, sobre su participación y los beneficios que le ofrecen. | |
| | 7 | Canaliza a las pacientes que aceptaron pertenecer al programa institucional, al área que corresponda. | |
| | 8 | Proporciona información necesaria para resolver la/s duda/s expuesta/s por la paciente y/o familiar, sobre Información General del INPer, auxiliándose de los formatos existentes. | <ul style="list-style-type: none"> • 2000-16 • 2020-01 |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 9 | Analiza el caso y determina de acuerdo a la relevancia, si la consulta realizada a la paciente debe ser registrada en la nota de seguimiento e informe diario. ¿Procede? | |

[Handwritten signature]

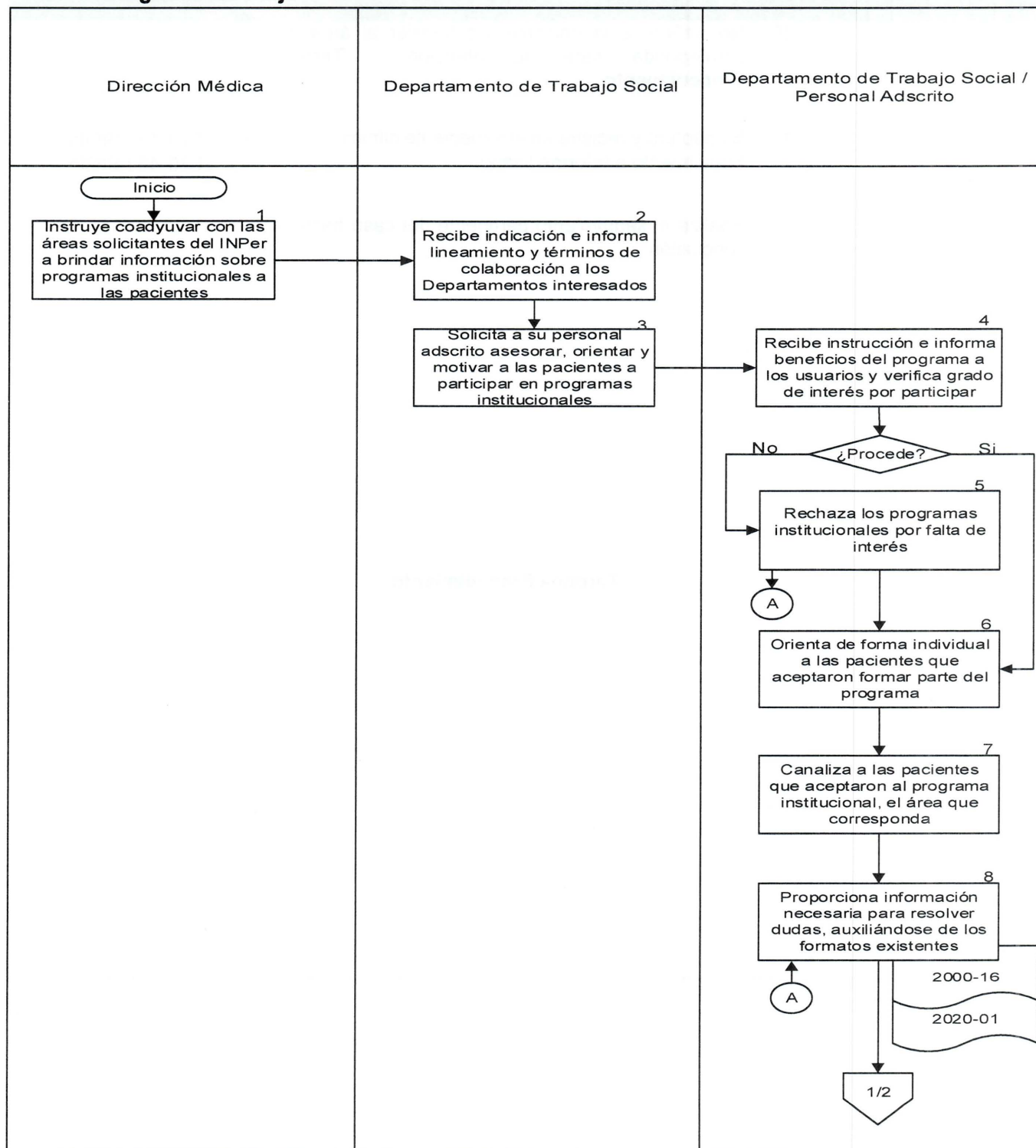
| | | | |
|--|---|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 5 de 9 |

| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|-------------|---------|---|--|
| | 10 | No: refiere a la paciente y/o familiar al área que corresponda para su atención. Termina Procedimiento. | |
| | 11 | Sí: captura y registra en el expediente clínico Nota de Seguimiento e Informe Diario. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-13 / SIGIn • 2020-43 / SIGIn |
| | 12 | Realiza el seguimiento pertinente del caso hasta su conclusión. | |
| | | Termina Procedimiento | |



[Handwritten signature]

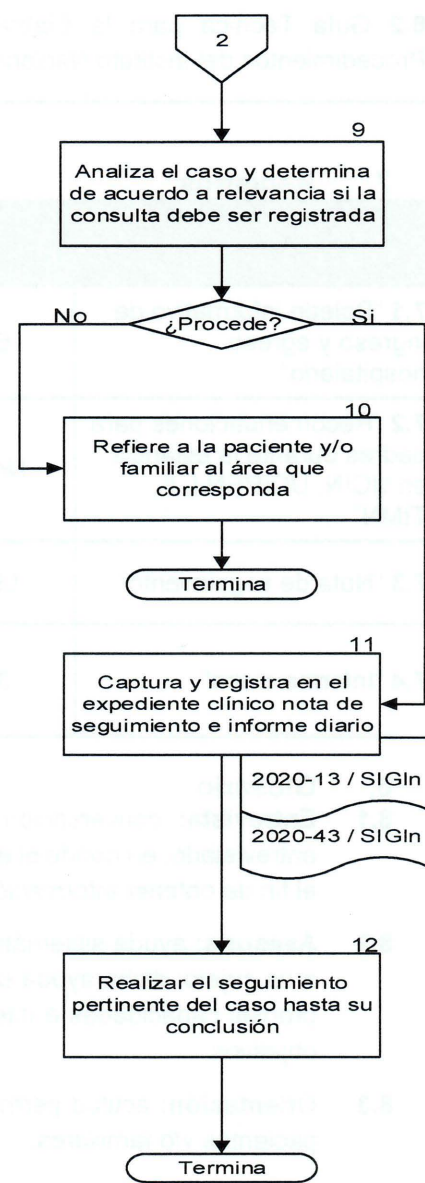
| | | | |
|--|---|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 6 de 9 |

5. Diagrama de Flujo





Handwritten signature

| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 7 de 9 |

| | | |
|------------------|--------------------------------|---|
| Dirección Médica | Departamento de Trabajo Social | Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito |
| | |  <pre> graph TD 2[2] --> 9[9] 9[9] --> 9[9] 9[9] --> 10{¿Procede?} 10{¿Procede?} -- No --> 10[10] 10{¿Procede?} -- Si --> 11[11] 10[10] --> Termina1([Termina]) 11[11] --> 12[12] 11[11] -- "2020-13 / SIGIn" --> 12[12] 11[11] -- "2020-43 / SIGIn" --> 12[12] 12[12] --> Termina2([Termina]) </pre> <p>The flowchart describes the process for case registration and follow-up. It begins with a connector '2' leading to step 9, 'Analiza el caso y determina de acuerdo a relevancia si la consulta debe ser registrada'. A decision diamond '¿Procede?' follows. If 'No', it proceeds to step 10, 'Refiere a la paciente y/o familiar al área que corresponda', which then leads to a 'Termina' oval. If 'Si', it proceeds to step 11, 'Captura y registra en el expediente clínico nota de seguimiento e informe diario'. From step 11, two paths lead to step 12, 'Realizar el seguimiento pertinente del caso hasta su conclusión': one labeled '2020-13 / SIGIn' and another labeled '2020-43 / SIGIn'. Step 12 leads to a final 'Termina' oval.</p> |

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 8 de 9 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 09/13 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--|-------------------------------|--|--|
| 7.1 "Boletín informativo de ingreso y egreso hospitalario" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico | 4S.5/2000-16 |
| 7.2 "Recomendaciones para padres durante la estancia en UCIN, UCIREN I, II, TIMN" | No aplica | Paciente | 2020-01 |
| 7.3 "Nota de seguimiento" | 06 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-13 / SIGIn |
| 7.4 "Informe diario" | 01 año | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | Documento de comprobación inmediata / 2020-43 |

8. Glosario

- 8.1 Entrevista:** conversación que persigue un propósito; es la interacción entre entrevistador y entrevistado, en donde el entrevistador realiza una serie de preguntas a la persona entrevistada, con el fin de obtener información sobre aspectos específicos.
- 8.2 Asesoría:** ayuda sistemática en forma de orientación y consejo, que una persona calificada presta a un sujeto; dicha ayuda está dirigida a conseguir en el asesorado, un conocimiento mayor de sus propias capacidades e intereses y ayudarlo a definir y alcanzar con más claridad y seguridad sus objetivos.
- 8.3 Orientación:** actitud permanente para identificar y satisfacer las necesidades y prioridades de las pacientes y/o familiares.

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-05 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 5.- Asesoría y Orientación de Programas Institucionales | | Hoja: 9 de 9 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 3 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1 Boletín Informativo de Ingreso y Egreso Hospitalario (2000-16)
- 10.2 Recomendaciones para padres durante la estancia en UCIN, UCIREN y TIMN (2020-01)
- 10.3 Nota de Seguimiento (2020-13 / SIGIn)
- 10.4 Informe Diario (2020-43 / SIGIn)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |

Si el alta está confirmada, solicite en el Módulo de Orientación el pase correspondiente para liquidar su adeudo en Cuentas Corrientes, los horarios son de lunes a domingo de 10:30 a 18:30 horas, deberá presentar:

- Recibo(s) de anticipo(s) por concepto de hospitalización
- Comprobante de donación de sangre
- Carnet de citas o cartilla

Una vez realizado el pago de la atención médica proporcionada, Cuentas Corrientes le otorgará un formato con la autorización de salida, la cual le solicitarán en:

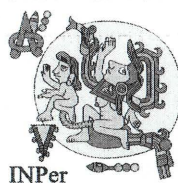
- Central de Enfermería
- Vigilancia de Planta Principal

Si su paciente es menor de edad y egresa con su recién nacido, además de los documentos ya mencionados, deberá presentar en original y copia:

- Acta de nacimiento de la paciente
- Constancia de Identidad o Constancia de Residencia expedida por el Municipio o Alcaldía de la Ciudad de México
- Identificación oficial del (la) responsable
- Comprobante de domicilio de la paciente y/o del familiar responsable (lo anterior debe presentarlo en Trabajo Social, Urgencias en turno vespertino y fin de semana)

Antes de retirarse del piso de Hospitalización, recuerde recoger todos sus documentos: Carnet de citas, recetas, certificado de nacimiento (revisando que todos los datos estén correctos). No olvide programar sus citas subsiguientes en Consulta Externa.

Para el egreso de su recién nacido/a es necesario presentar el certificado de nacimiento en original, así como una identificación oficial vigente de usted.



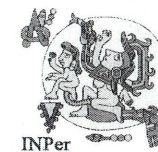
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Isidro Espinosa de los Reyes
Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes
Ciudad de México, C. P. 11000

Visita nuestras Redes Sociales

- f /INPer.mx @INPer.mx
X @INPer_mx @INPermx
@INPermx /INPermx

www.INPer.mx



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

¡Bienvenidos!

Todo lo que debes saber sobre
ingreso y egreso hospitalario,
horario de visitas e información general



2000-16

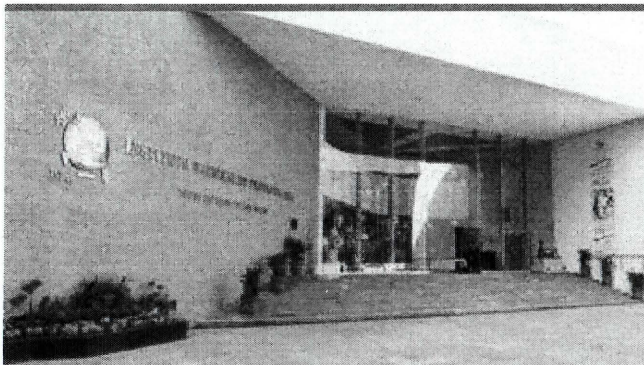


SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

¡Le damos la Bienvenida!



Es un gusto para nosotros darle la bienvenida al INPer. Queremos darle la mejor atención para hacer su estancia cómoda y placentera.

Su seguridad es muy importante para nosotros por lo cual le sugerimos leer la siguiente información:

Lineamientos Generales

Pase de acceso

Para ingresar a cualquier área del Instituto le pedimos que acuda a los módulos de Orientación para que le otorguen un pase de acceso presentando identificación oficial vigente. El oficial de seguridad puede verificar que el pase de acceso corresponda al área que desea visitar y si éste no coincide, tienen la facultad para negar el acceso o solicitarle que abandone las instalaciones.

No se permite el acceso a menores de edad

Por seguridad y en atención a su salud, no está permitido el ingreso a menores de edad a las áreas de hospitalización o consulta externa, salvo en los casos donde el/la menor acuda a consulta y los acompañe una persona adulta.

Pago de los servicios

En la página oficial del Instituto, en el apartado de Citas de Valoración, está disponible el tabulador de cuotas, para que pueda consultar el costo de los servicios. Tome en cuenta que está obligada/o a cubrir el importe de los servicios (Consultas, estudios, etcétera) con anticipación para agilizar su atención.

Donación de sangre

Todas las pacientes que se atiendan de parto natural, cesárea o bien sean sometidas a cualquier procedimiento quirúrgico ginecológico, obstétrico o por tratamiento de infertilidad, deben presentar un/a donador/a de sangre. Si la paciente es RH(-) deberá presentar dos donadores/as. Este es un requisito indispensable para el que no hay excepciones.

Ingreso Hospitalario

Anticipo para Hospitalización

Para ingresar a hospitalización debe cubrir el anticipo correspondiente en la Caja de Urgencias y/o Consulta Externa. Si la hospitalización se prolonga, se cubrirá el adeudo semanalmente.

El ingreso a Hospitalización es de domingo a jueves por lo que deberá presentarse en la recepción de Consulta Externa a las 16:00 horas. Es importante venir con acompañante, que presente identificación oficial en el módulo de orientación para poder ingresar con usted.

El personal de Enfermería la recibirá y le solicitará:

- Carnet
- Hoja de internamiento
- Así mismo le indicará sobre la hospitalización, asignando el piso y el número de cama.

Su acompañante deberá proporcionar los datos necesarios al personal de admisión y canjear su pase de consulta externa por el de visita en hospitalización para poder acompañarla hasta el piso y cama que le fue asignado.

IMPORTANTE

Únicamente al término del procedimiento, personal médico proporcionará información a la persona responsable. Existe una pantalla electrónica en Planta Principal que funciona los 365 días del año, en la que podrá verificar el seguimiento de la paciente.

Visitas Hospitalarias en Alojamiento Conjunto

Lunes a viernes, de 16:00 a 19:00 horas
Sábados, domingos y días festivos
de 12:00 a 17:00 horas

Fuera del horario, no se autorizan visitas
sin excepción alguna

Visita Hospitalaria

Para poder visitar a su paciente, el familiar responsable o directo solicitará el pase de visita en el Módulo de Orientación (planta principal). Para ello debe presentar una identificación vigente con fotografía, la cual le será devuelta al salir del Instituto. El pase es individual. No puede permanecer con la paciente más de una persona a la vez.

Artículos Permitidos

Presentarlos en bolsa transparente, durante el horario de visitas:

- Pasta y cepillo dental
- Cepillo y shampoo para el cabello
- Sandalias y jabón de baño
- Ropa interior
- Tarjeta telefónica (Ladatel)
- Material de lectura (libros y revistas)

Artículos No Permitidos

NO está permitido introducir:

- Teléfonos celulares
- Cámaras fotográficas
- Aparatos de sonido o video (iPod, radio, televisión, reproductores de DVD, etcétera)
- Alimentos o bebidas
- Medicamentos no autorizados por su médico/a tratante
- Flores

No es necesario traer ropa o accesorios para el/la recién nacido/a durante su estancia hospitalaria, solo al egreso.

Egreso Hospitalario

A la víspera de que su paciente salga, le darán el aviso de "Pre-Alta". Sin embargo, el día programado debe consultar en el Módulo de Orientación de Planta Principal si el alta está confirmada, ya que en ocasiones se puede suspender por así requerirlo la salud del paciente.

TRÁMITE DE ALTA

Una vez que el personal médico tratante de su hijo/a notifica sobre el alta hospitalaria, deberá reportarse con la Trabajadora Social de su servicio para informarle que iniciará los trámites. Ella se encargará de orientarle.

Deberá traer:

- Carnet, identificación (INE), Póliza de Seguro Popular, Certificado de Nacimiento y la ropa de el/la recién nacido/a (una sola muda y una cobija).
- Si la madre es menor de 18 años deberá acudir acompañada de su progenitora y presentar, además, los siguientes documentos:

Acta de Nacimiento y Constancia de Identidad, expedida por el Municipio o Alcaldía de la Ciudad de México.

El familiar que acompaña deberá traer:

- Identificación (INE) y comprobante de domicilio.

Nota: Sólo a la madre de el/la recién nacido/a se le entregará el/la menor.

- El servicio de Cuentas Corrientes podrá informarle acerca de los gastos hospitalarios.

¡Gracias por su colaboración!

Siguiendo estas indicaciones nos ayuda a brindarle un mejor servicio.

Para mayor información, acuda a Trabajo Social de Terapias Neonatales. A través del Módulo de Informes, le entregarán un pase para que acuda a dicho servicio.

¡Ellos/ellas son los/las beneficiados/as!



Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Departamento de Trabajo Social

Teléfono: 55 5520 9900 Ext. 361



Salud

Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



**Recomendaciones para padres
durante la estancia en
UCIN - UCIREN I, II y TIMN**



Este tríptico tiene como objetivo informarle acerca de:

- Trabajo Social
- Seguro Popular
- Prevención de Infecciones
- Manejo de Artículos Personales
- Transporte de Leche Humana
- Trámite de alta Hospitalaria

2020-01

TRABAJO SOCIAL

Los servicios de UCIN - UCIREN I, II y TIMN, cuentan con una Trabajadora Social responsable, se encuentra ubicada en el área de Urgencias (planta baja), en un horario de 8:00 a 14:30 horas.

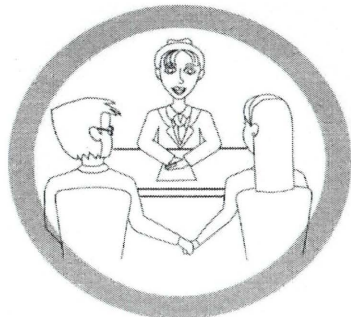
TIMN, corresponde la Trabajadora Social de acuerdo al número de cama donde permaneció la paciente; ejemplo: 304 - tercer piso; 412 - cuarto piso.

Trabajo Social brinda atención y orientación desde el punto de vista social a los problemas que surgen durante la estancia de el/la recién nacido/a.

Entrevista a los padres de los/las recién nacidos/as con el objeto de conocer las condiciones sociales y las necesidades prevalecientes, como un enlace entre los padres y el personal de salud que atiende a su hijo/a.

IMSS/BIENESTAR

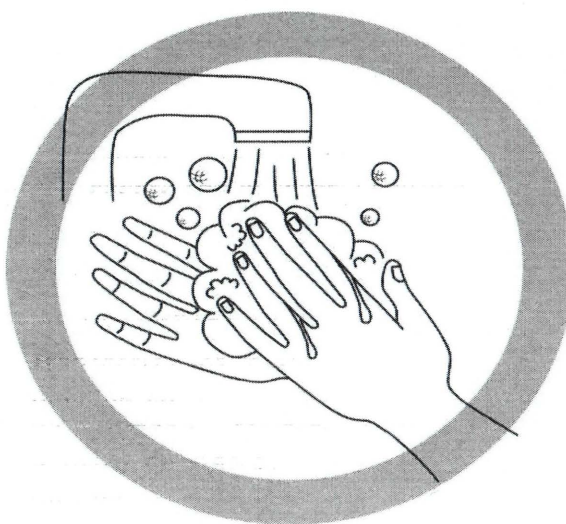
Es importante que realice la afiliación a IMSS/BIENESTAR en los módulos de atención ubicados en el área de Consulta Externa del Instituto.



PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Para prevenir infecciones en la visita del/la recién nacido/a se recomienda:

- Baño diario
- Cabello recogido y alineado
- Uñas cortas sin esmalte
- No portar aretes, relojes, anillos, pulseras o cadenas
- Antes de entrar a la terapia, realizar un lavado adecuado de manos, siguiendo las indicaciones colocadas en cada área
- Para alimentar al seno materno o cargar a su bebé contacto piel a piel es importante que se ponga la bata antes de entrar y después del lavado de manos con la abertura hacia adelante



MANEJO DE ARTÍCULOS PERSONALES DE LOS PADRES

Para evitar el extravío de artículos personales se recomienda:

- Portar una bolsa (cangurera) que se amarre a la cintura, ésta puede ser de tela, plástico u otro material. En ella podrá guardar su carnet, identificación y el dinero necesario.



- Evite traer swéter, gorros o bufandas extras, ya que no se cuenta con el espacio adecuado para guardarlos en el área.

TRANSPORTE DE LECHE HUMANA

Transportar los frascos con la leche humana en un recipiente con hielo, de tamaño correspondiente al número de frascos, respetando las medidas de higiene establecidas por el Banco de Leche.

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|---|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 1 de 8 |

6.- Manejo de Caso por Vulnerabilidad en las Pacientes

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos-por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 2 de 8 |

1. Propósito

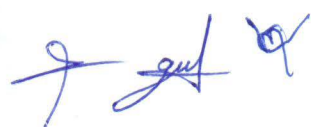
- 1.1 Proporcionar el manejo de caso adecuado a la población que así lo requiera, identificando el riesgo de vulnerabilidad mediante el Modelo de Atención Social Individualizada, que promueva el cambio y desarrollo de ésta a partir de su participación plena, consciente y activa, como parte integral de su atención.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico, al Departamento de Trabajo Social, a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, a los Servicios de Archivo Clínico y Control de citas.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los usuarios de los servicios médicos del Instituto.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Supervisar que el personal adscrito al Departamento de Trabajo Social se maneje con discreción y confidencialidad.
 - Verificar que se lleve el manejo de caso de las pacientes, atendiendo a la problemática social referida por la misma, su relación entre el fenómeno de salud y vulnerabilidad socioeconómica, a fin de construir redes de apoyo familiares y sociales en pro de su bienestar.
 - Proporcionar asesoría y orientación familiar a la población usuaria
 - Comprobar que la Intervención Social en toda actividad sea consciente, organizada, planificada y dirigida a actuar sobre la realidad social de la paciente, para estudiarla, analizarla y producir un cambio en consecución de una mejora positiva de la misma. En dicha acción se integrará lo siguiente:
 - ✓ Tipo de Paciente (En relación a su Diagnóstico Médico)
 - ✓ Problemática referida (Características)
 - ✓ Diagnostico Social
 - ✓ Plan Social
 - ✓ Tratamiento (Manejo proporcionado por Trabajo Social),
 - ✓ Seguimiento del Manejo de Caso
 - Brindar asesoría y orientación familiar a las usuarias del instituto, con técnicas encaminadas a hacer emerger las capacidades personales que pueden llegar a fortalecer los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar sus problemas.
 - Identificar en la entrevista inicial y en el manejo de caso a las pacientes con mayor vulnerabilidad para la atención de salud, con calidad, calidez y seguridad de las mismas y que por su condición sean objeto de demora en su atención, discriminación o maltrato y a las que se deberá brindar atención de acuerdo a sus características:
 - a. Pacientes menores a 18 años de edad
 - b. Pacientes de 60 años a más con o sin discapacidad física y/o mental





| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 3 de 8 |

- c. Pacientes que hablen una lengua indígena (Ver Procedimiento No. 23 Atención a pacientes hablantes de lenguas indígenas).
- d. Pacientes que no sepan leer y/o escribir
- e. Pacientes víctimas de violencia (Ver Procedimiento No. 17 Atención de pacientes con Violencia Familiar)
- f. Pacientes en pobreza extrema

Pacientes de Alto Riesgo:

- a. Pacientes con discapacidad; visual, auditiva, física y/o mental
 - b. Pacientes agresivos o con violencia física
 - c. Pacientes que requieran de atención urgente
 - d. Pacientes con trastornos psicológicos o enfermedades psiquiátricas o en estado de inconsciencia (Ver Procedimiento No. 8 Manejo de pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia)
 - e. Pacientes con enfermedades infecto contagiosas o inmunodeprimidas
 - f. Pacientes posibles Víctimas de trata de Personas (Ver Procedimiento No. 24 Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas)
- Notificar al Personal de Salud, los hallazgos en el manejo de caso que, puedan interferir en su atención médica para establecer, en coordinación con el equipo de salud el plan y manejo a seguir.
 - Ante la imposibilidad de contar con documentos para identificarse, en casos excepcionales, Trabajo Social valorará que la paciente y/o familiar se identifique con el carnet del INPer, siempre y cuando cuente con fotografía de paciente y responsable, cruzada por sello institucional, con excepción de utilizar carnet como identificación para realizar trámites como notas de egreso, solicitud de liquidación de adeudo, trámites de defunción.
 - Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
 - Capturar y/o registrar en el expediente clínico electrónico las "Notas de Seguimiento" (2020-13) de acuerdo a lo establecido en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, cuando el medio electrónico para la captura no pueda utilizarse (excepcionalmente), dicha acción se realizará de forma manual debiendo integrar la información al sistema a la brevedad posible.
 - Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos-por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 4 de 8 |



responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.

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

3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, a través de los Servicios de Archivo Clínico y Control de citas, cumpla con las siguientes políticas de operación normas y lineamientos:

- Proporcionar al Departamento Trabajo Social los Expedientes Clínicos de las pacientes que se requieran de acuerdo a la programación de citas y/o casos imprevistos para su atención correspondiente.
- Elaborar la programación diaria de las pacientes citadas a trabajo social en consulta externa y agendar las citas requeridas al Departamento de Trabajo Social.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 5 de 8 |

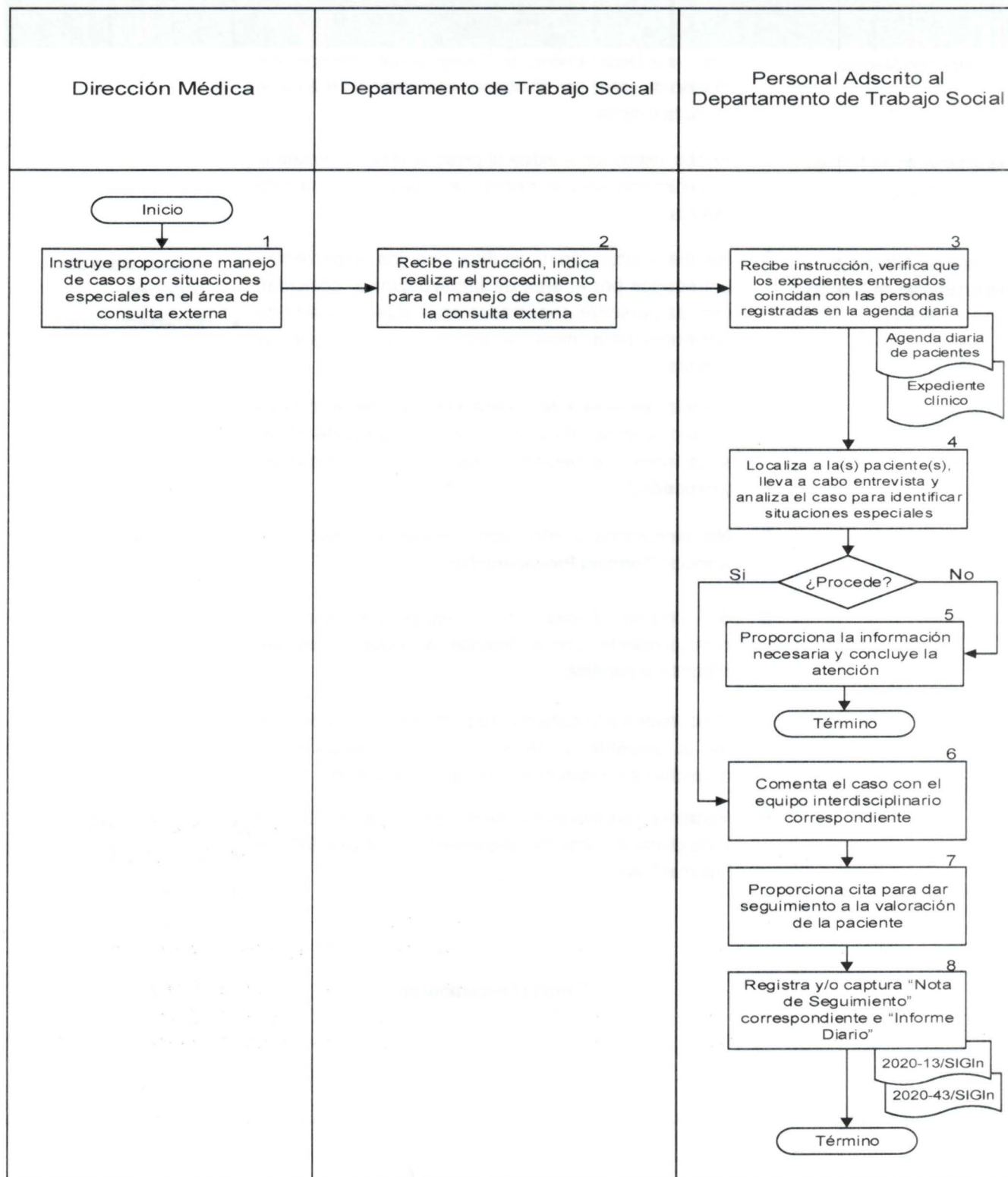
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|----------------|--|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social proporcione el manejo de casos por situaciones especiales en el área de consulta externa. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal adscrito realizar el procedimiento para el manejo de casos en la consulta externa. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe instrucción y verifica que los expedientes entregados por el área de archivo clínico, coincidan con las personas registradas en la agenda diaria de pacientes para iniciar la atención de las usuarias citadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Agenda diaria de pacientes • Expediente Clínico |
| | 4 | Localiza en la sala de espera a la(s) paciente(s), lleva a cabo la entrevista y analiza el caso para identificar situaciones especiales para su continuidad. ¿Procede? | |
| | 5 | No: proporciona la información necesaria y concluye la atención. Termina Procedimiento | |
| | 6 | Sí: comenta el caso con el equipo interdisciplinario correspondiente, con la finalidad de lograr un manejo integral a la paciente. | |
| | 7 | Proporciona cita para dar seguimiento a la valoración de la paciente y de ser el caso, realiza visita domiciliaria o institucional según corresponda. | |
| | 8 | Registra y/o captura en el Sistema de Información y Gestión Institucional la "Nota de Seguimiento" correspondiente e "Informe Diario". | |
| | | Termina Procedimiento | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-13 / SIGIn • 2020-43 / SIGIn |



[Handwritten signatures]

| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos-por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 6 de 8 |

5. Diagrama de Flujo



7 jul 20

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos-por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 7 de 8 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. | No Aplica |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-------------------------------|--|--|
| 7.1 "Agenda diaria de pacientes" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.2 "Expediente Clínico" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 |
| 7.3 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-13 |
| 7.4 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | 4C.13 / 2020-43 |

8. Glosario

- 8.1 Asesoría Familiar:** Estructuración del progreso personal de la familia, considerando a esta un sistema en relación donde el comportamiento individual tiene que ver con la interacción que se crea en todo el contexto familiar y se consideran los siguientes niveles de asesoramiento: nivel educativo, de asesoramiento o preventivo, terapéutico o asistencial y ciclo de la vida.
- 8.2 Entrevista:** conversación que persigue un propósito. Es la interacción entre entrevistador y entrevistado, en donde el entrevistador realiza una serie de preguntas a la persona entrevistada con el fin de obtener información sobre aspectos específicos.
- 8.3 Modelo de Intervención Social:** Actividad profesional consciente, organizada, planificada y dirigida a actuar sobre una realidad social para estudiarla, analizarla, modificarla y cambiarla en la consecución de una mejora positiva.
- 8.4 Orientación Familiar:** Conjunto de técnicas encaminadas a hacer emerger las capacidades personales que pueden llegar a fortalecer los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar a; definir problemas en sus relaciones, encontrar alternativas de solución a los problemas identificados y desarrollar nuevas habilidades para enfrentar sus problemas.
- 8.5 Red de apoyo:** hace referencia al subconjunto de relaciones sociales que desempeñan funciones de apoyo.



| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-06 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 6.- Manejo de Casos por Vulnerabilidad en las Pacientes | | Hoja: 8 de 8 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 3 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

10.1 Nota de Seguimiento

(2020-13)

10.2 Informe Diario

(2020-43)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | Nº DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-07 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 11 |
| | 7.- Control de Ingresos por Urgencias | | Hoja: 1 de 6 |

7.- Control de Ingresos por Urgencias

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-07 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 11 |
| | 7.- Control de Ingresos por Urgencias | | Hoja: 2 de 6 |

1. Propósito

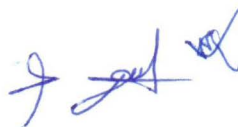
- 1.1 Brindar orientación sobre trámites y requisitos de ingreso por el servicio de urgencias a pacientes y/o familiares, así como la detección de los casos con problemática para su oportuna canalización con el personal de Trabajo Social del piso que corresponda.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, al Departamento de Tococirugía y Urgencias, al Departamento de Trabajo Social, a la Coordinación de Salud Reproductiva, al Servicio de Archivo Clínico.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Dar cumplimiento a la política de "Cero Rechazo" en relación a no condicionar la atención de una urgencia calificada hasta su estabilización, traslado, o atención definitiva de la paciente, al pago de una cuota de recuperación.
 - Realizar el estudio socioeconómico a la paciente aceptada que ingrese por 1ª vez al instituto por el servicio de urgencias, o en su caso, para actualizar la información.
 - Supervisar que la Trabajadora Social realice el registro diariamente en la Libreta de Control de Ingresos los siguientes datos;
 - ✓ Fecha,
 - ✓ Nombre completo de la paciente,
 - ✓ Número de Expediente,
 - ✓ Edad,
 - ✓ Nivel Socioeconómico,
 - ✓ Si es, o no paciente programada y si realizo pago de anticipo,
 - ✓ Cuenta con Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSEMYM, SGM u otros),
 - ✓ Lugar de procedencia, registrar siempre y cuando sea paciente de 1ª vez (CDMX, Valle de México o Foránea),
 - ✓ Diagnóstico médico,
 - ✓ Número de cama asignada,
 - ✓ Destino de la paciente o neonato en el INPer. (Hospitalización, quirófano, unidad de cuidados intensivos adultos o neonatales)
 - ✓ Si la paciente es canalizada o traslado de otra Institución, se deberá especificar el nombre de la Institución.
 - Entrevistar a la paciente y/o familiar, con el propósito de brindar la orientación correspondiente sobre los trámites y requisitos para el ingreso al Instituto.
 - Mantener la comunicación con el personal de Trabajo Social del área de hospitalización cuando se observe algún faltante en los documentos o situación relevante de aspecto médico o social que impacte en el manejo de pacientes.



| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-07 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 11 |
| | 7.- Control de Ingresos por Urgencias | | Hoja: 3 de 6 |

- Reportar en la Libreta de Relatoría de Casos, aquellos ingresos de pacientes por el servicio de Urgencias con una problemática de salud importante o que por sus características sociales requieran de un manejo específico.
 - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.2** Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el Servicio de Archivo Clínico, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Elaborar y/o capturar en el expediente clínico electrónico "Consentimiento Informado de Admisión Hospitalaria" (2003-07), de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y de la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, solicitando firma de paciente y/o familiar.
 - Enviar a las pacientes al Departamento de Trabajo Social de urgencias, una vez cumplido el punto anterior.
 - Entregar, al Departamento de Trabajo Social, Copia de "Consentimiento Informado de Admisión Hospitalaria" (2003-07), debidamente elaborada.
- 3.3** Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el Departamento de Tococirugía, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Autorizar las consultas de urgencias.
 - Valorar, el personal médico a la paciente, a fin de determinar si amerita hospitalización.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-07 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 11 |
| | 7.- Control de Ingresos por Urgencias | | Hoja: 4 de 6 |

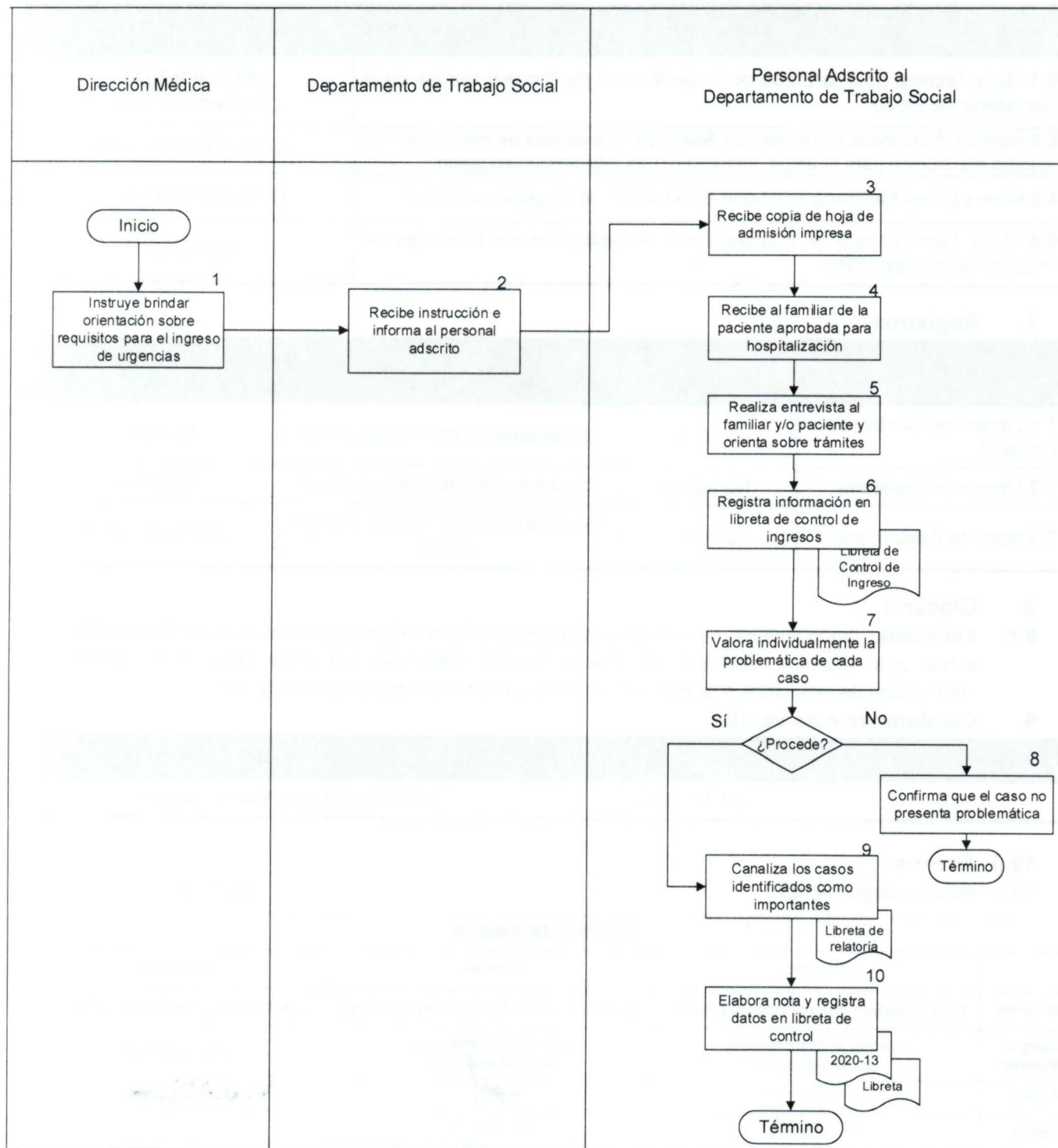
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|---|----------|---|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social brinde orientación sobre los trámites y requisitos para el ingreso de urgencias. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción y al mismo tiempo informa al personal adscrito. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe el servicio de archivo clínico copia de la hoja de admisión impresa y debidamente elaborada. | |
| | 4 | Recibe al familiar de la paciente una vez que el personal médico de urgencias haya autorizado la consulta de urgencias y apruebe la hospitalización. | |
| | 5 | Realiza entrevista al familiar y/o a la paciente con el propósito de brindar la orientación correspondiente sobre los trámites a realizar. | |
| | 6 | Registra información de la paciente en libreta de control de ingresos. | • Libreta de control de ingresos |
| | 7 | Valora de manera individual la problemática de cada caso. ¿Procede? | |
| | 8 | No: confirma que el caso de la paciente no presenta problemática. Termina Procedimiento e Inicia Procedimiento No. 10 "Visita a Pacientes en Hospitalización". | |
| | 9 | Sí: canaliza los casos en los que se identifique una situación importante de salud o social al personal de Trabajo Social de Hospitalización a través de Libreta de Relatoría. | • Libreta de Relatoría |
| | 10 | Elabora Nota de Seguimiento y registra diariamente los datos requeridos en Libreta de Control de Ingresos. | • 2020-13/SIGIn • Libreta de control de ingresos |
| | | Termina procedimiento | |



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-07 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 11 |
| | 7.- Control de Ingresos por Urgencias | | Hoja: 5 de 6 |

5. Diagrama de Flujo



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-07 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 11 |
| | 7.- Control de Ingresos por Urgencias | | Hoja: 6 de 6 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración de Manual de Procedimientos de la Secretaría de Salud | REV. 6 9/2013 Septiembre-2013 |
| 6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud | NOM-024-SSA3-2012 |
| 6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico | NOM-004-SSA3-2012 |
| 6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-------------------------------|--|--|
| 7.1 Libreta de Control de Ingresos | 3 años | Departamento de Trabajo Social | No aplica |
| 7.2 Libreta de Relatoría | No aplica | Departamento de Trabajo Social | No aplica |
| 7.3 Nota de Seguimiento | 6 años | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | 2020-13 / SIGIn |

8. Glosario

- 8.1 Entrevista:** procedimiento en el cual una persona solicita información a otra, para obtener datos sobre una situación determinada. Puede cumplir diferentes funciones tales como: obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta, etc.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 11 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10.0 Anexos

10.1 Nota de Seguimiento

(2020/13)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |



| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 1 de 9 |

8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 2 de 9 |

1. Propósito

- 1.1 Intervenir en los aspectos psicosociales de la salud y desarrollo humano para el mejoramiento de los servicios de atención a pacientes con enfermedades psiquiátricas o estado de inconsciencia, a fin de desarrollar programas de atención de prevalencia e impacto psicosocial.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Dirección de Investigación, a la Subdirección de Investigación Clínica, a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Departamento de Neurociencias, al Departamento de Trabajo Social y a la Coordinación de Psicología y Calidad.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, con padecimientos psiquiátricos y/o en estado de inconsciencia.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Localizar, una vez que el personal médico informe del ingreso de la paciente, al familiar responsable de la misma. De no ser esto posible y una vez agotadas las instancias para tal efecto, coordinar con el Departamento de Asuntos Jurídicos, el aviso al Ministerio Público.
 - Elaborar el formato de "Admisión de Pacientes Inconscientes o Psiquiátricos Hoja de Autorización" (2020-29), para el tratamiento médico y/o quirúrgico sugerido.
 - Solicitar a petición del personal médico tratante, interconsulta a la Coordinación de Psicología y Calidad, para evaluar a la paciente, o de ser necesario, la referencia a otra Unidad Médica y solicitar el vehículo para tal efecto.
 - Elaborar, en caso de que la paciente sea hospitalizada en el INPer, la "Solicitud de Pase" (2020-24) especial de visita para familiares, de acuerdo a las indicaciones del personal médico.
 - Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
 - Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.



| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 3 de 9 |

- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 En igualdad y No discriminación.
- 3.2** Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de a la Coordinación de Salud Reproductiva y Consulta Externa, verificar que el Servicio de Archivo Clínico cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Elaborar "Consentimiento Informado de Admisión Hospitalaria" (2003-07), recabar la firma del paciente o familiar (según corresponda) y una vez formalizado el documento, entregar copia al Departamento de Trabajo Social y enviar al familiar a dicha área para continuar con los trámites correspondientes.
- 3.3** Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el Departamento de Tococirugía y Urgencias cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Informar al Departamento de Trabajo Social, de las pacientes que una vez valoradas, sean diagnosticadas o identificadas con padecimientos psiquiátricos o en estado de inconsciencia y requiera de la intervención específica del personal de dicho departamento.
- 3.4** Será responsabilidad de la Dirección de Investigación a través de la Subdirección de Investigación Clínica, verificar que la Coordinación de Psicología y Calidad cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Valorar a la paciente, a fin de determinar si amerita hospitalización y proporcionar el tratamiento psicoterapéutico por ser paciente Psiquiátrica o en estado de inconsciencia.
 - Proporcionar recomendaciones al equipo de salud para el manejo de la paciente Psiquiátrica o en estado de inconsciencia.
 - Canalizar a otra Unidad Médica de Atención Especializada en Pacientes Psiquiátricas, a las pacientes que no cubran con los criterios establecidos de atención.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 4 de 9 |

4. Descripción del procedimiento



| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento al Trabajo Social apoye y brinde orientación a familiar y/o paciente con enfermedad psiquiátrica o en estado de inconsciencia. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Instruye al personal adscrito proporcione orientación a las pacientes identificadas con enfermedad psiquiátrica o estado de inconsistencia, así como a sus familiares. | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 3 | Recibe instrucción y notificación del personal médico o en su caso, de quien identifique situación específica que requiera la intervención del área de trabajo social. | |
| | 4 | Solicita al personal médico, valore necesidad de gestionar interconsulta con la Coordinación de Psicología y Calidad del INPer. | |
| | 5 | Recibe indicación médica y de ser necesario, establece comunicación con la Coordinación de Psicología y Calidad para valorar y determinar las necesidades clínicas de la paciente. | |
| Coordinación de Psicología y Calidad | 6 | Recibe a la paciente, lleva a cabo la valoración y determina diagnóstico y tratamiento a seguir. ¿Procede? | <ul style="list-style-type: none"> Expediente clínico |
| | 7 | No: determina interconsulta o traslado de la paciente a otra institución de salud. Termina Procedimiento e Inicia Procedimiento No. 15 "Interconsulta y/o Traslado". | |
| | 8 | Sí: elabora en expediente clínico el manejo brindado a la paciente y el seguimiento a realizar e informa al personal de trabajo social para el manejo conjunto con el equipo de salud. | |



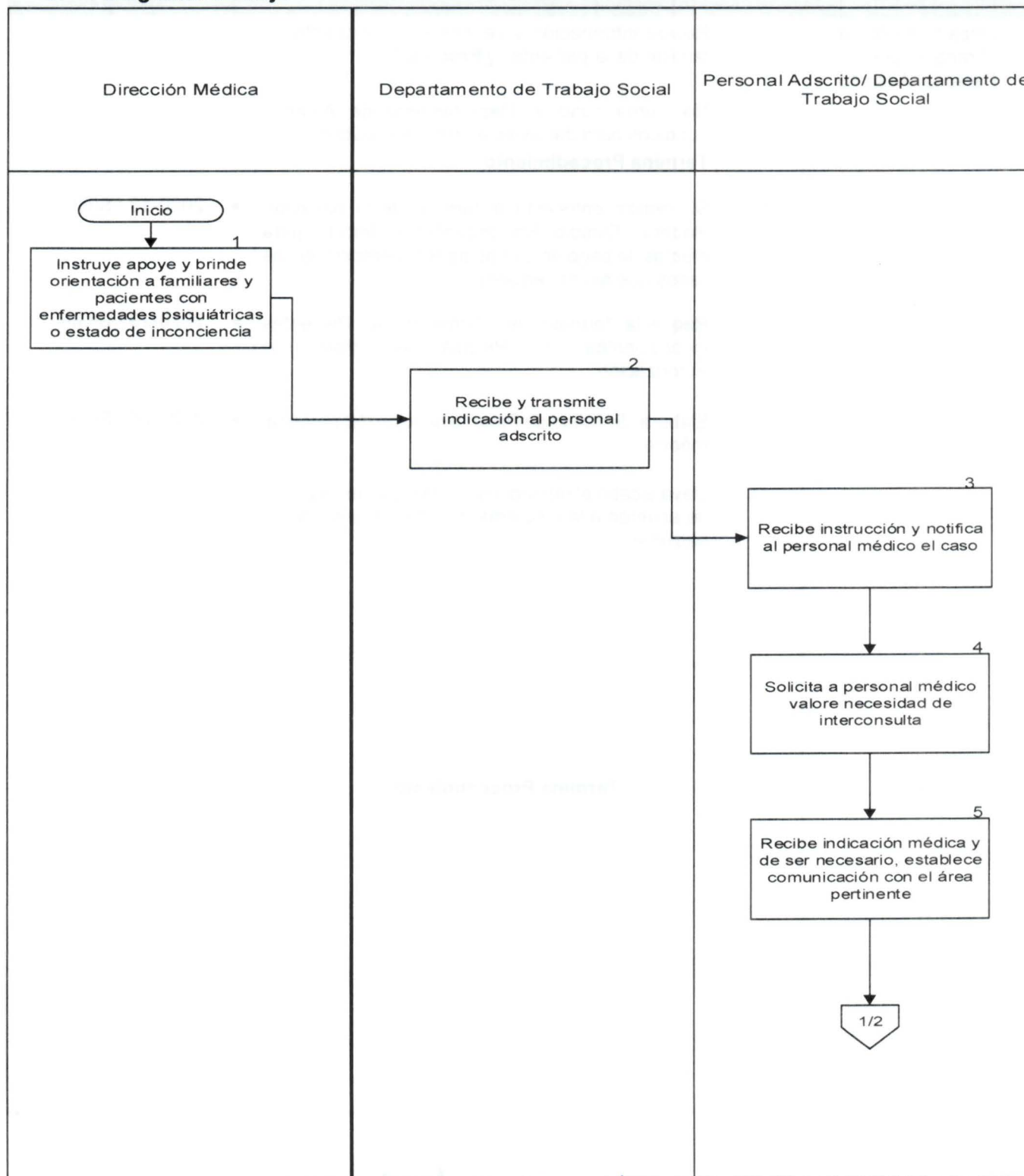
| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 5 de 9 |

| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|--|-------------------|
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 9 | Recibe información y verifica si se encuentra el familiar de la paciente. ¿Procede? | |
| | 10 | No: turna caso al Departamento de Asuntos Jurídicos para dar aviso al ministerio público. Termina Procedimiento | |
| | 11 | Sí: realiza entrevista al familiar de la paciente, elabora "Estudio Socioeconómico Inicial" para efectos de pago de cuotas de recuperación, en los casos que así se requiera. | • 2020-18 / SIGIn |
| | 12 | Requisita formato de "Admisión de Pacientes Inconscientes o Psiquiátricas Hoja de Autorización" | • 2020-29 / SIGIN |
| | 13 | Elabora "Solicitud de Pase" a petición del personal médico. | • 2020-24 / SIGIn |
| | 14 | Lleva a cabo el procedimiento Manejo de caso de acuerdo a la problemática específica de la paciente. | |
| | | Termina Procedimiento. | |



Handwritten signature in blue ink.

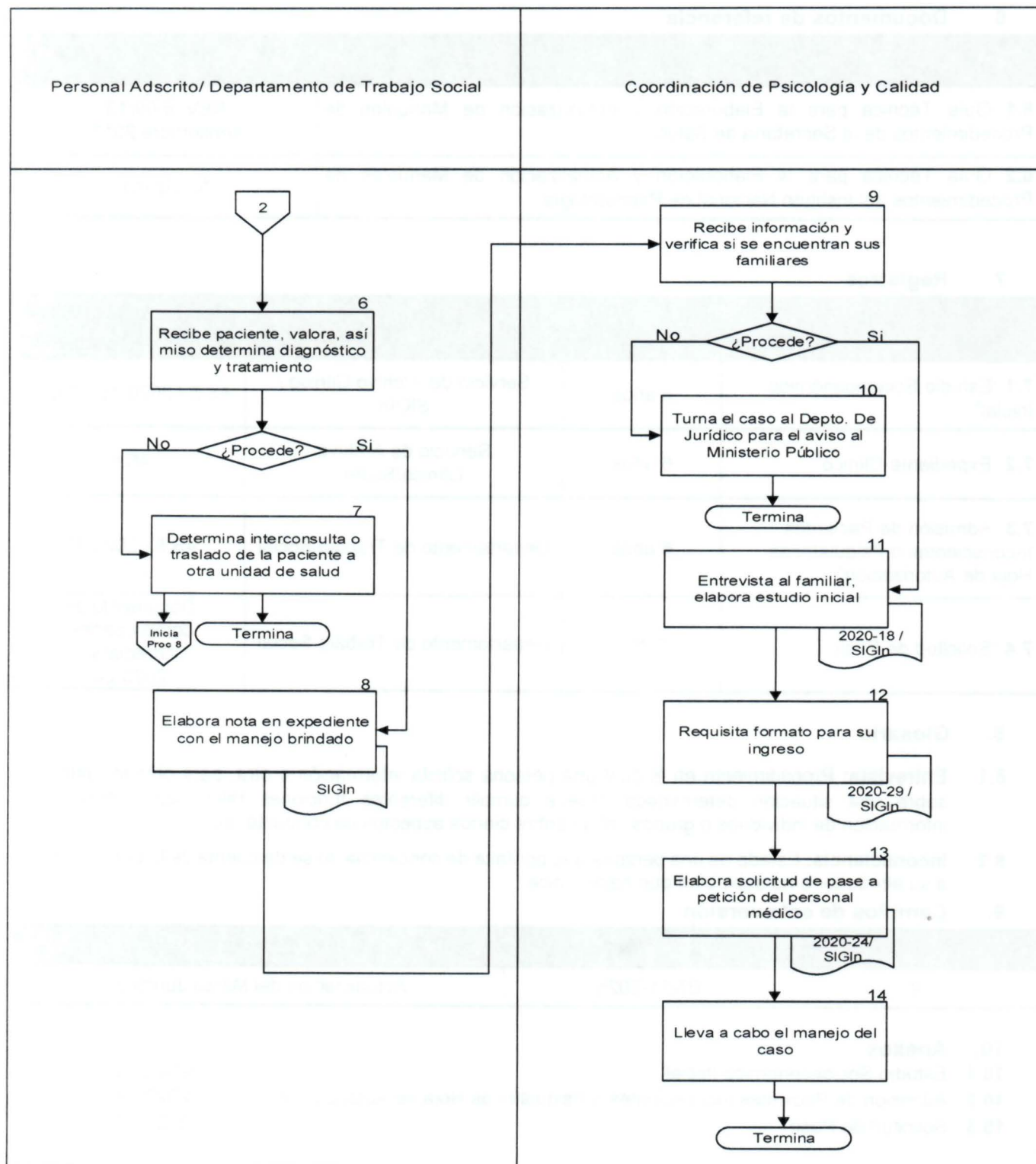
| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconciencia | | Hoja: 6 de 9 |

5. Diagrama de flujo





[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 7 de 9 |
| | | | |



Handwritten signature in blue ink.

| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 8 de 9 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--|------------------------|-------------------------------------|---|
| 7.1 "Estudio Socioeconómico Inicial" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-18 / SIGIn |
| 7.2 "Expediente Clínico" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 |
| 7.3 "Admisión de Pacientes Inconscientes o Psiquiátricas Hoja de Autorización" | 6 años | Departamento de Trabajo Social | 4S.5 / 2020-29 |
| 7.4 "Solicitud de Pase" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata / 2020-24 |

8. Glosario

- 8.1 **Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona solicita información a otra, para obtener datos sobre una situación determinada. Puede cumplir diferentes funciones tales como: obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta, etc.
- 8.2 **Inconsciencia:** Estado de una persona que por falta de conciencia no se da cuenta de lo que ocurre a su alrededor o no sabe bien que hace o dice.



9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1 Estudio Socioeconómico Inicial (2020-18)
- 10.2 Admisión de Pacientes Inconscientes o Psiquiátricas Hoja de Autorización (2020-29)
- 10.3 Solicitud de Pase (2020-24)



| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-08 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 8.- Manejo de Pacientes con Enfermedades Psiquiátricas o en Estado de Inconsciencia | | Hoja: 9 de 9 |
| | | | |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: (1) CURP: (2) EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)
FECHA DE NACIMIENTO: (5) EDAD: (6) NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)

DOMICILIO PERMANENTE

CALLE: (8)
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO: C
TIPO DE VIALIDAD: TIPO DE ASENTAMIENTO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
RESIDENCIA: (9) OTRO PAÍS:

(10) DOMICILIO TEMPORAL

CALLE:
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
NACIONALIDAD: (11) ESTADO DE NACIMIENTO:
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:
PERSONA RESPONSABLE: (12) OTRO RESPONSABLE:
PARENTESCO:
TELÉFONO: EXTENSIÓN:

2. ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ESTUDIO: (13) REALIZADO EN: (14)
TIPO PACIENTE: (15) EMERGENCIA OBST: (16)
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?
CANALIZADO POR: (20) SEM. GESTACIÓN: (18)
SERV. MÉDICO: (19)
CANALIZADO EN FORMA: (21)
ESTADO CIVIL: (22) EDAD COMPAÑERO: (23)
NO. SEGURO SOCIAL: (24)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECONÓM.:

NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (25)
EDAD HIJOS: (26) EDAD HIJAS:
RELIGIÓN PACIENTE: (27)
RELIGIÓN COMPAÑERO:

(28) ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD: COMPAÑERO:
AÑOS DE ESTUDIO: AÑOS DE ESTUDIO:

(29) PUEBLOS INDÍGENAS

¿COMUNIDAD INDÍGENA?: DESCRIPCIÓN:
UBICACIÓN: LENGUA:

3. CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO

OCUPACIÓN PACIENTE: (30)
DESCRIPCIÓN:
OCUPACIÓN COMPAÑERO:
DESCRIPCIÓN:
PRINCIPAL APORTADOR: (31)
PUNTOS: (32)

(33) INGRESO FAMILIAR MENSUAL

PACIENTE: COMPAÑERO: OTROS:
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (34) TOTAL:
NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO: PUNTOS: (35)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECON.:

DESGLOSE DE EGRESOS (36)

| TIPOS DE EGRESOS | IMPORTE |
|-----------------------|---------|
| Alimentación Despensa | |
| Renta/ Hipoteca | |
| Agua | |
| Luz | |
| Gas | |
| Teléfono | |
| Gastos Escolares | |
| Gastos en Salud | |
| Transporte | |
| Servicios Domésticos | |
| Consumos Adicionales | |
| TOTAL: | |

EGRESO MENSUAL: (37)
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:
PUNTOS: (38)
SITUACIÓN ECONÓMICA: (39)

(40) VIVIENDA

TIPO TENENCIA:
PUNTOS:
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:
PUNTOS:
NÚMERO DE DORMITORIOS:
PUNTOS:
PERSONAS POR DORMITORIO:
PUNTOS:
SERVICIOS PÚBLICOS:
PUNTOS:
TIPO DE VIVIENDA:
PUNTOS:
SERV. INTRADOMICILIARIOS:
PUNTOS:
TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (41)

ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (42)
PUNTOS: (43)
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (44) PUNTOS: (45)
LUGAR DONDE SE ATIENDE:
NÚMERO DE ENFERMOS: (46)
PUNTOS: (47)
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48) (49)

| | |
|--------------|--|
| TOTAL PUNTOS | |
|--------------|--|

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA:

CURP:

EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NIVEL SOC. ECON.:

DIAGNÓSTICOS SOCIALES

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:

(50)

REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:

(51)

FIRMA:

RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASÍ MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA.

AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA. ADICIONALMENTE, ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR DATOS PARA QUE EL PERSONAL DE SALUD SE COMUNIQUE CONMIGO O CON EL FAMILIAR RESPONSABLE EL CUAL DESIGNO PARA TAL CASO, PARA CUALQUIER INFORMACIÓN VINCULADA CON LA RELACIÓN QUE TENGO CON EL INPER.

ASIMISMO ME DOY POR ENTERADA/O, CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 22 FRACCIONES V Y VII DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS (LGPDPPSO), AL EJERCER MI DERECHO A LA SALUD Y MIS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS PARA EFECTUAR LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, NO SERÁ NECESARIO RECABAR MI CONSENTIMIENTO.

HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL.

DE IGUAL MANERA, ESTOY ENTERADA(O) Y DE ACUERDO QUE, EN CASO DE INGRESAR A HOSPITALIZACIÓN CON TELÉFONO CELULAR Y CARGADOR, QUEDARÁ BAJO MI TOTAL RESPONSABILIDAD EL CUIDADO DE ÉSTE Y QUE, SI LLEGARA A EXTRAVIARSE O SUFRIR DAÑO ALGUNO, EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD TANTO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA COMO A SU PERSONAL.

NOMBRE:

(52)

FIRMA:

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO"
2020-18

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 1 | VIGENCIA | Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años) |
| 2 | CURP | Clave Única de Registro de Población de la Paciente |
| 3 | EXPEDIENTE | Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información |
| 4 | NOMBRE DE LA PACIENTE | Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrada en su acta de nacimiento en ausencia de esta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno |
| 5 | FECHA DE NACIMIENTO | Día, mes y años en que nació la paciente. En caso de que se desconozca, se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato |
| 6 | EDAD | Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento |
| 7 | NIVEL SOCIOECONÓMICO | Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 8 | DOMICILIO PERMANENTE | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 9 | RESIDENCIA, OTRO PAÍS | Área geográfica en que reside o nombre del país, en caso de tratarse de paciente extranjera |
| 10 | DOMICILIO TEMPORAL | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 11 | NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO | Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la Republica y Municipio |
| 12 | PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN | Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, número telefónico y extensión para su localización |
| 13 | FECHA DE ESTUDIO | Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico |
| 14 | REALIZADO EN | Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico |
| 15 | TIPO DE PACIENTE | Diagnóstico de ingreso de la paciente |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| | | Urgencias (se despliega el siguiente menú): |
| 16 | EMERGENCIA OBSTÉTRICA | <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente es referida por IMSS, ISSSTE u otro servicio médico • Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente cuenta con servicio médico, pero acudió por iniciativa propia • Nota: el/la médico/a que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de Trabajo Social • Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuente o no con seguridad social, pero que no se trate de una emergencia obstétrica |
| 17 | ¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL | Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y el número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso) |
| 18 | SEMANAS DE GESTACIÓN | Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente |
| 19 | SERVICIO MÉDICO | Tipo de seguridad social incluyendo Seguro de Gastos Médicos |
| 20 | CANALIZADO POR | Dependencia que deriva a la paciente al Instituto |
| 21 | CANALIZADO EN FORMA | Especificar la forma en que fue canalizada la paciente y si es de manera oficial deberá contar con oficio |
| 22 | ESTADO CIVIL | Condición civil de la paciente |
| 23 | EDAD COMPAÑERO | Años cumplidos del esposo o compañero |
| 24 | NÚMERO SEGURO SOCIAL | Número de afiliación del Seguro Social |
| 25 | NÚMERO DE HIJOS VIVOS | Número de hijos/hijas vivos/as |
| 26 | EDAD DE HIJOS/AS | Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de mayor a menor. |
| 27 | RELIGIÓN DE PACIENTE, COMPAÑERO | Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja |
| 28 | ESCOLARIDAD | Tipo de escolaridad y años de estudio de la paciente |
| 29 | INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS | Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, donde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena |
| 30 | CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO | Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo |
| 31 | PRINCIPAL APORTADOR | De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo |
| 32 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal, de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 33 | INGRESO FAMILIAR MENSUAL | Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros |
| 34 | DEPENDIENTES ECONÓMICOS | Número de personas que dependen del total del ingreso familiar |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 35 | PUNTOS | Total de puntos que se obtiene por el ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 36 | DESGLOSE DE EGRESOS | Egreso mensual referido en los diferentes rubros, divididos entre el total de ingreso familiar |
| 37 | EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA | Total de egresos mensuales referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado |
| 38 | PUNTOS | Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 39 | SITUACIÓN ECONÓMICA | Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico. |
| 40 | VIVIENDA | Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto |
| 41 | TOTAL VIVIENDA PUNTOS | Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda, de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del socioeconómico |
| 42 | TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE | Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llego a la Institución) y el momento de la entrevista |
| 43 | PUNTOS | Puntuación que se obtienen de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 44 | OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN | Si/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención medica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende |
| 45 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 46 | NÚMEROS DE ENFERMOS | Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos. |
| 47 | PUNTOS | Puntuación obtenida del número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico. |
| 48 | DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE | Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso |
| 49 | TOTAL DE PUNTOS | La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel |
| 50 | DIAGNÓSTICOS SOCIALES | Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 51 | REALIZÓ EL ESTUDIO LA TRABAJADORA SOCIAL, FIRMA | El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma |
| 52 | NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE | Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



**ADMISIÓN DE PACIENTES INCONSCIENTES O PSIQUIÁTRICAS
HOJA DE AUTORIZACIÓN**

Ciudad de México, a ____ de ____ (1) de ____

En virtud de que la paciente: ____ (2)

Con Edad: ____ y Fecha de nacimiento: ____ Expediente N°: ____ (3)

y Nivel: ____ cursa con un cuadro clínico manifestado por: ____ (4)

el/la que suscribe: ____ (5)

que manifiesta ser: ____ (6) de la paciente arriba señalada, autoriza al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer) para que le realicen los tratamientos médicos y/o quirúrgicos, el uso de la sangre humana y sus componente con fines terapéuticos, así como los medicamentos necesarios y/o los estudios especializados que se requieran para su atención y, en su caso, para la atención de su(s) hijo/a(s) durante su estancia hospitalaria o durante el tiempo de estudio dentro del INPer.

Así mismo, tengo el conocimiento de que recibirá(n) atención de personal médico en formación, debido a que el instituto es un hospital escuela.

RESPONSABLE

(7)

Nombre completo y Firma

MÉDICO/A TRATANTE

(8)

Nombre completo y Firma

TRABAJADORA SOCIAL

(9)

Nombre completo y Firma

ORIGINAL: Expediente clínico.

2020-29

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México.

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"ADMISIÓN DE PACIENTES INCONSCIENTES O PSIQUIÁTRICAS" HOJA DE AUTORIZACIÓN

2020-29

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el formato |
| 2 | NOMBRE DE LA PACIENTE, EDAD Y FECHA DE NACIMIENTO | El nombre completo de la paciente, número de años cumplidos y día, mes y año en que nació la paciente |
| 3 | N° DE EXPEDIENTE, NIVEL | Número de expediente asignado por el Instituto y nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 4 | CUADRO CLÍNICO | Descripción del diagnóstico de inconsciencia o psiquiátrico que presenta la paciente |
| 5 | EL/LA QUE SUSCRIBE | Nombre completo de la persona responsable y/o familiar que autoriza |
| 6 | MANIFIESTA SER | Parentesco que tiene con la paciente |
| 7 | RESPONSABLE | Nombre completo y firma del responsable de la paciente |
| 8 | MÉDICO/A TRATANTE | Nombre completo y firma del médico/a tratante |
| 9 | TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social |



SOLICITUD DE PASE

NOMBRE DEL/A PACIENTE: _____ (1) _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

EXPEDIENTE: _____ (2) _____ SERVICIO: _____ (3) _____ CAMA: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____ (4) _____ PARENTESCO: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____ (5) _____

TIEMPO AUTORIZADO: _____ (6) _____ ENTRADA _____ SALIDA: _____

(7) _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL _____ FECHA: _____ (8) _____

(9)

MÉDICO/A QUE AUTORIZA





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE PASE"

2020-24



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 1 | NOMBRE DEL/LA PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO | El nombre completo de la paciente, el día, mes y año en que nació, |
| 2 | EXPEDIENTE | El número de expediente asignado en el Instituto a la paciente |
| 3 | SERVICIO, CAMA | Servicio que realiza el trámite y número de cama en la que se encuentra hospitalizada la paciente |
| 4 | NOMBRE DEL FAMILIAR | Nombre completo del familiar o los familiares de la paciente autorizado/s para el acceso a la visita y parentesco |
| 5 | MOTIVO DE LA SOLICITUD | El motivo por el que se autoriza el acceso a visita |
| 6 | TIEMPO AUTORIZADO, ENTRADA Y SALIDA | El tiempo que se le permitirá el acceso a visita , registrar hora de entrada y hora de salida |
| 7 | NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el trámite |
| 8 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el formato |
| 9 | MÉDICO/A QUE AUTORIZA | Nombre completo y firma del/la médico/a que autoriza el pase de visita |



| | | | |
|---|---|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 1 de 11 |

9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 2 de 11 |

1. Propósito

- 1.1 Conocer el número de pacientes y recién nacidos/as hospitalizados en el Instituto, para brindar el manejo correspondiente durante su estancia hospitalaria y orientar al familiar del/a paciente y/o recién nacido respecto a su egreso hospitalario, en coordinación con el equipo de salud.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a la Subdirección de Neonatología, al Departamento de Cuidados Intensivos Neonatales, al Departamento de Cuidados Intermedios al Recién Nacido, al Departamento de Alojamiento Conjunto, al Departamento de Trabajo Social y a la Coordinación de Cuidados Inmediatos del Recién Nacido.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Registrar los ingresos y egresos hospitalarios en libreta de control interno correspondiente para tener el conocimiento del número de pacientes y neonatos/as hospitalizados y en conjunto con el equipo de salud brindar el manejo correspondiente durante su estancia y hasta su egreso hospitalario.
 - Notificar al Jefe/a de Servicio cuando la paciente haya referido contar con Seguridad Social o Seguro de Gastos Médicos, para la elaboración de constancia hospitalaria (tramite licencia médica) y/o llenado de los formatos correspondientes de la aseguradora según sea el caso.
 - Verificar el listado de pacientes que se encuentran en la programación de alta hospitalaria para confirmar el estatus de los trámites administrativos correspondientes (pago por los servicios recibidos o imposibilidad de pago) y facilitar así el egreso de la paciente.
 - Verificar las condiciones para el egreso hospitalario de el/la recién nacido/a, a fin de asegurar si el alta será con su madre o con un familiar responsable y corroborar la identidad de éste como requisito indispensable y para su seguridad.
 - Elaborar "Nota de Egreso" (2020-37), a todas las pacientes menores a 18 años de edad, que hayan resuelto embarazo con la finalidad de resguardar su seguridad y la del recién nacido/a.
 - Elaborar en ausencia de la paciente (independientemente de la edad, por fallecimiento o problemas de salud), que haya resuelto embarazo "Nota de Egreso" para él/la recién nacido/a, según sean sus características; hijo de paciente menor a 18 años de edad (2020-37), paciente con discapacidad física o mental (2020-38), o paciente hospitalizada en el INPer u otra Unidad Hospitalaria (2020-39). Integrando documentos legales que acrediten la representación legal o custodia de la misma.



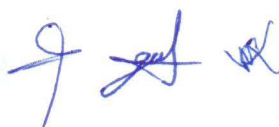
| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 3 de 11 |



- Comunicar a la paciente y/o familiar que deberá proporcionar la documentación necesaria, según sea el caso para la elaboración de la Nota de Egreso, tanto de la **paciente como del familiar responsable**, que de preferencia éste último deberá ser la madre de la paciente o familiar de línea materna. Dicha documentación se presentará en original y copia según sea el caso:
 - **Paciente menor a 18 años de edad**
 - ✓ Acta de Nacimiento de la paciente
 - ✓ Comprobante de domicilio
 - ✓ Constancia de identidad de la paciente expedida por el Municipio o Alcaldía de la Ciudad de México.
 - ✓ Identificación del familiar responsable (INE)
 - **Paciente con discapacidad física o mental**
 - ✓ Acta de Nacimiento de la paciente
 - ✓ Comprobante de domicilio
 - ✓ Identificación de paciente y familiar responsable (INE)
 - **Paciente hospitalizada en el INPer u otra Unidad Hospitalaria**
 - ✓ Acta de nacimiento de la paciente
 - ✓ Comprobante de domicilio
 - ✓ Identificación paciente y familiar responsable (INE)
 - ✓ Constancia hospitalaria (cuando se trate de otra Unidad Hospitalaria)
 - ✓ Carta de puño y letra de la madre del recién nacido/a autorizando la entrega del neonato/a al familiar responsable
- Apoyar al personal médico adscrito a las terapias neonatales cuando éstos notifiquen al área de Trabajo Social, de los recién nacidos/as que egresan y requieran del uso de oxígeno ambulatorio e intradomiciliario.
- Proporcionar información a los padres de familia sobre los trámites correspondientes de la alta médica y los requerimientos de la gestión para la contratación de oxígeno ambulatorio e intradomiciliario.
- Verificar que el egreso de la paciente y/o recién nacido/a haya sido efectivo en tiempo y forma para el debido control interno de los egresos hospitalarios.
- Elaborar la Solicitud de Asignación de Persona Responsable Adicional ante el INPer por Situación no Prevista (2020-58), en aquellos casos que los responsables asignados, al momento de la apertura del expediente, no se encuentran en el INPer y se cuenta con apoyo de una tercera persona para realizar trámites y/o recibir informes; esto con la finalidad de no generar demora en el proceso de atención.
- Informar al personal del módulo de orientación e informes, proporcionando el nombre de la persona autorizada.

[Firma manuscrita]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 4 de 11 |

- Apoyar al personal médico en aquellos casos en que el familiar y/o paciente manifieste su decisión de egreso voluntario de la paciente y/o recién nacido/a, para elaborar el formato de "Alta voluntaria" (2020-25). Ver Procedimiento 13 "Egreso Voluntario".
 - Enviar al archivo clínico la papelería correspondiente para su integración al expediente clínico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
 - Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes/as, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
 - Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
 - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.
- 3.2** Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que el personal Médico/a Adscrito y Residente, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Notificar al personal de Trabajo Social cuando la paciente cambie de cama o área hospitalaria, para el control de ingresos y egresos hospitalarios y seguridad del paciente.
 - Determinar el egreso de la paciente cuando su condición clínica lo permita, elaborar el alta hospitalaria notificando; los motivos, condición clínica, diagnóstico, manejo y tratamiento a la paciente y/o familiar.
 - Informar al personal de Trabajo Social de las altas hospitalarias por lo menos 24 horas antes de la misma, para realice los trámites correspondientes.
 - Notificar al personal de Trabajo Social cuando la paciente y/o familiar solicite el egreso voluntario, una vez que el médico haya informado con claridad y exactitud a los familiares de las condiciones de salud en la que se encuentra la paciente y de los riesgos que implica su decisión, a fin de deslindar responsabilidad institucional.
- 3.3** Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Neonatología, verificar que los Departamentos de Cuidados Intensivos Neonatales; Cuidados Intermedios al Recién Nacido, Alojamiento Conjunto y la Coordinación de Cuidados Inmediatos del Recién Nacido, que el personal





| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 5 de 11 |

Médico/a Adscrito y Residente cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Notificar al personal de Trabajo Social cuando un neonato pase de un área neonatal a otra, para el control de ingreso y egreso de área hospitalaria y seguridad del paciente.
- Determinar el egreso del/la recién nacido/a cuando su condición clínica lo permita, elaborar alta hospitalaria y notificar del egreso a los padres y/o familiar responsable especificando condición clínica, diagnóstico, manejo y tratamiento a seguir.
- Informar al personal de Trabajo Social de las altas hospitalarias que requieren de oxígeno ambulatorio e intradomiciliario, por lo menos 48 horas antes de la misma, para proporcionar la información correspondiente.
- Notificar al personal de Trabajo Social cuando la paciente y/o familiar solicite el egreso voluntario de el/la recién nacido/a una vez que el médico haya informado con claridad y exactitud a los padres y/o familiar responsable, de las condiciones de salud en la que se encuentra el neonato/a y de los riesgos que implica su decisión, a fin de deslindar responsabilidad institucional.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 6 de 11 |


4. Descripción del procedimiento



| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|---|----------|---|----------------------|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social, proporcionar el manejo correspondiente de pacientes al momento del ingreso, estancia y alta hospitalaria de la paciente y/o recién nacido/a. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al Personal Adscrito verificar los ingresos diarios a hospitalización y/o terapias neonatales y se encarga de la estancia y alta hospitalaria de la paciente y/o recién nacido/a. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe instrucción, verifica los ingresos, así como con el personal médico responsable de la atención de la/el paciente la pre-alta hospitalaria. | |
| | 4 | Registra los ingresos de hospitalización y/o terapias neonatales, en Libreta de Control e Informe Diario. | • Libreta de control |
| | 5 | Da seguimiento a las/los pacientes hospitalizados/os, otorgando el manejo social correspondiente a cada caso y registra para su control. | |
| | 6 | Elabora "Solicitud de Asignación de Persona Responsable Adicional ante el INPer por Situación no Prevista" (2020-58) y comunica al personal del módulo de orientación a pacientes, proporcionando el nombre de la persona autorizada. | • 2020-58 |
| | 7 | Recibe notificación del personal médico responsable y/o enfermería del pre-alta hospitalaria de la paciente y/o recién nacido/a. | |
| | 8 | Inicia acciones para la localización del familiar de la/el paciente para informar de la pre-alta hospitalaria. ¿Procede? | |

[Handwritten signature]

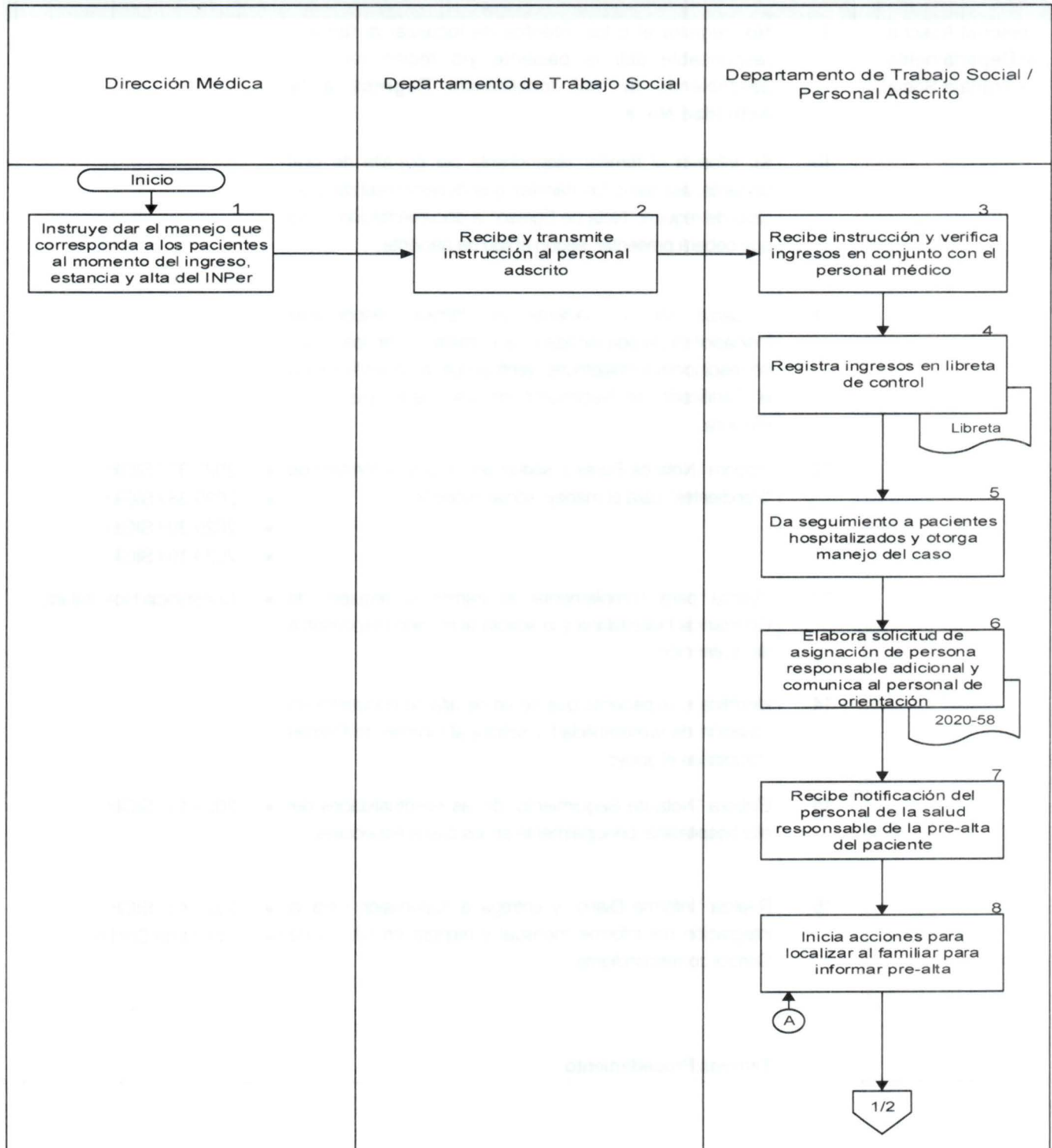
| | | | |
|---|---|--|------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 7 de 11 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|---|-----------------|--|--|
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 9 | No: registra el o los intentos de localizar al familiar responsable del/ la paciente y/o recién nacido/a describiendo la "no" localización Regresa a la Actividad No. 8 | |
| | 10 | Sí: informa al familiar responsable del pre-alta de la/el paciente, así como los trámites que deberán realizar y en caso de requerir "Nota de Egreso" la documentación oficial que deberá presentar, según el tipo de paciente. | |
| | 11 | Refuerza con la paciente y/o familiar responsable indicaciones proporcionadas por el médico y en los casos de resoluciones obstétricas, verifica que la paciente reciba el Certificado de Nacimiento en los casos que así lo requiera. | |
| | 12 | Elabora "Nota de Egreso" según sea el caso y formato de "Pendientes" para el manejo social específico. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-37 / SIGIn • 2020-38 / SIGIn • 2020-39 / SIGIn • 2020-19 / SIGIn |
| | 13 | Verifica para complementar el trámite si requiere de Constancia Hospitalaria y la solicita al médico responsable de la atención. | <ul style="list-style-type: none"> • Constancia Hospitalaria |
| | 14 | Identifica si la paciente que se va de alta se encuentra en situación de vulnerabilidad y solicita al Comité de Damas Voluntarias el apoyo. | |
| | 15 | Elabora "Nota de Seguimiento" de las eventualidades del alta hospitalaria, principalmente en los casos especiales. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-13 / SIGIn |
| | 16 | Realiza "Informe Diario" y entrega a supervisión para la integración del informe mensual y registra en Libreta de Control correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-43 / SIGIn • Libreta de Control |
| | | Termina Procedimiento | |



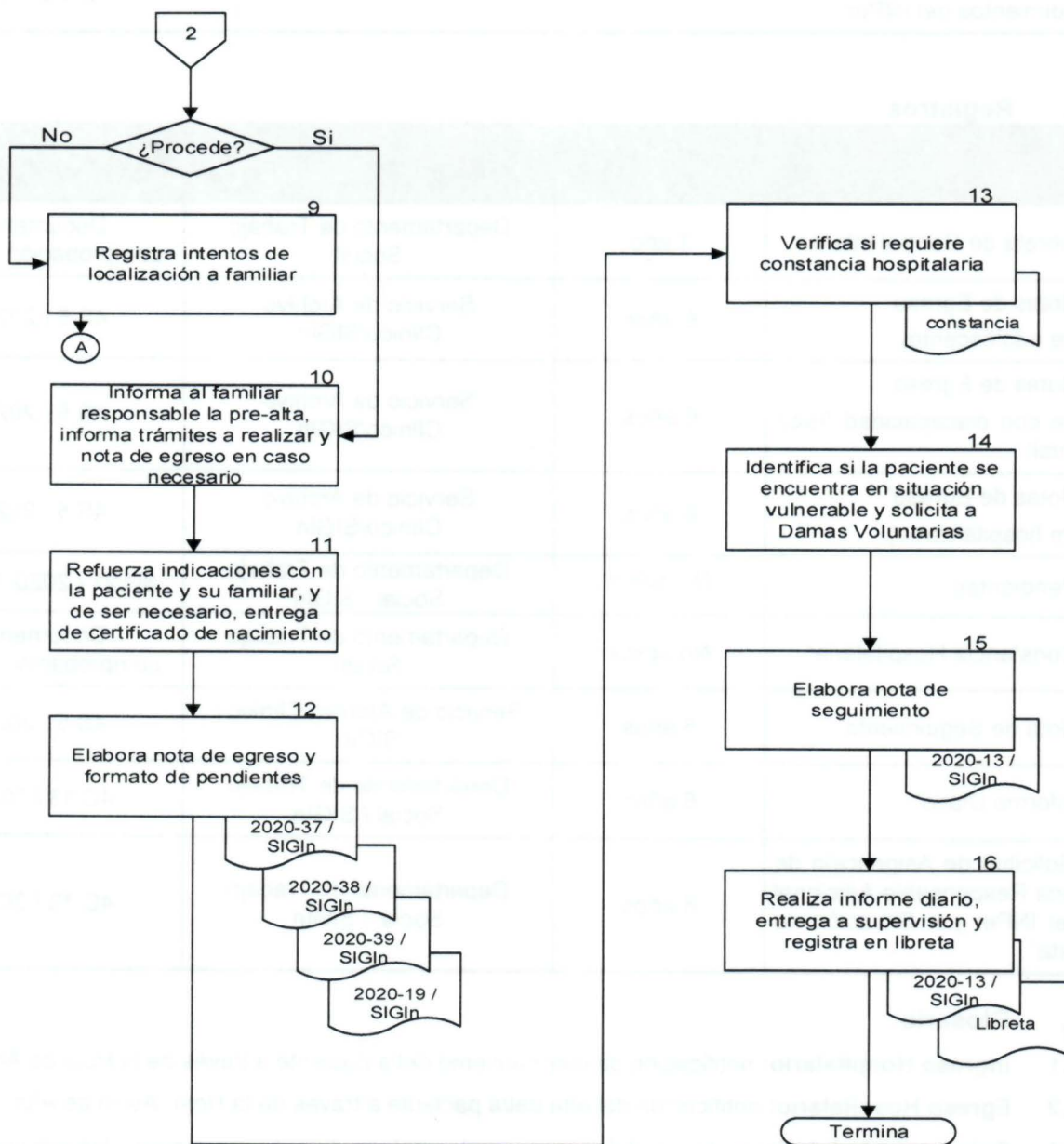
| | | | |
|--|---|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 8 de 11 |

5. Diagrama de Flujo





Handwritten signature

Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito



Handwritten signature

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 10 de 11 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-------------------------------|--|--|
| 7.1 "Libreta de Control Interno" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.2 "Notas de Egreso" (madre adolescente) | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-37 |
| 7.3 "Notas de Egreso" (madre con discapacidad física o mental) | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-38 |
| 7.4 "Notas de Egreso" (madre hospitalizada) | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-39 |
| 7.5 "Pendientes" | No aplica | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | 8C.21 / 2020-19 / SIGIn |
| 7.6 "Constancia Hospitalaria" | No aplica | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.7 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-13 |
| 7.8 "Informe Diario" | 6 años | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | 4C.13 / 2020-43 |
| 7.9 "Solicitud de Asignación de Persona Responsable Adicional ante el INPer por Situación no Prevista" | 6 años | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | 4C.13 / 2020-58 |

8. Glosario

- 8.1 Ingreso Hospitalario:** notificación de internamiento del/a paciente a través de la Hoja de Admisión.
- 8.2 Egreso Hospitalario:** notificación del alta del/a paciente a través de la Hoja "Aviso de Alta".
- 8.3 Oxígeno ambulatorio:** es el uso del oxígeno suplementario durante el ejercicio y las actividades de la vida diaria.



| | | | |
|---|---|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-09 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 9.- Control de Ingresos y Egresos Hospitalarios | | Hoja: 11 de 11 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 3 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

| | | |
|------|--|-----------|
| 10.1 | Nota de Egreso (madre menor de 18 años) | (2020-37) |
| 10.2 | Nota de Egreso (madre con discapacidad física o mental) | (2020-38) |
| 10.3 | Nota de Egreso (madre hospitalizada) | (2020-39) |
| 10.4 | Pendientes | (2020-19) |
| 10.5 | Nota de Seguimiento | (2020-13) |
| 10.6 | Informe Diario | (2020-43) |
| 10.7 | Solicitud de Asignación de Persona Responsable Adicional ante el INPer por Situación no Prevista | (2020-58) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



NOTA DE EGRESO

Ciudad de México, a ____ de ____ (1) de 20____

NOMBRE: ____ (2) EXPEDIENTE N°: ____

EDAD: ____ (3) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NIVEL: ____

CAMA O CUNA: ____ (4) SERVICIO: ____

Ante la buena evolución clínica del neonato/a ____ (5)

y por no existir impedimento médico se decide su egreso.

La madre ____ (6), por ser menor de edad, requiere de apoyo y supervisión para el cuidado y crianza de su hijo/a. Por lo cual la Sra. ____ (7) (____) acepta, después de cumplir con los requisitos

correspondientes, la responsiva de egreso de la paciente y el neonato/a, eximiendo de toda responsabilidad tanto al personal médico y de salud que brindaron la atención y a la propia Institución de las complicaciones que en el futuro se presenten.

FIRMA DE CONFORMIDAD

RESPONSABLE

(8)

Nombre completo y firma

Nombre completo de la madre

Parentesco: _____

Domicilio: _____

TESTIGOS

(9)

JEFE/A DE SERVICIO O DE GUARDIA
Nombre completo y firma

JEFA DE DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL
Nombre completo y firma

TRABAJADORA SOCIAL ADSCRITA
Nombre completo y firma

SUPERVISORA DE TRABAJO SOCIAL
Nombre completo y firma

2020-37

[Handwritten signatures]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE EGRESO"

2020-37

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|----------------------------------|---|
| 1 | FECHA | Día, mes y año en la que se elabora el formato |
| 2 | NOMBRE, EXPEDIENTE | El nombre completo de la paciente, número de expediente asignado en el Instituto a la paciente |
| 3 | EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, NIVEL | Años cumplidos de la paciente, día, mes y año de nacimiento, nivel socioeconómico asignado por el Instituto |
| 4 | CAMA O CUNA, SERVICIO | Número de cama o de cuna en donde se encuentra el/la neonato/a, Servicio que realiza el trámite |
| 5 | NEONATO/A | Se registra el/la neonato/a con los apellidos maternos, especificando el sexo |
| 6 | MADRE | El nombre completo de la madre del neonato/a |
| 7 | SEÑORA | Nombre completo de la responsable ante el Instituto y parentesco que tiene con el/la neonato/a |
| 8 | FIRMA DE CONFORMIDAD | El nombre completo, firma y parentesco de la responsable y nombre completo de la madre del/la neonato/a |
| 9 | TESTIGOS | Nombre completo y firma del/la Jefe/a de Servicio o de Guardia, Jefa de Depto. de Trabajo Social, Trabajadora Social Adscrita y Supervisora de Trabajo Social |



NOTA DE EGRESO

Ciudad de México, a __ de (1) de 20__

NOMBRE: (2) EXPEDIENTE N°: _____

EDAD: (3) FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__ NIVEL: _____

CAMA O CUNA: (4) SERVICIO: _____

Ante la buena evolución clínica del/la neonato/a (5) por no existir impedimento médico se decide su egreso.

La madre (6) _____

Por lo cual la Sra. (7) () acepta, después de cumplir con los requisitos correspondientes, la responsiva de egreso de la paciente y el/la neonato/a, eximiendo de toda responsabilidad tanto al personal médico y de salud que brindaron la atención y a la propia Institución de las complicaciones que en el futuro se presenten.

FIRMAS DE CONFORMIDAD

RESPONSABLE

(8)

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma de la madre

Parentesco: _____

Domicilio: _____

TESTIGOS

JEFE/A DE SERVICIO O DE GUARDIA
Nombre completo y firma

(9)

JEFA DE DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL
Nombre completo y firma

TRABAJADORA SOCIAL ADSCRITA
Nombre completo y firma

SUPERVISORA DE TRABAJO SOCIAL
Nombre completo y firma

2020-38



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE EGRESO"

2020-38

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|----------------------------------|---|
| 1 | FECHA | Día, mes y año en la que se elabora el forma |
| 2 | NOMBRE, EXPEDIENTE | El nombre completo de la paciente, número de expediente asignado en el Instituto a la paciente |
| 3 | EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, NIVEL | Años cumplidos de la paciente, día, mes y año de nacimiento, nivel socioeconómico asignado por el Instituto |
| 4 | CAMA O CUNA, SERVICIO | Número de cama o de cuna en donde se encuentra el/la neonato/a, Servicio que realiza el trámite |
| 5 | NEONATO/A | Se registra el/la neonato/a con los apellidos maternos, especificando el sexo |
| 6 | MADRE | El nombre completo de la madre del neonato/a y describir diagnóstico médico |
| 7 | SEÑORA | Nombre completo de la responsable ante el Instituto y parentesco que tiene con el/la neonato/a |
| 8 | FIRMAS DE CONFORMIDAD | El nombre completo, firma y parentesco de la responsable y nombre completo y firma de la madre del/la neonato/a |
| 9 | TESTIGOS | Nombre completo y firma del/la Jefe/a de Servicio o de Guardia, Jefa de Depto. de Trabajo Social, Trabajadora Social Adscrita y Supervisora de Trabajo Social |





Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



NOTA DE EGRESO

Ciudad de México, a ____ de ____ (1) de 20__

NOMBRE: ____ (2) EXPEDIENTE N°: ____
EDAD: ____ (3) FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NIVEL: ____
CUNA: ____ (4) SERVICIO: ____

Ante la buena evolución clínica del/la neonato/a ____ (5)
y por no existir impedimento médico se decide su egreso.

La madre ____ (6), se encuentra hospitalizada en la
cama ____ (7) del _____. Por lo cual la señora
____ (8) (____), de acuerdo a documento y con la
autorización y conocimiento de la paciente ____ (9) avalado en documento que
se anexa, acepta, después de cumplir con los requisitos correspondientes, la responsiva de egreso del/la
neonato/a, eximiendo de toda responsabilidad tanto al personal médico y de salud que brindaron la
atención y a la propia Institución de las complicaciones que en el futuro se presenten.

FIRMAS DE CONFORMIDAD

(10)

Nombre completo y firma de la responsable

Parentesco: _____

Domicilio: _____

TESTIGOS

(11)

JEFE/A DE SERVICIO O DE GUARDIA
Nombre completo y firma

JEFE DE DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL
Nombre completo y firma

TRABAJADORA SOCIAL ADSCRITA
Nombre completo y firma

SUPERVISORA DE TRABAJO SOCIAL
Nombre completo y firma

2020-39

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE EGRESO"

2020-39

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|----------------------------------|---|
| 1 | FECHA | Día, mes y año en la que se elabora el forma |
| 2 | NOMBRE, EXPEDIENTE | El nombre completo de la paciente, número de expediente asignado en el Instituto a la paciente |
| 3 | EDAD, FECHA DE NACIMIENTO, NIVEL | Años cumplidos de la paciente, día, mes y año de nacimiento, nivel socioeconómico asignado por el Instituto |
| 4 | CUNA, SERVICIO | Número de cuna en donde se encuentra el/la neonato/a, Servicio que realiza el trámite |
| 5 | NEONATO/A | Se registra el/la neonato/a con los apellidos maternos, especificando el sexo |
| 6 | MADRE | El nombre completo de la madre del neonato/a |
| 7 | CAMA, INSTITUCIÓN | Número de la cama y nombre de la Institución donde se encuentra hospitalizada la madre del/la neonato/a |
| 8 | SEÑORA | Nombre completo de la responsable ante el Instituto y parentesco que tiene con el/la neonato/a |
| 9 | PACIENTE | Nombre completo de la madre del/la neonato/a |
| 10 | FIRMAS DE CONFORMIDAD | El nombre completo, firma y parentesco de la responsable del/la neonato/a |
| 11 | TESTIGOS | Nombre completo y firma del/la Jefe/a de Servicio o de Guardia, Jefa de Depto. de Trabajo Social, Trabajadora Social Adscrita y Supervisora de Trabajo Social |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



FECHA: _____ (1)

SERVICIO: _____ (2)

T. S. _____ (3)

P E N D I E N T E S

| EXPEDIENTE | NIVEL | CAMA | NOMBRE | CARACTERÍSTICAS DEL CASO | PENDIENTE | REALIZADO URG. |
|------------|-------|------|--------|--------------------------|-----------|----------------|
| (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"PENDIENTES"

2020-19

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el formato |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio donde se elabora el formato |
| 3 | T.S | Nombre completo de la Trabajadora Social encargada de requisitar el formato |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente asignado en el Instituto a la paciente |
| 5 | NIVEL | Nivel socioeconómico otorgado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | CAMA | El número de cama o cuna en la que se encuentra la/el paciente |
| 7 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 8 | CARACTERÍSTICAS DEL CASO | Describir las características relevantes del caso |
| 9 | PENDIENTE | Los pendientes que se tengan que retomar en relación a la paciente |
| 10 | REALIZADO URG. | El procedimiento realizado en el Servicio de Urgencias |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | Nº DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |




INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



**SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE
ADICIONAL ANTE EL INPer POR SITUACIÓN NO PREVISTA**

Nombre: _____ (1)

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Expediente: _____ (2)

Nivel: _____ Fecha: _____ (3)

Por medio de la presente y por mi libre voluntad, yo _____ (4)

_____ autorizo a _____ (5), cuyo

parentesco con mi persona es de _____ para fungir como responsable durante

mi atención en el servicio de _____ (6)

del Instituto Nacional de Perinatología para *

debido a ** _____

PACIENTE

RESPONSABLE ADICIONAL

(7)

(8)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

(9)

TRABAJADORA SOCIAL

* Especificar si se trata de un trámite, recepción de informe, visita, solicitud de resumen médico, etc.

** Especificar el motivo por el cual realiza la petición

2020-58

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

[Handwritten signature]



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

**"SOLICITUD DE ASIGNACIÓN DE PERSONA RESPONSABLE
ADICIONAL ANTE EL INPer POR SITUACIÓN NO PREVISTA"**

2020-58



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|--|---|
| 1 | NOMBRE, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO | Nombre completo de la paciente o neonato/a, edad del paciente, Día, mes y año de nacimiento |
| 2 | EXPEDIENTE, NIVEL | El número de expediente asignado por el Instituto, , Nivel socioeconómico del paciente |
| 3 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora la respuesta |
| 4 | DATOS DEL PACIENTE | Nombre completo del Paciente. |
| 5 | DATOS DEL PADRE O TUTOR | Nombre completo del padre o tutor, Parentesco, |
| 6 | SERVICIO | El nombre del Servicio que solicita el estudio y/o interconsulta |
| 7 | NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE | Nombre completo, firma y de la paciente |
| 8 | NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE | Nombre completo, firma y del responsable |
| 9 | FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | Firma de la Trabajadora Social |



| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-10 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 10.- Visita a Pacientes en Hospitalización | | Hoja: 1 de 7 |

10.- Visita a Pacientes en Hospitalización

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-10 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 10.- Visita a Pacientes en Hospitalización | | Hoja: 2 de 7 |

1. Propósito

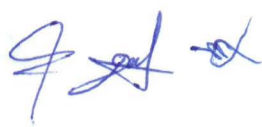
- 1.1 Realizar la visita a pacientes durante su estancia hospitalaria en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), con la finalidad de corroborar los datos del paciente y registrar los cambios que puedan surgir, orientar sobre tramites institucionales e identificar aquellos casos en que las pacientes manifiesten una problemática social que interfiera en su tratamiento médico, para determinar el manejo social correspondiente.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Registrar a las pacientes y recién nacidos que ingresen al área hospitalaria en la libreta de control interno que corresponda y elaborar la "Ficha de Identificación del Recién Nacido/a" (2020-26) de los neonatos/as hospitalizados/as en las terapias neonatales; lo anterior, con la finalidad de conocer el número de pacientes adultas y neonatos/as de dichas áreas y en conjunto con el equipo de salud, brindar el manejo pertinente durante su estancia hospitalaria.
 - Verificar la forma de "Pendientes" (2020-19) y/o libreta de relatoría, para tener conocimiento de los antecedentes de los casos que requieran de atención inmediata y dar continuidad al manejo social.
 - Entrevistar a las pacientes hospitalizadas para conocer la condición socioeconómica y familiar que presentan, a fin de identificar si existe alguna situación que pueda interferir o comprometa su atención médica y de acuerdo a las características del caso, proponer alternativas de solución.
 - Revisar los expedientes clínicos físicos y a través del Sistema de Información y Gestión Institucional (SIGIn) al ingreso y durante la estancia hospitalaria del paciente, para conocer los antecedentes y dar seguimiento al manejo del caso.
 - Acudir a la visita médica en el horario estipulado por el personal médico y participar activamente en la discusión de los casos, a fin de aportar al equipo de salud información sobre los aspectos sociales y económicos que influyen en el proceso salud-enfermedad, así como su impacto en el ámbito laboral, familiar y social de la paciente.
 - Atender las peticiones de "Solicitud de Pase" (2020-24) en coordinación con el personal médico responsable y/o Jefe/a de Servicio en aquellos casos que así lo requieran y entregar al Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica para que realice las gestiones necesarias.



| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-10 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 10.- Visita a Pacientes en Hospitalización | | Hoja: 3 de 7 |

- Verificar que el pase de visita se otorgue bajo los lineamientos que correspondan, de acuerdo a la información vertida en el estudio socioeconómico (entrevista de apertura de expediente):
 - a. Entregar el pase de visita a la persona registrada como responsable de la paciente.
 - b. En pacientes registradas como "solteras", se permita el acceso preferentemente a familiares directos (padres, hermanos o hijos) previa identificación oficial.
- Verificar que sean capturados los datos relevantes del caso, en el expediente clínico electrónico (SIGIn) dentro de la "Nota de Seguimiento" (2020-13), así como integrar en el expediente físico la documentación recibida para dar soporte a los procedimientos realizados durante la estancia hospitalaria de la paciente.
- Informar al Jefe del Servicio, cuando por necesidades del Departamento de Trabajo Social y previa indicación de supervisión del mismo, la trabajadora social se mueva del área de adscripción para cubrir un área distinta; esto con la finalidad de coordinar en conjunto -Jefe de Servicio y Trabajo Social- las actividades que se presenten en el día.
- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes/as, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015 en igualdad y no discriminación.
- Manejar con estricto resguardo los datos personales de las pacientes, mismos que serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-10 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 10.- Visita a Pacientes en Hospitalización | | Hoja: 4 de 7 |

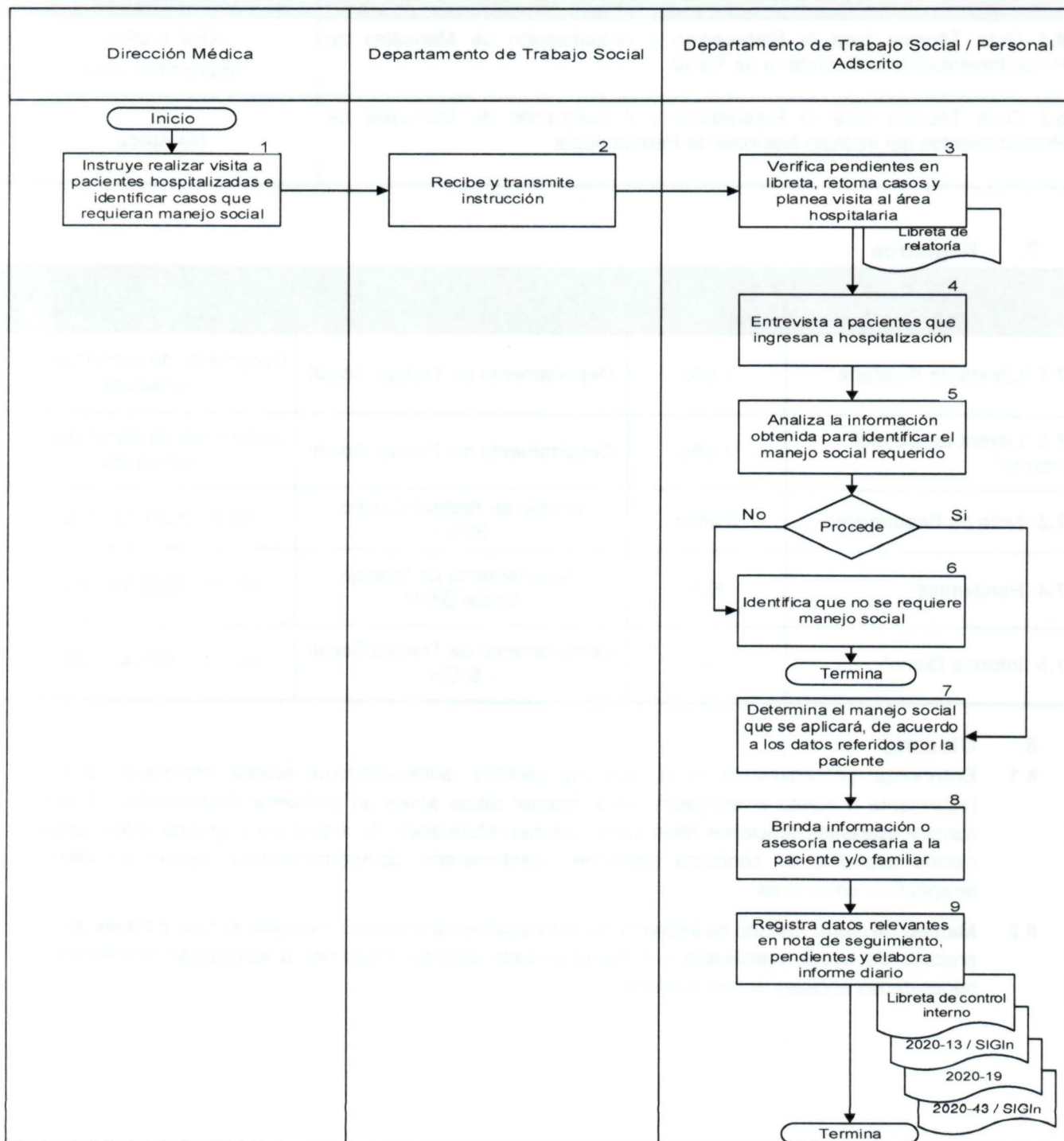
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|----------------|---|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social realizar visita a pacientes hospitalizadas e identificar los casos que requieran atención inmediata. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal adscrito realice la visita a pacientes hospitalizadas para dar seguimiento e identificar los casos que requieran atención inmediata. | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 3 | Recibe instrucción y verifica los pendientes reportados en Libreta de Relatoría para retomar los casos que requieren de manejo social y planificar la visita de pacientes hospitalizadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de Relatoría |
| | 4 | Entrevista a las pacientes que ingresaron a hospitalización, con el propósito de verificar la información de su situación, tanto individual como familiar. | |
| | 5 | Analiza la información obtenida en la entrevista para identificar el manejo social requerido. ¿Procede? | |
| | 6 | No: identifica de acuerdo a la información obtenida en la entrevista, que no se requiere manejo social. Termina Procedimiento. | |
| | 7 | Sí determina el manejo social que se aplicará, de acuerdo a los datos referidos por la paciente. | |
| | 8 | Brinda la información o asesoría necesaria a la paciente y/o familiar de acuerdo al tipo de problema social que se presenta. | |
| | 9 | Registra datos relevantes en "Libreta de Control Interno", situaciones detectadas, resueltas o por realizar en la "Nota de Seguimiento", en "Pendientes" y elabora "Informe Diario". | |
| | | Termina Procedimiento | |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de control interno • 2020-13/SIGIn • 2020-19 • 2020-43/SIGIn |



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-10 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 10.- Visita a Pacientes en Hospitalización | | Hoja: 5 de 7 |

5. Diagrama de Flujo



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-10 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 10.- Visita a Pacientes en Hospitalización | | Hoja: 6 de 7 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. | No Aplica |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-----------------------------------|--|--|
| 7.1 "Libreta de Relatoría" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.2 "Libreta de Control Interno" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.3 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 / 2020-13 / SIGIn |
| 7.4 "Pendientes" | N/A | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 8C.21 / 2020-19 / SIGIn |
| 7.5 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social / SIGIn | 4C.13 / 2020-43 / SIGIn |

8. Glosario

- 8.1 Entrevista:** procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otros.
- 8.2 Manejo de caso:** método de intervención individualmente enfocado mediante el cual, a través de un proceso de ayuda planificada y conscientemente dirigido, modifican u solucionan problemas y necesidades sociales del ser humano.

Handwritten signature in blue ink.

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-10 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 3 |
| | 10.- Visita a Pacientes en Hospitalización | | Hoja: 7 de 7 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 3 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

| | | |
|------|---------------------|-------------------|
| 10.1 | Nota de Seguimiento | (2020-13 / SIGIn) |
| 10.2 | Pendientes | (2020-19 / SIGIn) |
| 10.3 | Informe Diario | (2020-43 / SIGIn) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



[illegible]

7. gust ing

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |





Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



FECHA: _____ (1)

SERVICIO: _____ (2)

T. S. _____ (3)

P E N D I E N T E S

| EXPEDIENTE | NIVEL | CAMA | NOMBRE | CARACTERÍSTICAS DEL CASO | PENDIENTE | REALIZADO URG. |
|------------|-------|------|--------|--------------------------|-----------|----------------|
| (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"PENDIENTES"

2020-19

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el formato |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio donde se elabora el formato |
| 3 | T.S | Nombre completo de la Trabajadora Social encargada de requisitar el formato |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente asignado en el Instituto a la paciente |
| 5 | NIVEL | Nivel socioeconómico otorgado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | CAMA | El número de cama o cuna en la que se encuentra la/el paciente |
| 7 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 8 | CARACTERÍSTICAS DEL CASO | Describir las características relevantes del caso |
| 9 | PENDIENTE | Los pendientes que se tengan que retomar en relación a la paciente |
| 10 | REALIZADO URG. | El procedimiento realizado en el Servicio de Urgencias |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|---|---------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-11 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 11.- Localización de Familiares | | Hoja: 1 de 7 |

11.- Localización de Familiares

[Handwritten signature in blue ink]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-11 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 11.- Localización de Familiares | | Hoja: 2 de 7 |

1. Propósito

- 1.1** Comunicar al familiar y/o persona responsable del/la paciente, aquellos aspectos relacionados con su manejo y tratamiento dentro del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer), a fin de coadyuvar de esta manera al manejo integral del/la mismo/a.

2. Alcance

- 2.1** A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2** A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1** Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Llevar a cabo las acciones necesarias para localizar al familiar y/o persona responsable del paciente, utilizando los recursos o herramientas disponibles en la Institución; así mismo, obtener del Sistema de Información y Gestión Institucional (SIGIn) los datos necesarios para llevar a cabo tal fin (número telefónico, domicilio, persona responsable del paciente, etc.) y de ser necesario, entrevistar a la paciente a fin de obtener información adicional que contribuya a la localización del familiar y/o persona responsable de la misma.
 - Solicitar autorización a quien corresponda, cuando sea necesario realizar llamadas de larga distancia para la localización del familiar de la paciente.
 - Enviar "Citatorio" (2020-10) al domicilio de la paciente y/o realizar visita domiciliaria (siempre y cuando se cuente con el recurso humano y vehículo disponible) y anexar formato a expediente clínico.
 - Solicitar la presencia, permanencia o acompañamiento del familiar de la paciente, cuando se trate de avisos de gravedad, fallecimiento, interconsultas o traslados (según corresponda), sin proporcionar informes que sean de competencia del personal médico.
 - Mantener comunicación efectiva con el/la Jefe/a del Servicio de Enfermería y equipo de salud sobre las actividades realizadas, a fin de optimizar la atención brindada a la paciente y la orientación e información proporcionada a sus familiares.
 - Solicitar al Departamento de Servicios, vehículo por medio de formato "Orden de Servicio" (5320-07) para la entrega del Citatorio y/o Visita Domiciliaria.
 - Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.



| | | | |
|--|---------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-11 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 11.- Localización de Familiares | | Hoja: 3 de 7 |

- Manejar con estricto resguardo los datos personales de las pacientes, mismos que serán protegidos, incorporados y tratados con fundamento en la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de los Sujetos Obligados.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación.

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-11 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 11.- Localización de Familiares | | Hoja: 4 de 7 |

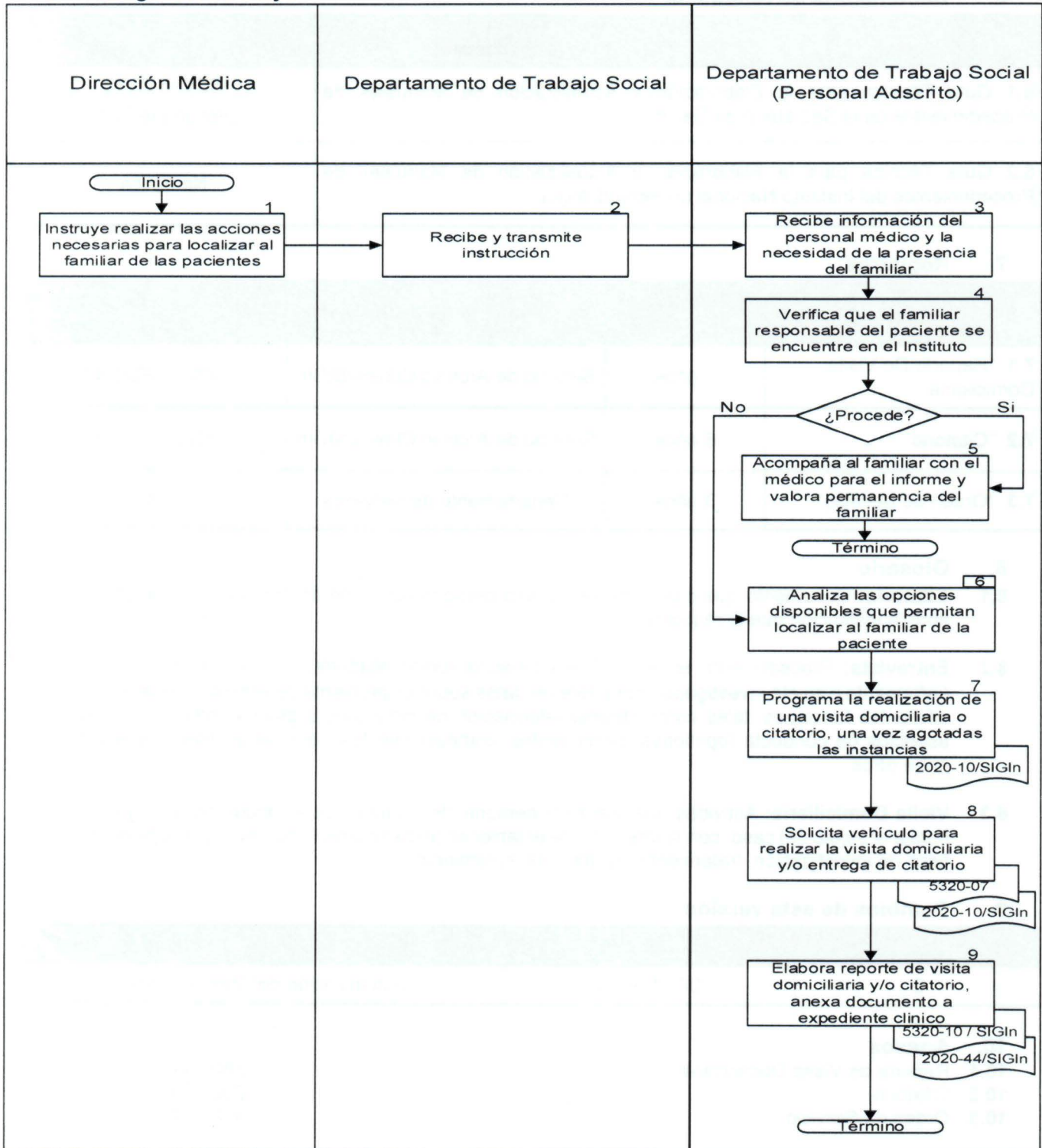
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye realizar las acciones necesarias para localizar a los familiares del paciente que así lo requiera, a fin de proporcionar atención integral a la paciente. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e instruye al personal adscrito valorar los casos que requieran localizar al familiar responsable del paciente. | |
| Departamento de Trabajo Social / Personal Adscrito | 3 | Recibe informe del personal médico, sobre el estado de salud del paciente y la necesidad de la presencia del familiar o persona responsable del mismo. | |
| | 4 | Verifica que el familiar o persona responsable del paciente se encuentre en el Instituto. ¿Procede? | |
| | 5 | Sí: acompaña al familiar o persona responsable con el médico tratante, para que informe el estado de salud de la paciente y se valore si requiere permanencia en el Instituto. Termina Procedimiento. | |
| | 6 | No: analiza las opciones disponibles que permitan localizar al familiar de la paciente y continuar localización hasta concretarla. | |
| | 7 | Programa, una vez agotadas todas las posibilidades y como último recurso, la realización de una "Visita Domiciliaria" o bien, el envío de un "Citatorio". | • 2020-10 / SIGIn |
| | 8 | Solicita al Departamento de Servicios por medio del formato "Orden de Servicio" vehículo para realizar la visita domiciliaria o enviar "Citatorio" | • 5320-07 • 2020-10 / SIGIn |
| | 9 | Elabora "Reporte de Visita Domiciliaria" y/o "Citatorio" y se anexa dicho documento al expediente clínico. | • 2020-10 / SIGIn • 2020-44 / SIGIn |
| | | Termina Procedimiento | |



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-11 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 11.- Localización de Familiares | | Hoja: 5 de 7 |

5. Diagrama de Flujo



7 jul

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-11 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 11.- Localización de Familiares | | Hoja: 6 de 7 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 "Reporte De Visita Domiciliaria" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-44 |
| 7.2 "Citatorio" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-10 |
| 7.3 "Orden de Servicio" | 3 años | Departamento de Servicios | 5320-07 |

8. Glosario

- 8.1 Citatorio:** Documento que cita o convoca a una persona con el fin de comparecer o presentarse ante la Institución que le requiere.
- 8.2 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a), solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones, tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otros.
- 8.3 Visita Domiciliaria:** Actividad que realiza el personal de Trabajo Social, acudiendo al lugar donde habita el sujeto del caso, con la intención de establecer contacto directo con éste y/o su familiar, con fines de investigación, tratamiento, ayuda o asesoramiento.



9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1** Reporte de Visita Domiciliaria (2020-44)
- 10.2** Citatorio (2020-10)
- 10.3** Orden de Servicio (5320-07)

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-11 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 11.- Localización de Familiares | | Hoja: 7 de 7 |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA**



FECHA: _____ (1)

Nombre: _____ (2)

Fecha de Nacimiento _____ Expediente: _____ (3) Nivel: _____

Domicilio: _____ (4)

Motivo por el que realiza la visita: _____ (5)

Reporte: _____ (6)

Resolución: _____ (7)

Trabajadora Social

Supervisora

(8)

Nombre completo y Firma

(9)

Nombre completo y Firma

2020-44

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA"

2020-44

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-----------------------------|--|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el reporte |
| 2 | NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO | El nombre completo de la paciente, el día, mes y año en que nació, |
| 3 | EXPEDIENTE, NIVEL | Número de expediente y nivel socioeconómico asignado por el instituto |
| 4 | DOMICILIO | Nombre de la calle, número interior y/o exterior, colonia, delegación o municipio y código postal |
| 5 | MOTIVO DE VISITA | Describir el motivo por el que se realiza la visita domiciliaria |
| 6 | REPORTE | Descripción de las condiciones de la vivienda, dinámica familiar y procedimientos realizados durante la entrevista por la Trabajadora Social |
| 7 | RESOLUCIÓN | Descripción de los procedimientos, soluciones o propuestas en términos concretos a ejecutar |
| 8 | TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social que realizó la visita domiciliaria |
| 9 | SUPERVISORA | Nombre completo y firma de la Supervisora de Trabajo Social |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



CITATORIO

CIUDAD DE MÉXICO, A ____ DE ____ (1) DE 20__

SR. (A): ____ (2) FECHA DE NACIMIENTO: ____

RESPONSABLE DE LA/EL PACIENTE: ____ (3)

EXPEDIENTE: ____ (4) CAMA: ____ (5) SERVICIO: ____

SE LE COMUNICA, SEA TAN AMABLE DE ACUDIR AL INSTITUTO EL DÍA ____ (6) A LAS ____ HRS.,
Y PRESENTARSE EN LA OFICINA DE TRABAJO SOCIAL UBICADA EN ____, PARA TRATAR
ASUNTO RELACIONADO CON SU PACIENTE.

ATENTAMENTE

(7)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

2020-10

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CITATORIO"

2020-10

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|--|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el citatorio |
| 2 | SR. (A), FECHA DE NACIMIENTO | El nombre de la persona responsable de la/el paciente, el día, mes y año en que nació |
| 3 | NOMBRE DE LA/EL PACIENTE | El nombre completo de la persona que quedará como responsable de la/el paciente ante el Instituto |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | CAMA, SERVICIO | El número de cama si se trata de la paciente o cuna si se trata del neonato y nombre del servicio en el que se encuentra hospitalizado |
| 6 | CITA | La fecha , hora de la cita, así como la ubicación de la oficina de Trabajo Social, donde se presentará el familiar responsable de la/el paciente |
| 7 | NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social que solicita la presencia de la persona responsable de la/el paciente |





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y CONSERVACIÓN

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS



ORDEN DE SERVICIO

| | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| ORDEN DE SERVICIO N° (1) | FECHA (2) | ECO. N° (3) |
| (4) | (5) | (6) |
| NOMBRE DEL CONDUCTOR | PLAZA N° | TURNO |

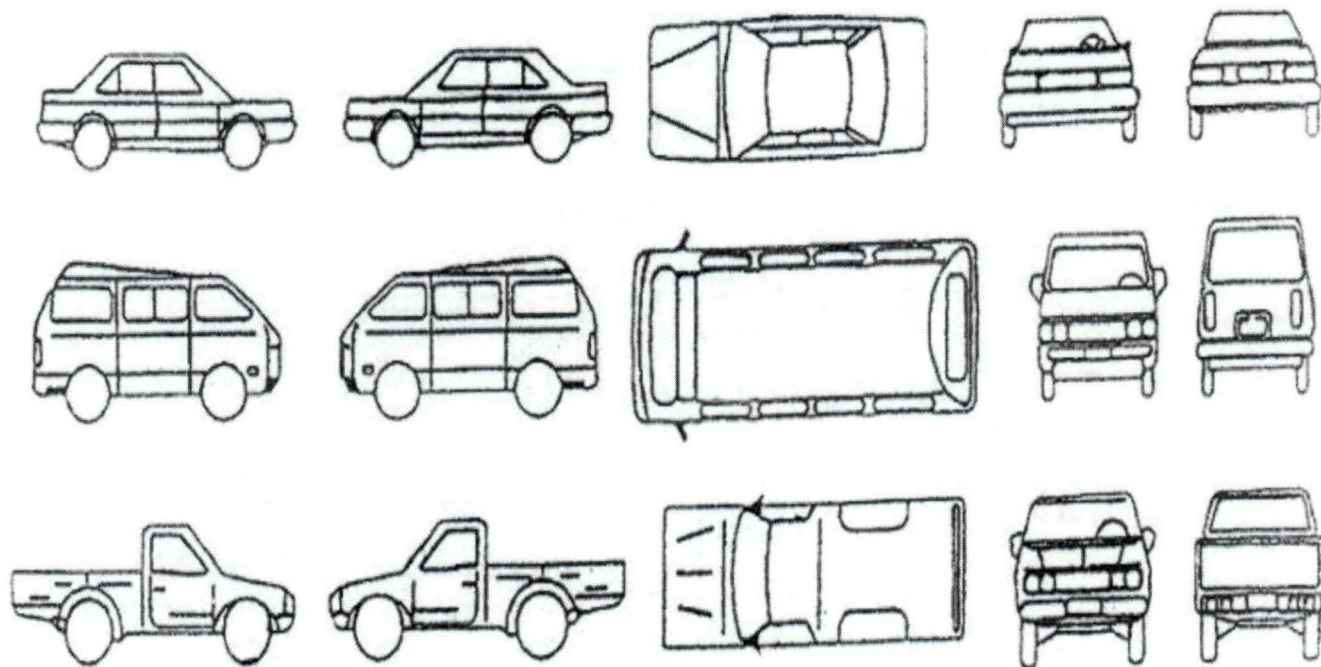
| | | |
|-------------------------|---|----------------------|
| TIPO DE SERVICIO | CONTROL DE SALIDA Y ENTRADA (8) | |
| BANCO DE SANGRE | | |
| COMUNIDAD | | |
| COMPRAS | | |
| CORREO (7) | HORA SALIDA: | HORA ENTRADA: |
| MENSAJERIA | KILÓMETROS RECORRIDOS CON ODÓMETRO (9) | |
| TRASLADO DE PACIENTES | | |
| TRANSPORTE PERSONAL | | |
| VISITAS DOMICILIARIAS | | |
| FORANEO | KMS. SALIDA: | KMS. ENTRADA: |

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|
| DATOS DEL SOLICITANTE (10) | | | |
| NOMBRE | | SERVICIO | EXTENSIÓN |
| NORMAL <input type="checkbox"/> | URGENTE <input type="checkbox"/> | | |
| CARÁCTER DEL SERVICIO (11) | HORA | DESTINO | CLAVE |

| | |
|---|--|
| VERIFICACIÓN DE VIGILANCIA | OBSERVACIONES / JUSTIFIC. (OTROS) |
| (12) | (13) |
| | |
| | |
| | |
| | |
| NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PLACA DE EL /LA VIGILANTE | |

| | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| (14) | (15) |
| FIRMA DEL CONDUCTOR | FIRMA DE EL/LA SOLICITANTE |

[Handwritten signature]



Estado General del Vehículo

Nivel Aceite

(16)

| Mn. | Mx. |
|-----|-----|
| | |

Nivel Gasolina

(17)



Salida



Entrada

(18)

| | SI | NO |
|------------------|----|----|
| Bateria | | |
| Encendedor | | |
| Espejo Derecho | | |
| Espejo Izquierdo | | |
| Extintuidor | | |
| Gato | | |
| Golpes | | |
| Llanta de Refac. | | |
| Limpiadores | | |
| Llave de Cruz | | |
| Rayones | | |
| Reflectores | | |
| Tapón Gasolina | | |
| Tapones Rueda | | |

CONDICIONES DEL VEHÍCULO

(19)

OBSERVACIONES MECANICAS

(20)

Handwritten signature



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

ORDEN DE SERVICIO

5320-07



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------------|---|
| 1 | Orden de servicio | El número de orden de servicio que le corresponda |
| 2 | Fecha | Día, mes y año que corresponda a la solicitud de servicio |
| 3 | Eco. N° | Número económico del vehículo |
| 4 | Nombre del conductor | Nombre completo del personal de transporte que conducirá el vehículo |
| 5 | Plaza | Número de plaza del personal de transporte que conducirá el vehículo. |
| 6 | Turno | El turno en el que labora el personal de transporte que conducirá el vehículo |
| 7 | Tipo de servicio | Con una "x" en el recuadro correspondiente |
| 8 | Control de salida y entrada | Tanto la hora de salida como la hora de entrada del vehículo en el espacio correspondiente |
| 9 | Kilómetros recorridos con odómetro | Los kilómetros que marca el vehículo tanto al momento de la salida, como a la entrada en el recuadro correspondiente |
| 10 | Datos del solicitante | Nombre completo del solicitante, servicio al que pertenece, número de extensión, la hora en que solicita el servicio, el lugar de destino y la clave del área |
| 11 | Carácter del servicio | Con una "x" en el recuadro correspondiente. |
| 12 | Verificación de vigilancia | Nombre completo, firma y N° de placa del personal de vigilancia que verifica |
| 13 | Observaciones/justific. | Domicilio completo del lugar de destino y la justificación de la orden de servicio |
| 14 | Firma del conductor | El nombre completo y firma del personal de transporte que va a conducir |
| 15 | Firma de el/la solicitante | El nombre completo y firma del personal que solicita el servicio |
| 16 | Nivel de aceite | Nivel de aceite que tiene el vehículo |
| 17 | Nivel de gasolina | Nivel de gasolina que tiene el vehículo a la salida y entrada Respectivamente |
| 18 | Cuadro | Con una "x" en el inciso correspondiente los implementos con que cuenta el vehículo a la salida |
| 19 | Condiciones del vehículo | Condiciones estéticas en que se encuentra el vehículo al realizar el servicio |
| 20 | Observaciones mecánicas | Condiciones mecánicas en que se encuentra el vehículo al realizar el servicio. |



| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 1 de 10 |

12- Manejo de Defunciones

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 2 de 10 |

1. Propósito

- 1.1 Proporcionar, asesoría, orientación, acompañamiento y manejo social a los familiares, cuando ocurra una defunción en el INPer y otorgar la información necesaria para la estadística de mortalidad.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, y a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a la Subdirección de Recursos Financieros y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Solicitar al personal de enfermería entregue, el "Aviso de Defunción" (2000-17), en un periodo no mayor a 15 minutos posteriores al deceso.
 - Vigilar la supervisora o Jefa de Trabajo Social, la existencia de Certificados de Defunción y llevar un archivo de los documentos correspondientes.
 - Constatar que el familiar o en su caso la agencia funeraria, entreguen 4 copias fotostáticas del Certificado de Defunción y/o del Certificado de Muerte Fetal al momento de la entrega del cadáver, así como hoja de salida del área de Cuentas Corrientes.
 - Revisar que el Certificado de Defunción no contenga errores y de ser así, entregar un juego nuevo al médico, recoger y cancelar el anterior.
 - Entregar la Autorización o Negación de Autopsia (2020-02 ó 2020-03) al Departamento de Anatomía Patológica a la brevedad posible, una vez que el familiar haya determinado la negación o consentimiento de la misma.
 - Constatar que el Departamento de Anatomía Patológica practique la autopsia al cadáver, en turnos especiales se notificara al Médico Jefe de Guardia quién designara al Médico Residente para la realización de la misma.
 - Rendir el informe correspondiente respecto de las defunciones ocurridas, a fin de integrar las estadísticas de mortalidad y enviar la documentación al Servicio de Archivo Clínico para su integración en el expediente clínico, de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
 - Verificar que sea entregado al personal médico tratante, el formato de Certificado de Defunción y/o Certificado de Muerte Fetal y borrador del mismo con los datos de identificación de él o la paciente.
 - Acompañar al familiar al Departamento de Anatomía Patológica para la recepción del cadáver.
 - Proporcionar al familiar y/o persona responsable la "Autorización de Salida de Carroza" (2020-11).
 - Resguardar las claves de acceso que les sean entregadas para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como, entregarlas al momento de cambio de servicio o de ser el caso, baja institucional.

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 3 de 10 |

- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación
- 3.2** Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Subdirección de Neonatología, verificar que los Departamentos de Cuidados Intensivos Neonatales; Cuidados Intermedios al Recién Nacido, Alojamiento Conjunto y la Coordinación de Cuidados Inmediatos del Recién Nacido, que el personal Médico/a Adscrito y Residente, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Supervisar que el personal Médico Adscrito y Médicos Residentes del INPer realicen el Curso virtual sobre el correcto llenado del Certificado de Defunción, para el registro adecuado de las causas de muerte, acorde a los estándares establecidos por la OMS.
 - Informar al familiar o persona responsable del/a paciente sobre la defunción, así como solicitarle firme la autorización de Autopsia o en su caso la negación de la misma.
 - Elaborar el Certificado de Defunción sin enmendaduras ni abreviaturas el/la Jefe/a del Servicio o de guardia indicará qué médico/a lo elaborará, cuando el responsable del caso no se encuentre.
 - Consultar al personal de Trabajo Social ante cualquier duda sobre el manejo de Defunciones.
 - Designar el/la Jefe/a de guardia de Ginecología y Obstetricia a un médico/a residente, en caso de no encontrarse un/a médico/a anatomopatólogo/a presente, para realizar la identificación y/o reconocimiento del cadáver, la anotación de los datos en "Libreta de registro de cadáveres" y entregarlo a los familiares cuando acudan con la agencia funeraria solicitando el acompañamiento del personal del departamento de Trabajo Social.
 - Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes/as, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.



[Handwritten signature in blue ink]

| | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 4 de 10 |

4. Descripción del procedimiento

| Responsable | Nº Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|---|---------|---|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social se apoye a familiares y/o persona responsable del/a paciente en caso de Defunción. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción y verifica que el personal adscrito realice el procedimiento Manejo de Defunciones en caso de Defunción del/la paciente. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe el Aviso de Defunción por parte del Personal de Enfermería, anota el día, hora y fecha. | • 2000-17/SIGIn |
| | 4 | Entrega Certificado de Defunción al Médico tratante. | • Certificado de Defunción |
| | 5 | Localiza al familiar y/o persona responsable del/la paciente y establece comunicación entre éste y el Médico/a tratante. | |
| Médico Tratante | 6 | Informa de la defunción al familiar y la necesidad de firmar el formato de Autorización o Negación de Autopsia y elabora el Certificado de Defunción o Muerte Fetal | <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Defunción • Certificado de Muerte Fetal |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 7 | Elabora formato de Autorización de Autopsia y solicita firma. ¿Procede? | • 2020-02/SIGIn |
| | 8 | No: Requisita el formato de Negación de Autopsia y solicita la firma correspondiente y entrega documentación al Depto. de Anatomía Patológica. Pasa a la actividad No. 10. | • 2020-03/SIGIn |
| | 9 | Sí: Llena los formatos correspondientes, anexa la Autorización de Autopsia, solicita la firma y entrega toda la documentación al Departamento de Anatomía Patológica. Continúa procedimiento. | • 2020-02/SIGIn |
| | 10 | Orienta e informa a los familiares respecto de los trámites funerarios, los lineamientos de sanidad, su estado de cuenta y el saldo que deberá cubrir (en el caso de no aplicar el beneficio de servicios gratuitos). | |
| | 11 | Solicita al familiar indique fecha y hora en la que se presentará la carroza. | |

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 5 de 10 |

| Responsable | Nº Act. | Descripción de actividades | Documento anexo |
|---|---------|---|--|
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 12 | Entrega al familiar el Certificado de Defunción en original y 4 copias y registra la información en la Libreta de Relatoria y de Control de Trabajo Social. | <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de Defunción • Libreta de relatoria y de control de T.S. |
| | 13 | Acude con familiar y agencia funeraria al Departamento de Anatomía Patológica, verifica el familiar los datos del cadáver con el Médico Anatomopatólogo o en su defecto el Médico de guardia o residente para la entrega del cadáver. | |
| | 14 | Entrega al familiar la Autorización de Salida de la Carroza y al Supervisor de Trabajo Social, el Aviso de Defunción, 4 copias de Certificado de Defunción y 4 copias de la Autorización de Autopsia o Negación de Autopsia. | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-11/SIGIn • 2000-17/SIGIn • 2020-02/SIGIn • 2020-03/SIGIn |
| | 15 | Recibe el/la Supervisor/a de Trabajo Social, la papelería, firma Libreta de Control y registra información en Informe Mensual y envía la documentación al Servicio de Archivo Clínico para su integración en el expediente clínico. | <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de Relatoria y Control • Informe Mensual |
| Termina Procedimiento | | | |

[Handwritten signature]



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Trabajo Social

12.- Manejo de Defunciones

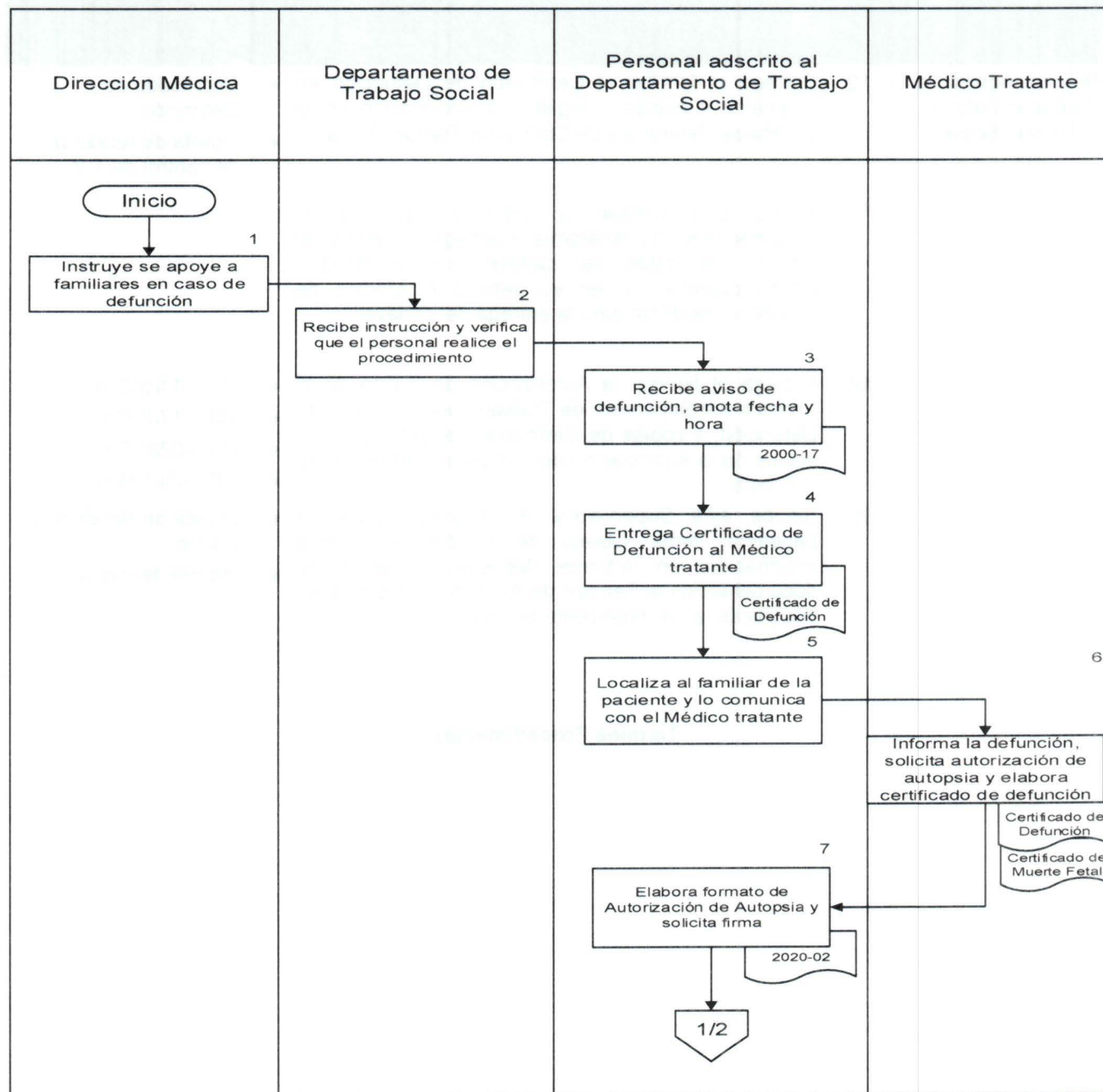


INPer-DM-DTS-
MP-12



Rev. 9

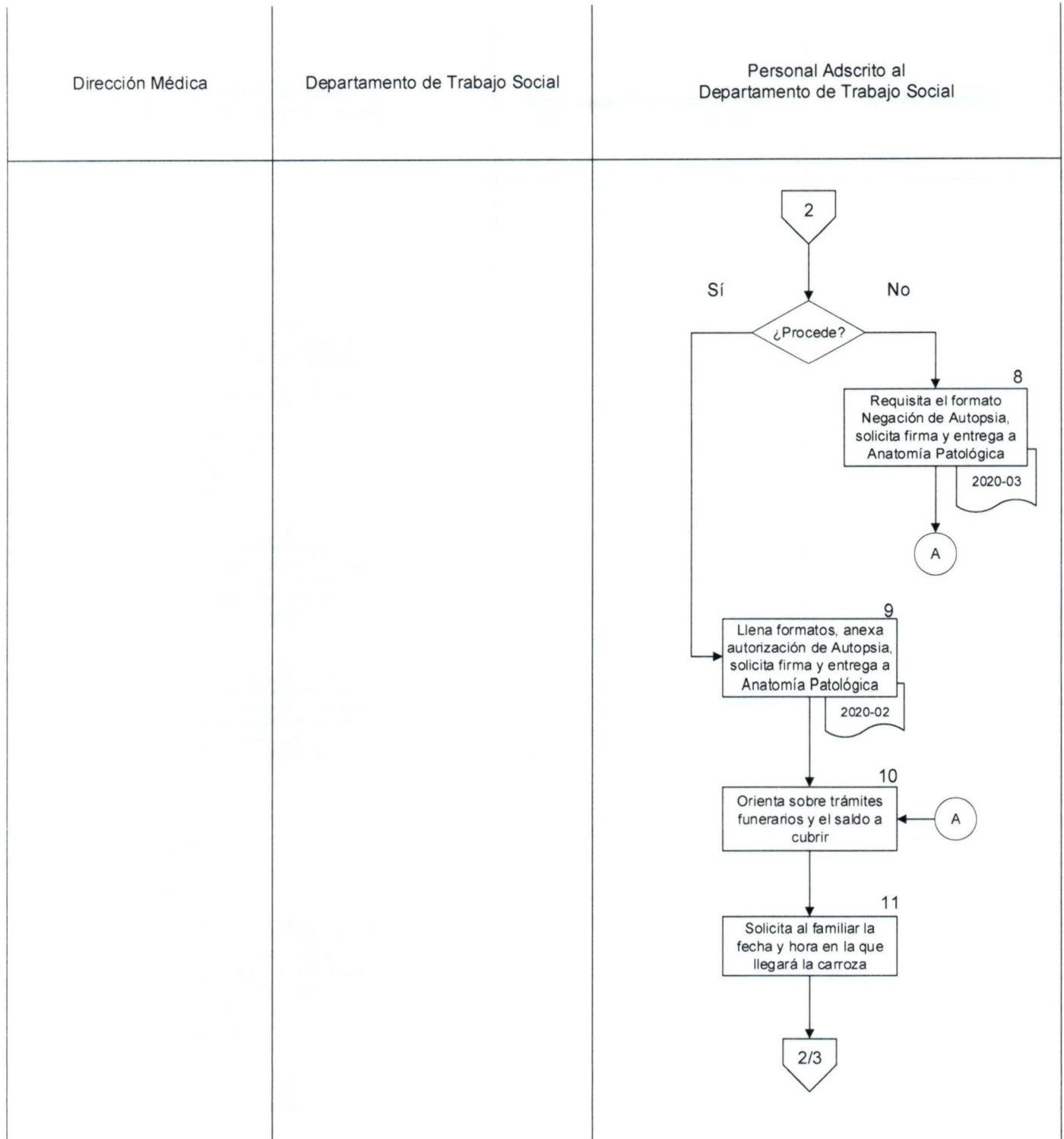
Hoja: 6 de 10

5. Diagrama de Flujo





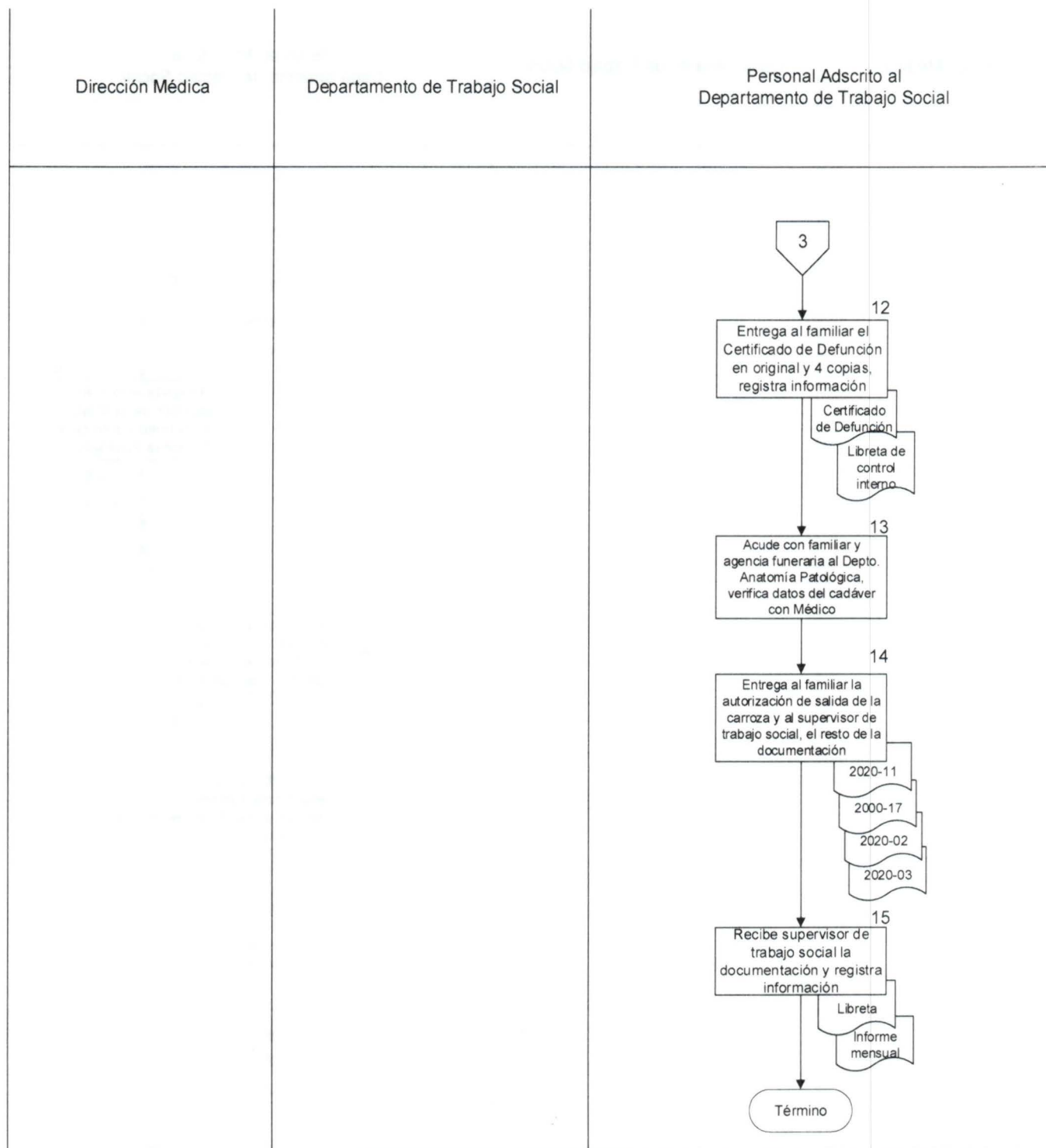
[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 7 de 10 |



Handwritten signature and initials in blue ink.

| | | | |
|--|--------------------------------|---|--------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 8 de 10 |



Handwritten signature

| | | | |
|--|--------------------------------|--|--------------------|
| | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | | INPer-DM-DTS-MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 9 de 10 |



6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|----------------------------------|
| 6.1 Manual de Llenado del Certificado de Defunciones y Certificado de Muerte Fetal, Modelo 2017 | REV. 6 9/2017 2017 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. | NOM-024-SSA3-2012 |
| 6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. | NOM-004-SSA3-2012 |
| 6.5 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 Aviso de Defunción | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2000-17 |
| 7.2 Certificado de Defunción y/o Muerte Fetal | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | N/P |
| 7.3 Autorización de Autopsia | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-02 |
| 7.4 Negación de Autopsia | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-03 |
| 7.5 Libreta de Relatoría y Control | N/P | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.6 Autorización de Salida de Carroza | 6 años | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4S.5/2020-11 |
| 7.7 Informe Mensual | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-12 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 12.- Manejo de Defunciones | | Hoja: 10 de 10 |

8 Glosario

- 8.1 Certificado de Defunción:** Documento oficial que se realiza para toda persona que haya fallecido después de haber nacido vivo, lo cual pudo ocurrir en minutos, horas, días, meses o años posteriores al nacimiento.
- 8.2 Certificado de Muerte Fetal:** Se elabora para los productos de la concepción que mueren antes de ser expulsados o extraídos del cuerpo de la madre. La ley General de Salud considera, el producto de la concepción a partir de la décimo tercera semana de edad gestacional (2015).
- 8.3 Trámite de Defunción:** Procedimiento realizado ante un fallecimiento.

9 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la actualización | Descripción del cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10 Anexos

- 10.1** Aviso de Defunción (2000-17)
- 10.2** Autorización de Autopsia (2020-02)
- 10.3** Negación de Autopsia (2020-03)
- 10.4** Autorización de Salida de Carroza (2020-11)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA



AVISO DE DEFUNCIÓN

Ciudad de México, a _____ de _____ (1) de 20 _____

NOMBRE: _____ (2) EXPEDIENTE: _____ (3)

INFORME DE:

MUERTE FETAL (4) ☐

DEL DÍA: _____ (5)

MUERTE NEONATAL ☐

HORA DE FALLECIMIENTO: _____

SEXO: ☐ F ☐ M

INDETERMINADO ☐

CUNA: _____

MUERTE MATERNA ☐

CAMA: _____

SERVICIO: _____ (6)

(7)

(8)

NOMBRE Y CLAVE DEL/LA ENFERMERO/A

NOMBRE Y CLAVE DEL/LA MÉDICO/A

NOTA: ESTE REPORTE DEBERÁ DARSE EN LOS PRIMEROS 15 MINUTOS DESPUÉS DEL DECESO

ORIGINAL: TRABAJO SOCIAL

COPIA 1: ARCHIVO CLÍNICO

COPIA 2: PATOLOGÍA

COPIA 3: CUENTAS CORRIENTES

2000-17

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Cd. de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

(2)

(2)

9 jul 2017

INSTRUCTIVO DE LLENADO

"AVISO DE DEFUNCIÓN"

2000-17

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|---|
| 1 | FECHA | Día, mes y año en que se requisito el formato |
| 2 | NOMBRE COMPLETO | Nombre completo del/la paciente fallecido/a |
| 3 | EXPEDIENTE | Especificar el número de expediente asignado por el Instituto en el momento de su ingreso |
| 4 | INFORME DE | Especificar con una X el tipo de muerte que se presento |
| 5 | DÍA Y HORA DE FALLECIMIENTO, N° DE CAMA O CUNA | El día y hora en que ocurrió la defunción, el número de cama o cuna según sea el caso |
| 6 | SERVICIO | Nombre del servicio en el que ocurre el fallecimiento |
| 7 | NOMBRE Y CLAVE DE ENFERMERÍA | Nombre completo de la/el enfermera/o que asistió la defunción, así como la clave de empleado que le fue asignado por el Instituto |
| 8 | NOMBRE Y CLAVE DEL/A MÉDICO/A | Nombre completo del/la médico/a que asistió la defunción, así como su clave de empleado/a |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



AUTORIZACIÓN DE AUTOPSIA (ESTUDIO POSTMORTEM)

Las autopsias son procedimientos médicos y científicos que se realizan para establecer con la mayor precisión posible la causa de la muerte; en ello se emplea la disección (división) y evisceración (extracción de órganos), con el fin de obtener información anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que sufrió en vida el paciente. Se debe considerar que en ocasiones dichas causas pueden ser indeterminadas.

(1)

(2)

**NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE QUE AUTORIZA
(DISPONENTE SECUNDARIO)**

PARENTESCO

de:

(3)

Autorizo y solicito al Departamento de Anatomía Patológica y personal médico de esta Institución, a realizar un estudio postmortem completo (autopsia) del cuerpo de mi familiar, fallecido/a el día (4) de _____ de _____, con número de expediente: (5) _____ en el servicio de (6) _____

Con el propósito de determinar la causa de la muerte y para la mayor comprensión de todas las condiciones que contribuyeron a ésta. Entiendo que en esta Institución Médica, el propósito habitual es la remoción (separación) de ciertos órganos y tejidos que serán retenidos con propósitos de enseñanza, investigación y otros fines científicos, aun cuando tales órganos y tejidos no necesariamente estén relacionados con la causa de la muerte. También he sido informado/a de que tales órganos y tejidos permanecerán en el Departamento de Anatomía Patológica del Instituto durante un tiempo máximo de 2 (dos) meses considerados a partir de la autorización, y que, posteriormente, de acuerdo con la legislación vigente, serán incinerados sin posibilidad de recuperarlos. Todo lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 350 bis 2 y 350 bis 3 de la Ley General de Salud y Artículo 7º, Capítulo I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Entiendo que será enviado un reporte completo de la autopsia al expediente clínico para que pueda recibir información por escrito de los resultados. Entiendo también que cualquier información que se derive de la autopsia será estrictamente confidencial en términos de la ley y normatividad aplicables, y que tal información, en caso de ser participada a la comunidad médica, respetará el anonimato de mi familiar.

Manifiesto que he sido informado/a acerca de la naturaleza general y los propósitos del procedimiento y que todas las preguntas que he realizado me han sido contestadas satisfactoriamente.

Ciudad de México, a _____ de _____ (7) _____ de _____

TESTIGOS

(8)

(11)

**NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL
FAMILIAR O RESPONSABLE QUE AUTORIZA
(DISPONENTE SECUNDARIO)**

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL

Parentesco: _____

Domicilio: _____

Identificación: _____

(9)

Identificación: _____

(10)

(12)

(13)

NOMBRE Y FIRMA DEL/LA MÉDICO/A SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

[Handwritten signatures]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"AUTORIZACIÓN DE AUTOPSIA" (ESTUDIO POSTMORTEM)

2020-02

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|--|
| 1 | NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE QUE AUTORIZA | El nombre completo del familiar o responsable del/la paciente que autoriza |
| 2 | PARENTESCO | Relación que guarda el familiar o persona responsable con el/la fallecido/a |
| 3 | NOMBRE DE LA PACIENTE O RECIÉN NACIDA/O FALLECIDA/O | El nombre completo de la paciente o recién nacida/o al cual se autoriza la realización de la Autopsia |
| 4 | FECHA DE FALLECIMIENTO | El día, mes y año en que el/la recién nacido/a o la paciente falleció |
| 5 | Nº DE EXPEDIENTE | El número de expediente que se le asigno a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 6 | SERVICIO | Nombre del Servicio en que ocurrió el fallecimiento |
| 7 | FECHA DE ELABORACIÓN | La fecha en que se elabora el documento (día, mes y año) |
| 8 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL FAMILIAR O RESPONSABLE | El nombre completo y firma o huella digital (en caso de ser necesaria) del familiar o responsable que autoriza la autopsia |
| 9 | DOMICILIO | Domicilio completo del familiar o responsable que autoriza |
| 10 | IDENTIFICACIÓN | Especificar el documento que presenta para acreditar su identidad |
| 11 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL SEGUNDO TESTIGO | El nombre completo y la firma o huella digital del segundo testigo y parentesco que guarda con la/el fallecida/o e identificación presentada |
| 12 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL/LA MÉDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo y la firma del/la Médico/a que solicita la autopsia del/la paciente |
| 13 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social que realiza el trámite |





NEGACIÓN DE AUTOPSIA (ESTUDIO POSTMORTEM)

Las autopsias son procedimientos médicos y científicos que se realizan para establecer con la mayor precisión posible la causa de la muerte; en ello se emplea la disección (división) y evisceración (extracción de órganos), con el fin de obtener información anatómica sobre la causa, naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad que sufrió en vida la/el paciente. Se debe considerar que en ocasiones dichas causas pueden ser indeterminadas.

(1)

(2)

NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE QUE
NO AUTORIZA (DISPONENTE SECUNDARIO)

PARENTESCO

(3)

de: _____

Declaro bajo protesta de decir verdad, que he sido informada/o acerca de la naturaleza general y los propósitos del procedimiento de autopsia y que todas las preguntas que he realizado me han sido contestadas satisfactoriamente. Sin embargo, manifiesto libremente MI NEGATIVA en la realización del estudio postmortem (autopsia) de mi familiar, fallecida/o el día ____ de ____ (4) de ____ con número de expediente ____ (5), en el servicio de ____ (6).

He sido informada/o debidamente que mi negativa no me ocasionará ninguna consecuencia desde el punto de vista administrativo, y a continuación expongo el motivo de mi negación al estudio postmortem (autopsia): ____ (7)

Ciudad de México, a ____ de ____ (8) de ____

TESTIGOS

(9)

(12)

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL
FAMILIAR O RESPONSABLE QUE AUTORIZA
(DISPONENTE SECUNDARIO)

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DIGITAL
Parentesco: _____
Identificación: _____

Domicilio: ____ (10)

Identificación: ____ (11)

(13)

(14)

NOMBRE Y FIRMA DEL/LA MÉDICO/A SOLICITANTE

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NEGACIÓN DE AUTOPSIA" (ESTUDIO POSTMORTEM)

2020-03

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|--|
| 1 | NOMBRE DEL FAMILIAR O RESPONSABLE QUE NIEGA | El nombre completo del familiar o responsable del/la paciente que niega la autopsia |
| 2 | PARENTESCO | Relación que guarda el familiar o persona responsable con el/la fallecido/a |
| 3 | NOMBRE DE LA PACIENTE O RECIÉN NACIDA/O FALLECIDA/O | El nombre completo de la paciente o recién nacida/o al cual se niega la realización de la Autopsia |
| 4 | FECHA DE FALLECIMIENTO | El día, mes y año en que el/la recién nacido/a o la paciente falleció |
| 5 | N° DE EXPEDIENTE | El número de expediente que se le asigna a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 6 | SERVICIO | Nombre del Servicio en que ocurrió el fallecimiento |
| 7 | MOTIVO DE LA NEGACIÓN DE LA AUTOPSIA | Describir los motivos por los cuales el familiar o responsable niega el estudio de autopsia |
| 8 | FECHA DE ELABORACIÓN | La fecha en que se elabora el documento (día, mes y año) |
| 9 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL FAMILIAR O RESPONSABLE | El nombre completo y firma o huella digital (en caso de ser necesaria) del familiar o responsable que autoriza la autopsia |
| 10 | DOMICILIO | Domicilio completo del familiar o responsable que autoriza |
| 11 | IDENTIFICACIÓN | Especificar el documento que presenta para acreditar su identidad |
| 12 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA O HUELLA DIGITAL DEL SEGUNDO TESTIGO | El nombre completo y la firma o huella digital del segundo testigo y parentesco que guarda con la/el fallecida/o e identificación presentada |
| 13 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL/LA MÉDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo y la firma del/la Médico/a que solicitó la autopsia del/la paciente |
| 14 | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social que realiza el trámite |





INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPONOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



AUTORIZACIÓN DE SALIDA DE CARROZA

SE AUTORIZA LA SALIDA DEL (A) SR. (A) _____ (1)

CON LA CARROZA QUE TRANSPORTA A SU FAMILIAR FALLECIDO
EN ESTE INSTITUTO

NOMBRE DE LA T.S. _____ (2)

FIRMA: _____ (3) SERVICIO: _____ (4)

FECHA: _____ (5) HORA: _____ (6)

2020-11

[Handwritten signature]



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"AUTORIZACIÓN DE SALIDA DE CARROZA"

2020-11



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------------------|---|
| 1 | SE AUTORIZA LA SALIDA DEL(A) SR.(A) | El nombre completo del familiar autorizado para salir con la carroza que transporta a su familiar fallecido |
| 2 | TRABAJO SOCIAL | Nombre completo del/a Trabajadora Social |
| 3 | FIRMA | Firma del/a Trabajadora Social |
| 4 | SERVICIO | Nombre del servicio en donde fue el desceso |
| 5 | FECHA | El día, mes y año en que sale la carroza que transporta al (la) fallecido/a |
| 6 | HORA | Especificar la hora en que sale la carroza que transporta al (la) fallecido/a |



| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-13 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 13.- Egreso Voluntario | | Hoja: 1 de 8 |

13.- Egreso Voluntario

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-13 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 13.- Egreso Voluntario | | Hoja: 2 de 8 |

1. Propósito

- 1.1 Brindar asesoría y orientación a la paciente, familiar, tutor o representante legal, que solicita el egreso voluntario aún en contra de la recomendación médica, a fin de relevar de toda responsabilidad al Instituto.

2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a la Subdirección de Recursos Financieros y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.



3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1. Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través del Departamento de Trabajo Social cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Verificar que sea elabore el formato de "Egreso voluntario" (2020-25), una vez que el Médico Adscrito o Médico Jefe de Guardia haya informado con claridad y exactitud a los familiares de las condiciones de salud en la que se encuentra el paciente y/o neonato, y de los riesgos que implica su decisión.
- Notificar a la paciente, familiar, tutor o representante legal, que al solicitar el egreso voluntario, deberá cubrir el pago de los servicios otorgados, de acuerdo a la asignación de la cuota de recuperación correspondiente, sin alternativa de pago, cuando la paciente sea derechohabientes a cualquier esquema de seguridad social.
- Informar a Cuentas Corrientes de la solicitud de egreso voluntario de la paciente, familiar, tutor o representante legal, para la gestión del trámite correspondiente a su servicio.
- Enviar al Servicio de Archivo Clínico la papelería correspondiente, para ser integrada al Expediente Clínico, de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
- Capturar en la plataforma electrónica correspondiente, el total de los insumos y procedimientos derivados de la atención proporcionada a los/as pacientes/as, así como plasmar las firmas de captura y autorización del personal de la salud que lo realiza y del que autoriza. Dicho documento deberá contar también con el nombre y número de cédula profesional respectiva, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA3-2012. Sistemas de información de registro electrónico para la salud.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

- 3.2. Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Subdirección de Neonatología, Subdirección de Reproducción Humana, a los





| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-13 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 13.- Egreso Voluntario | | Hoja: 3 de 8 |

Departamentos, a sus Coordinaciones y Residentes, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Notificar a la paciente, familiar, tutor o representante legal, los riesgos y consecuencias que pudieran originar en la salud paciente y/o neonato, la solicitud de egreso voluntario y que, releva de toda responsabilidad al Instituto.
 - Notificar a la Trabajadora Social, cuando la paciente, familiar, tutor o representante legal hayan solicitado el egreso voluntario para elaborar el formato de "Egreso Voluntario" (2020-25).
 - En caso de egreso voluntario para continuar el tratamiento médico en otro establecimiento para la atención médica deberá elaborar documento conforme lo previsto en el apartado 10.2 al 10.3 de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
 - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- 3.3.** Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, verificar que la Subdirección de Recursos Financieros, a través del Departamento de Tesorería, verifique que el Área de Cuentas Corrientes, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Supervisar que el estado de cuenta del/a paciente sea integrado, de acuerdo a los servicios proporcionados, al costo de los mismos y a la clasificación asignada por el Departamento de Trabajo Social.
 - Verificar que se informe a la paciente o familiar responsable, la cantidad a pagar y se haga la solicitud del mismo.
 - Supervisar que sea entregada a la paciente o familiar responsable la hoja de no Adeudo.
 - Recoger el "Carnet" (2003-18), al familiar una vez liquidada la cuenta hospitalaria.

[Handwritten signature]

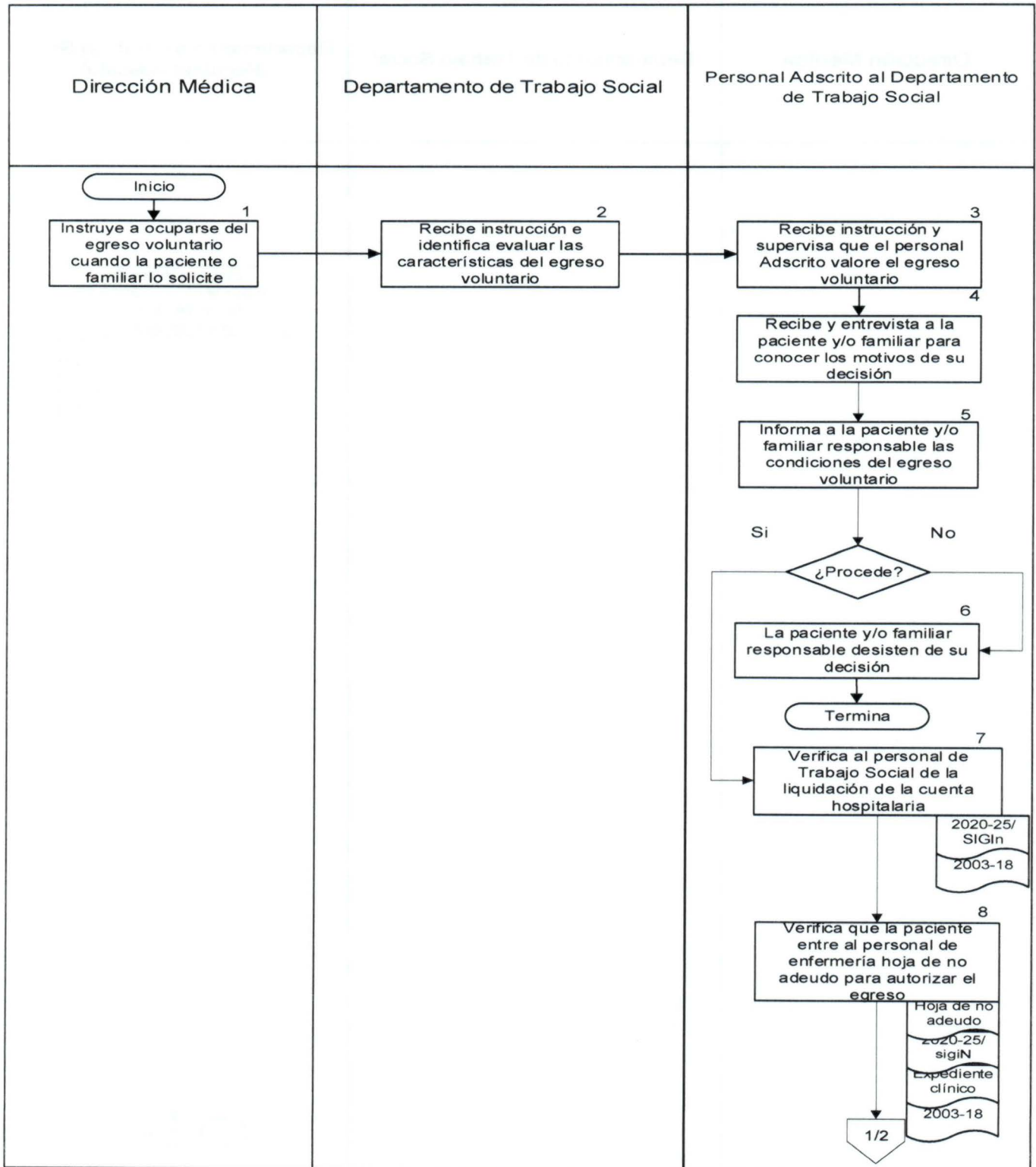
| | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | INPer-DM-DTS- MP-13 |
| | Departamento de Trabajo Social | | | Rev. 9 |
| | 13.- Egreso Voluntario | | | Hoja: 4 de 8 |

4. Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|---|----------|--|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social apoye al familiar responsable de la paciente y/o neonato la solicitud de egreso voluntario del Instituto. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal Adscrito evaluar las características del "Egreso Voluntario" solicitada por la paciente y/o familiar. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe aviso por parte del Médico y/o Enfermería de la solicitud de Egreso Voluntario de la paciente y/o familiar. | |
| | 4 | Entrevista a la paciente y/o familiar para conocer los motivos de su decisión, comenta con el médico las características del caso y verifica si este último informe de los riesgos y consecuencias en la salud de la paciente y/o neonato. | |
| | 5 | Informa a la paciente y/o familiar, las condiciones en que se proporciona el "Egreso Voluntario" (cancelación de expediente y liquidación de cuenta total en caso de que aplique) y espera respuesta. ¿Procede? | |
| | 6 | No: La paciente y/o familiar responsable desisten de su decisión. Termina procedimiento. | |
| | 7 | Sí: verifica el personal de Trabajo Social en Cuentas Corrientes que se haya liquidado el saldo total de la cuenta hospitalaria, elabora el formato de "Egreso Voluntario" original y dos copias y recoge el "Carnet". | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-25/SIGIn • 2003-18 |
| | 8 | Verifica que la paciente entregue al personal de Enfermería hoja de no adeudo para autorizar el egreso del/a paciente, anexa en expediente clínico el formato original de "Egreso Voluntario" entrega copias a Supervisión, junto con el "Carnet". | <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de no adeudo • 2020-25/SIGIn • Expediente Clínico • 2003-18 |
| | 9 | Elabora "Nota de Seguimiento" y reporta en "Libreta de relatoría" e "Informe Diario". | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-13/SIGIn • Libreta de Relatoría • 2020-43/SIGIn |
| | | Termina Procedimiento | |

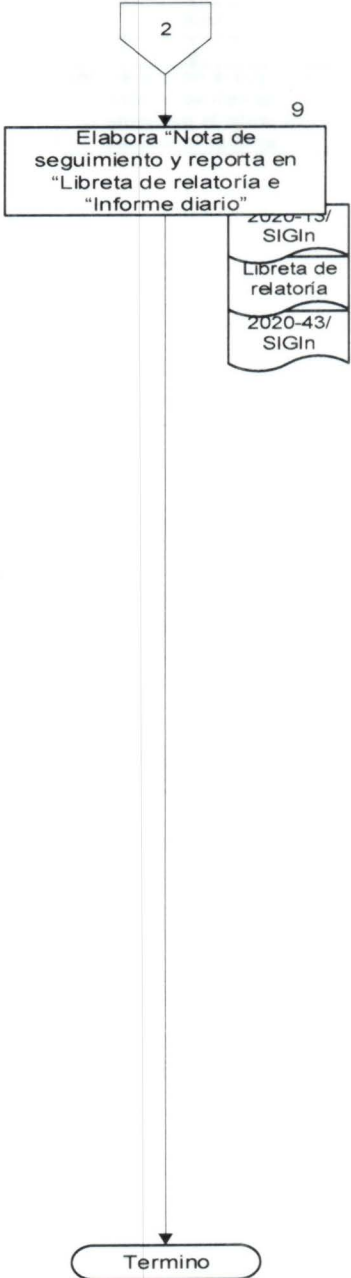
[Handwritten signature]

5. Diagrama de Flujo





Handwritten signature

| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-13 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 13.- Egreso Voluntario | | Hoja: 6 de 8 |

| Dirección Médica | Departamento de Trabajo Social | Departamento de Trabajo Social (Personal Adscrito) |
|------------------|--------------------------------|--|
| | |  <pre> graph TD 2[2] --> 9[9] 9 --> T([Termino]) </pre> <p>Elabora "Nota de seguimiento y reporta en "Libreta de relatoria e "Informe diario"</p> <p>2020-13/ SIGIn Libreta de relatoria 2020-43/ SIGIn</p> <p>Termino</p> |

Handwritten signature

| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-13 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 13.- Egreso Voluntario | | Hoja: 7 de 8 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. | NOM-024-SSA3-2012 |
| 6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. | NOM-004-SSA3-2012 |
| 6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|----------------------------|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 "Egreso Voluntario" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-25 |
| 7.2 "Carnet de citas" | N/P | Paciente | 2003-18 |
| 7.3 "Hoja de No Adeudo" | 1 año | Departamento de Tesorería | Documento de comprobación inmediata |
| 7.4 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-13 |
| 7.5 "Libreta de Relatoría" | N/P | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.6 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |

8. Glosario

- 8.1 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otro (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otros.
- 8.2 Carnet:** Documento que identifica a la población usuaria de los servicios del Instituto, en el que se programa las citas para otorgar los servicios médicos.
- 8.3 Egreso Voluntario:** Documento por medio del cual el paciente, el familiar más cercano, tutor o representante legal, solicita el egreso con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.



| | | | |
|---|--------------------------------|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-13 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 13.- Egreso Voluntario | | Hoja: 8 de 8 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

| | | |
|------|---------------------|-----------|
| 10.1 | Alta Voluntaria | (2020-25) |
| 10.2 | Carnet de Citas | (2003-18) |
| 10.3 | Nota de seguimiento | (2020-13) |
| 10.4 | Informe Diario | (2020-43) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



ALTA VOLUNTARIA

CIUDAD DE MÉXICO, A _____ DE _____ (1) DE 20 _____

YO _____ (2), FECHA DE NACIMIENTO _____,
EXPEDIENTE _____ (3) Y/O _____ (4) EN PLENO USO DE
MIS FACULTADES MENTALES Y DESPUÉS DE QUE SE ME HA EXPLICADO CON CLARIDAD LAS
CONDICIONES DE SALUD Y EL MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN Y/O ATENCIÓN EN EL SERVICIO
DE _____ (5) CAMA/CUNA _____ (6), SOLICITO EL ALTA
VOLUNTARIA _____ (7) DEL INSTITUTO NACIONAL DE
PERINATOLOGÍA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES, EN EL ENTENDIMIENTO ABSOLUTO DE QUE A
PARTIR DEL MOMENTO, EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD AL PERSONAL QUE LABORA EN
ESTA INSTITUCIÓN Y ACEPTO TODAS LAS CONSECUENCIAS QUE IMPLICA ESTA DECISIÓN.

ATENTAMENTE

(8)
NOMBRE Y FIRMA DEL/LA RESPONSABLE
PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____

(9)
NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE
DOMICILIO: _____

TESTIGOS

(10)
MÉDICO/A ADSCRITO/A
NOMBRE Y FIRMA

ENFERMERA/O ENCARGADA/O
NOMBRE Y FIRMA

TRABAJADORA SOCIAL
NOMBRE Y FIRMA

2020-25

[Handwritten signatures]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"ALTA VOLUNTARIA"

2020-25

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-----------------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el formato |
| 2 | YO, FECHA DE NACIMIENTO | Nombre completo de la paciente que recibió los servicios médicos en el INPer, el día, mes y año en que nació |
| 3 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 4 | Y/O | El nombre completo del familiar o responsable de la/el paciente |
| 5 | SERVICIO | El nombre del Servicio en el que se encuentra hospitalizada la paciente y/o el/la recién nacido/a |
| 6 | CAMA | El número de cama o cuna asignado a la/el paciente |
| 7 | ALTA VOLUNTARIA | Especificar, si es la paciente, el recién nacido/a o ambos |
| 8 | NOMBRE Y FIRMA DEL/LA RESPONSABLE | El nombre completo, firma, parentesco y domicilio del/la responsable |
| 9 | NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE | Nombre completo, firma y domicilio de la paciente |
| 10 | TESTIGOS | Nombre completo y firma del/la Médico/a Adscrito/a o Jefe/a de Guardia, Jefe/a de Enfermería y de la Trabajadora Social |



SECRETARÍA DE SALUD

- Conmutador Ext.: 111**



Carnet de Citas

(2)

FECHA: _____ (3) _____
DIA MES AÑO

2003-18

[illegible][illegible]

ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)

A SOMATOMETRIA (SIGN)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------|--|
| 1 | NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



SECRETARÍA DE SALUD

- (1)



Carnet de Citas

(2)

FECHA: (3)
DIA MES AÑO

CONSULTA EXTERNA

[illegible][illegible]

“AHORRE TIEMPO, PAGUE POR ANTICIPADO SU ATENCION LAS 24 HORAS DEL DÍA”
ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18 A

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------|--|
| 1 | NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | Nº DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-14 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 14.- Visita Domiciliaria | | Hoja: 1 de 6 |

14.- Visita Domiciliaria

Handwritten signature and initials in blue ink.

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-14 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 14.- Visita Domiciliaria | | Hoja: 2 de 6 |

1. Propósito

- 1.1 Corroborar, en casos específicos, la información proporcionada por la paciente y/o familiar, así como identificar sus condiciones socioeconómicas y ambientales, a fin de determinar el manejo a seguir por Trabajo Social y el equipo de salud.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar visita domiciliaria en los casos de alta vulnerabilidad o en aquellos casos que por la complejidad de los mismos se amerite, o bien para corroborar la información recibida por la paciente, lo anterior será en función a la disponibilidad de transporte oficial y recursos humanos, a pacientes residentes de la Ciudad de México y zona conurbada, y a previa autorización de Jefatura y Supervisión.
 - Evaluar las situaciones en las que deberán efectuarse visitas domiciliarias y revisar en conjunto con el Departamento de Asuntos Jurídicos las características de aquellos casos que, por su naturaleza, puedan formar parte de algún procedimiento jurídico para conocer en profundidad las condiciones precedentes y posteriores de la paciente y su entorno.
 - Supervisar que en la Visita Domiciliaria la Intervención Social sea organizada, planificada y dirigida a actuar sobre la realidad social de la paciente, para una mejora positiva de la misma.
 - Verificar que se lleve el manejo social de las pacientes, atendiendo a la problemática social referida por la misma, su relación entre el fenómeno de salud y vulnerabilidad socioeconómica, a fin de construir redes de apoyo familiares y sociales en pro de su bienestar.
 - Acudir al domicilio de la paciente cuando se requiera de la presencia del familiar y que todas las medidas para su localización hayan sido infructuosas.
 - Entregar el "Reporte de Visita Domiciliaria" (2020-44), en todos los casos en un plazo no mayor de 48 horas y anexar el reporte sin excepción alguna al expediente de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
 - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.





| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARIA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-14 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 14.- Visita Domiciliaria | | Hoja: 3 de 6 |

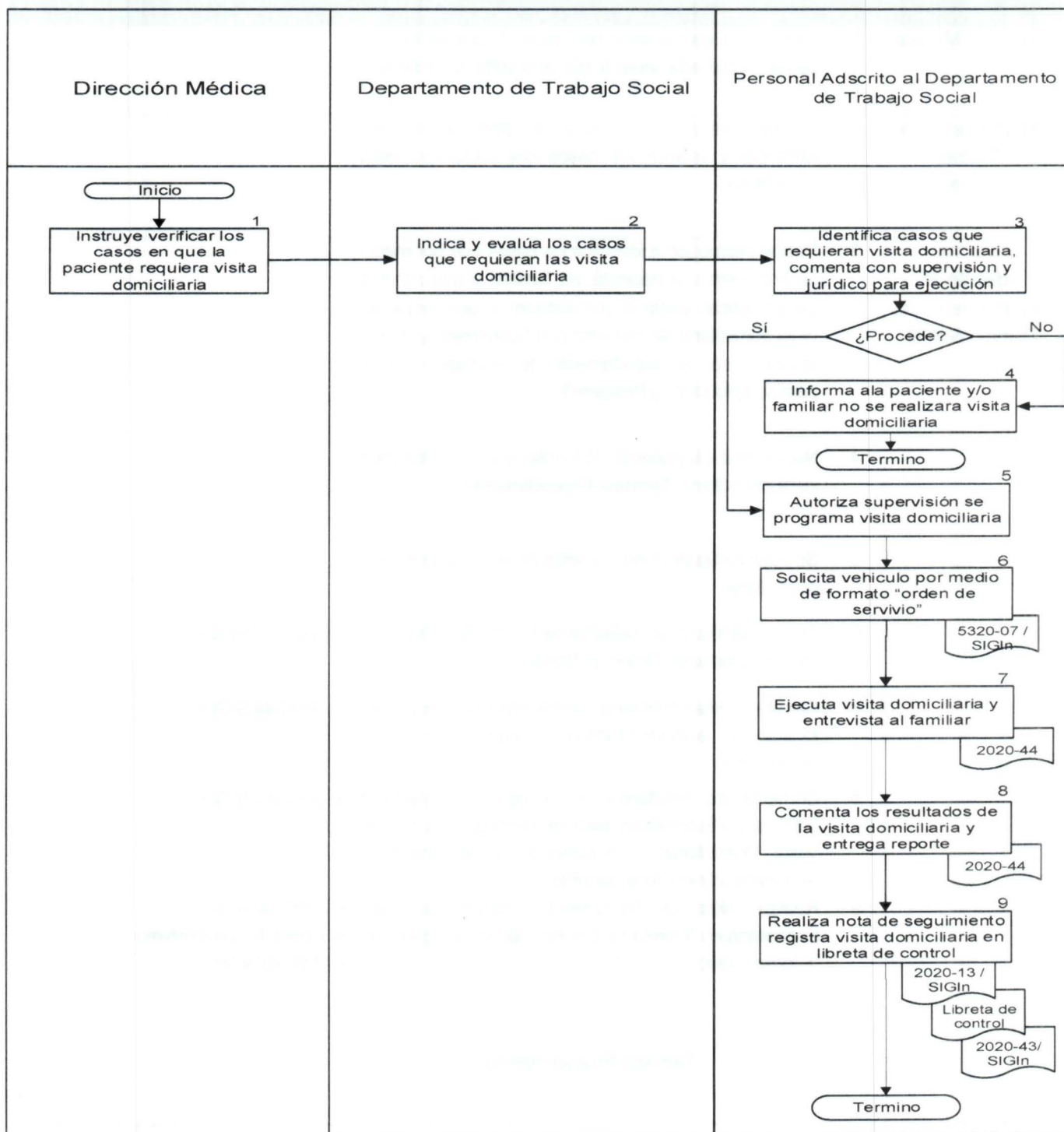
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|---|----------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social verificar los casos en que el/la paciente requiera visita domiciliaria. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal adscrito identificar y evaluar los casos que requieren visita domiciliaria. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe instrucción e identifica los casos que por medio de entrevista a la paciente y/o familiar, y que por sus características exista la probabilidad de que requieran visita domiciliaria, se comenta con Supervisión y de ser requerido con el Departamento de Asuntos Jurídicos para su ejecución. ¿Procede? | |
| | 4 | No: informa a la paciente y/o familiar que no se realizará visita domiciliaria. Termina Procedimiento. | |
| | 5 | Sí: autoriza Supervisión y/o Jefatura, se programe visita domiciliaria. | |
| | 6 | Solicita vehículo al Departamento de Servicios por medio de formato "Orden de Servicio". | • 5320-07/SIGIn |
| | 7 | Ejecuta la visita domiciliaria y entrevista al familiar que se localiza y elabora formato "Reporte de Visita Domiciliaria". | • 2020-44/SIGIn |
| | 8 | Comenta los resultados de la visita domiciliaria a Jefatura y/o Supervisión, elabora y entrega "Reporte de Visita Domiciliaria" a Supervisión y se anexa al expediente clínico de la paciente. | • 2020-44/SIGIn |
| | 9 | Realiza "Nota de Seguimiento", registra la visita domiciliaria en "Libreta de Control Interno" y registra en "Informe Diario". | • 2020-13/SIGIn • Libreta de Control Interno • 2020-43/SIGIn |
| | | Termina Procedimiento | |





| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-14 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 14.- Visita Domiciliaria | | Hoja: 4 de 6 |

5. Diagrama de Flujo



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-14 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 14.- Visita Domiciliaria | | Hoja: 5 de 6 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|-----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV 6. 09/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 "Orden de ervicio" | 6 años | Departamento de Servicios | 7C.7/5320-07 |
| 7.2 "Reporte de Visita Domiciliaria" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-44 |
| 7.3 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-13 |
| 7.4 "Libreta de Control Interno" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.5 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |

8. Glosario

- 8.1 Visita Domiciliaria:** La que realiza el personal de Trabajo Social a un hogar con la intención de tomar contacto directo con la persona y/o su familia en el lugar donde vive; con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento.
- 8.2 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otros.



9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 10 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- | | | |
|------|--------------------------------|-----------|
| 10.1 | Orden de Servicio | (5320-07) |
| 10.2 | Reporte de Visita Domiciliaria | (2020-44) |
| 10.3 | Nota de Seguimiento | (2020-13) |
| 10.4 | Informe Diario | (2020-43) |



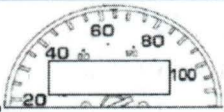
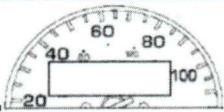


| | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-14 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 10 |
| | 14.- Visita Domiciliaria | | Hoja: 6 de 6 |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |

ORDEN DE SERVICIO

| | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| ORDEN DE SERVICIO N° (1) | FECHA (2) | ECO. N° (3) |
| (4) | (5) | (6) |
| NOMBRE DEL CONDUCTOR | PLAZA N° | TURNO |

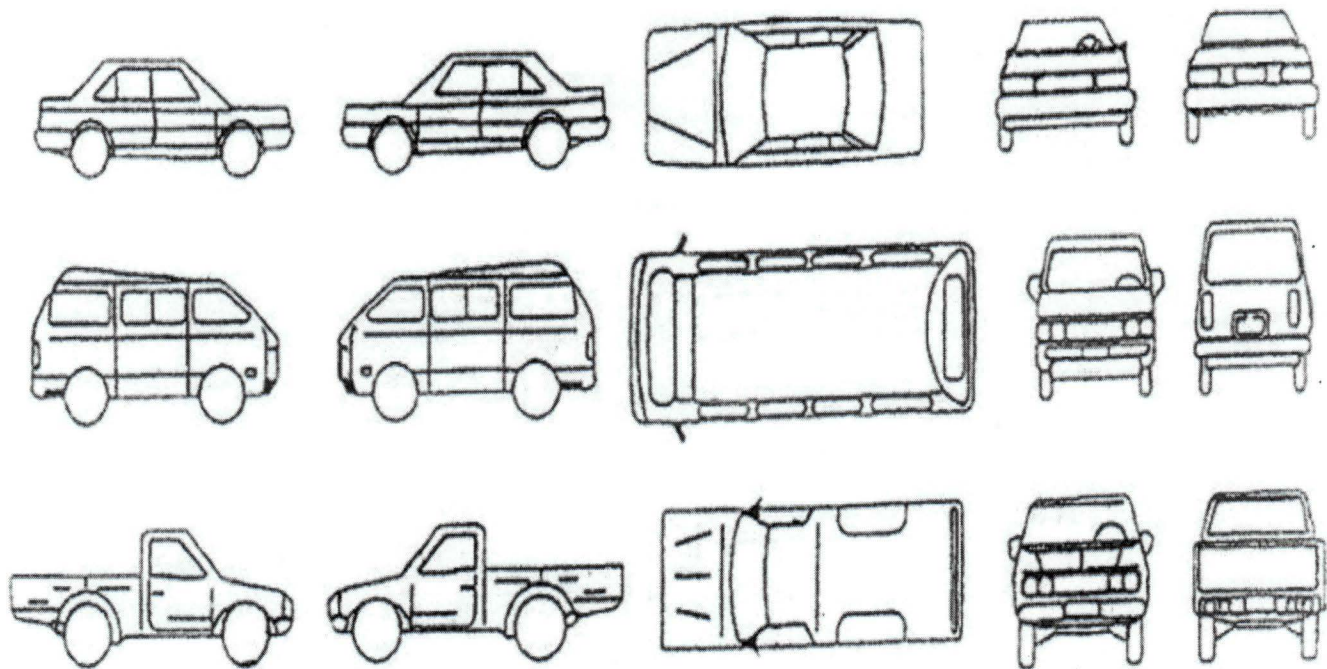
| | |
|--|---|
| TIPO DE SERVICIO | CONTROL DE SALIDA Y ENTRADA (8) |
| BANCO DE SANGRE <input type="checkbox"/> COMUNIDAD <input type="checkbox"/> COMPRAS <input type="checkbox"/> CORREO (7) <input type="checkbox"/> MENSAJERIA <input type="checkbox"/> TRASLADO DE PACIENTES <input type="checkbox"/> TRANSPORTE PERSONAL <input type="checkbox"/> VISITAS DOMICILIARIAS <input type="checkbox"/> FORANEO <input type="checkbox"/> | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  HORA SALIDA: </div> <div style="text-align: center;">  HORA ENTRADA: </div> </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px;"> KILÓMETROS RECORRIDOS CON ODÓMETRO (9) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  KMS. SALIDA: </div> <div style="text-align: center;">  KMS. ENTRADA: </div> </div> |

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|
| DATOS DEL SOLICITANTE (10) | | | |
| NOMBRE | | SERVICIO | EXTENSIÓN |
| NORMAL <input type="checkbox"/> | URGENTE <input type="checkbox"/> | | |
| CARÁCTER DEL SERVICIO (11) | HORA | DESTINO | CLAVE |

| | |
|---|--|
| VERIFICACIÓN DE VIGILANCIA | OBSERVACIONES / JUSTIFIC. (OTROS) |
| (12) | (13) |
| | |
| | |
| | |
| | |
| NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PLACA DE EL /LA VIGILANTE | |

| | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| (14) | (15) |
| FIRMA DEL CONDUCTOR | FIRMA DE EL/LA SOLICITANTE |

[Handwritten signature]



Estado General del Vehículo

Nivel Aceite

(16)

| | | | |
|-----|--|-----|--|
| Mn. | | Mx. | |
|-----|--|-----|--|

Nivel Gasolina

(17)



Salida



Entrada

(18)

| | SI | NO |
|------------------|----|----|
| Bateria | | |
| Encendedor | | |
| Espejo Derecho | | |
| Espejo Izquierdo | | |
| Extinguidor | | |
| Gato | | |
| Golpes | | |
| Llanta de Refac. | | |
| Limpiadores | | |
| Llave de Cruz | | |
| Rayones | | |
| Reflectores | | |
| Tapón Gasolina | | |
| Tapones Rueda | | |

CONDICIONES DEL VEHÍCULO

(19)

OBSERVACIONES MECANICAS

(20)

Handwritten signature

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

ORDEN DE SERVICIO

5320-07

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------------|---|
| 1 | Orden de servicio | El número de orden de servicio que le corresponda |
| 2 | Fecha | Día, mes y año que corresponda a la solicitud de servicio |
| 3 | Eco. N° | Número económico del vehículo |
| 4 | Nombre del conductor | Nombre completo del personal de transporte que conducirá el vehículo |
| 5 | Plaza | Número de plaza del personal de transporte que conducirá el vehículo. |
| 6 | Turno | El turno en el que labora el personal de transporte que conducirá el vehículo |
| 7 | Tipo de servicio | Con una "x" en el recuadro correspondiente |
| 8 | Control de salida y entrada | Tanto la hora de salida como la hora de entrada del vehículo en el espacio correspondiente |
| 9 | Kilómetros recorridos con odómetro | Los kilómetros que marca el vehículo tanto al momento de la salida, como a la entrada en el recuadro correspondiente |
| 10 | Datos del solicitante | Nombre completo del solicitante, servicio al que pertenece, número de extensión, la hora en que solicita el servicio, el lugar de destino y la clave del área |
| 11 | Carácter del servicio | Con una "x" en el recuadro correspondiente. |
| 12 | Verificación de vigilancia | Nombre completo, firma y N° de placa del personal de vigilancia que verifica |
| 13 | Observaciones/justific. | Domicilio completo del lugar de destino y la justificación de la orden de servicio |
| 14 | Firma del conductor | El nombre completo y firma del personal de transporte que va a conducir |
| 15 | Firma de el/la solicitante | El nombre completo y firma del personal que solicita el servicio |
| 16 | Nivel de aceite | Nivel de aceite que tiene el vehículo |
| 17 | Nivel de gasolina | Nivel de gasolina que tiene el vehículo a la salida y entrada Respectivamente |
| 18 | Cuadro | Con una "x" en el inciso correspondiente los implementos con que cuenta el vehículo a la salida |
| 19 | Condiciones del vehículo | Condiciones estéticas en que se encuentra el vehículo al realizar el servicio |
| 20 | Observaciones mecánicas | Condiciones mecánicas en que se encuentra el vehículo al realizar el servicio. |





Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA**



FECHA: _____ (1)

Nombre: _____ (2)

Fecha de Nacimiento _____ Expediente: _____ (3) Nivel: _____

Domicilio: _____ (4)

Motivo por el que realiza la visita: _____ (5)

Reporte: _____ (6)

Resolución: _____ (7)

Trabajadora Social

Supervisora

(8)

Nombre completo y Firma

(9)

Nombre completo y Firma

2020-44

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA"

2020-44

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-----------------------------|--|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el reporte |
| 2 | NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO | El nombre completo de la paciente, el día, mes y año en que nació, |
| 3 | EXPEDIENTE, NIVEL | Número de expediente y nivel socioeconómico asignado por el instituto |
| 4 | DOMICILIO | Nombre de la calle, número interior y/o exterior, colonia, delegación o municipio y código postal |
| 5 | MOTIVO DE VISITA | Describir el motivo por el que se realiza la visita domiciliaria |
| 6 | REPORTE | Descripción de las condiciones de la vivienda, dinámica familiar y procedimientos realizados durante la entrevista por la Trabajadora Social |
| 7 | RESOLUCIÓN | Descripción de los procedimientos, soluciones o propuestas en términos concretos a ejecutar |
| 8 | TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social que realizó la visita domiciliaria |
| 9 | SUPERVISORA | Nombre completo y firma de la Supervisora de Trabajo Social |



[illegible]

2020-13

9 Jul 82

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 1 de 9 |

15.- Interconsulta y/o Traslado

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 2 de 9 |

1. Propósito

- 1.1 Apoyar al personal médico tratante, en el trámite de interconsulta y/o traslado correspondiente, a fin de agilizar y optimizar los recursos institucionales, manteniendo comunicación estrecha entre equipo de salud, familiar e Institución correspondiente.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a la Subdirección de Recursos Financieros y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes y a las Instituciones del Sector Salud.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar que el área Médica donde se encuentre el/la paciente hospitalizado/a elabore la "Solicitud de Estudios y/o Interconsulta" (2020-27) o traslado. En ningún caso podrá realizarse trámite, si el formato correspondiente no ha sido elaborado previamente por el personal médico.
 - Verificar que el área médica determine el tipo de interconsulta y/o estudio de acuerdo a las características y necesidades clínicas del/la paciente, debiendo requisitar la "Solicitud de Estudios y/o Interconsultas" (2020-27), Hoja de referencia y contra referencia, con el visto bueno del/la Jefe/a de Servicio o Jefe/a de Guardia.
 - Facilitar el Directorio Institucional al personal médico que solicite la interconsulta o el traslado, así como la localizar al familiar y la solicitar ambulancia al Departamento de Servicios por medio de formato "Orden de Servicio" (5320-07).
 - Enviar oficio y Solicitud de Interconsultas a la institución correspondiente, previa autorización de la Dirección Médica.
 - Verificar que el familiar esté presente para llevar a cabo el trámite en el Instituto, así como en la Institución a que se refiere el/la paciente.
 - Comprobar que el familiar, cuente con la cobertura del INSABI o en su defecto cubra el saldo total de su estado de cuenta, para la realización de la interconsulta y/o traslado del/a paciente o neonato y obtener autorización de salida.
 - Elaborar cuando exista problemática socioeconómica, la "Solicitud de Liquidación de Adeudo" (2020-30), previa valoración y autorización de Supervisión y/o Jefatura.
 - Verificar, cuando corresponda a un/a paciente del área neonatal, que vaya acompañado de los siguientes documentos:
 - Resumen clínico.
 - Certificado de nacimiento.
 - Estudio Social Impreso (cuando sea requerido por la Unidad receptora).
 - Copia de "Autorización de Traslado" (2300-02).
 - Formatos de no seguridad social al IMSS e ISSSTE (fecha de impresión no mayor a un mes)
 - Coordinar acciones con el personal de salud y personal de servicios para llevar a cabo la interconsulta y/o traslado.



| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 3 de 9 |

- Verificar que, en todos los casos, el/la paciente sea acompañado por médico/a y enfermero/a del área, para que se lleve a cabo bajo las mejores condiciones de seguridad.
- Reportar los trámites realizados en las libretas de control interno, así como en "Nota de Seguimiento" (2020-13) en el expediente clínico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad Laboral y No discriminación.



3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Subdirección de Neonatología, Subdirección de Reproducción Humana, a los Departamentos, a las Coordinaciones y Residentes, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Notificar a la paciente y/o familiar de la necesidad de la Interconsulta y/o Traslado, aclarar dudas médicas y solicitar la autorización de la misma.
- Solicitar interconsulta a la Institución correspondiente requisitando el formato "Solicitud de Estudio y/o Interconsulta" (2020-27) con el Vo. Bo. del/a Jefe/a de Servicio o Jefe/a de Guardia.
- Requisar los médicos del área de Neonatología correctamente el formato de "Autorización de Traslado" (2300-02) y asegurar que se encuentre debidamente firmado antes de solicitar el apoyo del área de Trabajo Social.
- Verificar, que se elabore cuando corresponda a un/a paciente del área neonatal, los siguientes documentos:
 - Resumen clínico.
 - Certificado de nacimiento.
 - Copia de "Autorización de Traslado" (2300-02).
- Informar al personal responsable de la atención del/la paciente sobre la situación a desarrollarse para el traslado o interconsulta y aclararle las dudas respecto al trámite al familiar responsable.
- Coordinar en conjunto con el personal de enfermería responsable del servicio, que personal capacitado acompañara a la paciente o neonato/a y familiar, para la realización de la interconsulta y/o traslado.
- Preparar a la/el paciente y equipo necesario, verificar en coordinación con Ingeniería Biomédica, que la ambulancia este en las condiciones óptimas requeridas.

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

- Verificar si la paciente cuenta con cobertura INSABI
- Integrar el estado de cuenta del/a paciente, de acuerdo a los servicios proporcionados, al costo de los mismos y a la clasificación asignada por el Departamento de Trabajo Social, en aquellos casos que no cuente con cobertura INSABI.
- Solicitar a la paciente o familiar responsable la liquidación total de la cuenta cuando el caso así lo requiera.
- Entregar a la paciente o familiar responsable la "Hoja de no Adeudo" y "Autorización de salida".





| | | | |
|--|---------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 4 de 9 |

4. Descripción del procedimiento

| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|---------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social verifique se cumpla con el procedimiento interconsulta y/o traslado del/la paciente que por su condición médica así lo requiera. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal adscrito apoye al personal médico tratante para realizar los trámites para interconsulta o traslado de la/el paciente cuando lo solicite. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe notificación del personal médico tratante de la probable Interconsulta, Estudio y/o Traslado del/la paciente. ¿Procede? | |
| | 4 | No: determina no hay disponibilidad en Institución solicitada, para la realización de interconsulta y/o traslado. Termina Procedimiento. | |
| | 5 | Sí: confirma disponibilidad en institución para la realización de la interconsulta y/o traslado y recibe del personal médico "Solicitud de Estudio y/o Interconsulta" con firma de autorización del Jefe del Servicio. | • 2020-27/SIGIn |
| | 6 | Coordina con el personal médico y localiza al familiar de la paciente o Neonato/a para notificar de la "Solicitud de Estudio y/o Interconsulta" y mantienen el contacto para informarle sobre los avances. | |
| | 7 | Solicita a la Institución receptora requisitos, costos y envía "Solicitud de Estudio y/o Interconsulta" y "Oficio de Solicitud" con firma de autorización de la Dirección Médica. | • 2020-27/SIGIn • Oficio de Solicitud (acuse) |

[Handwritten signatures]

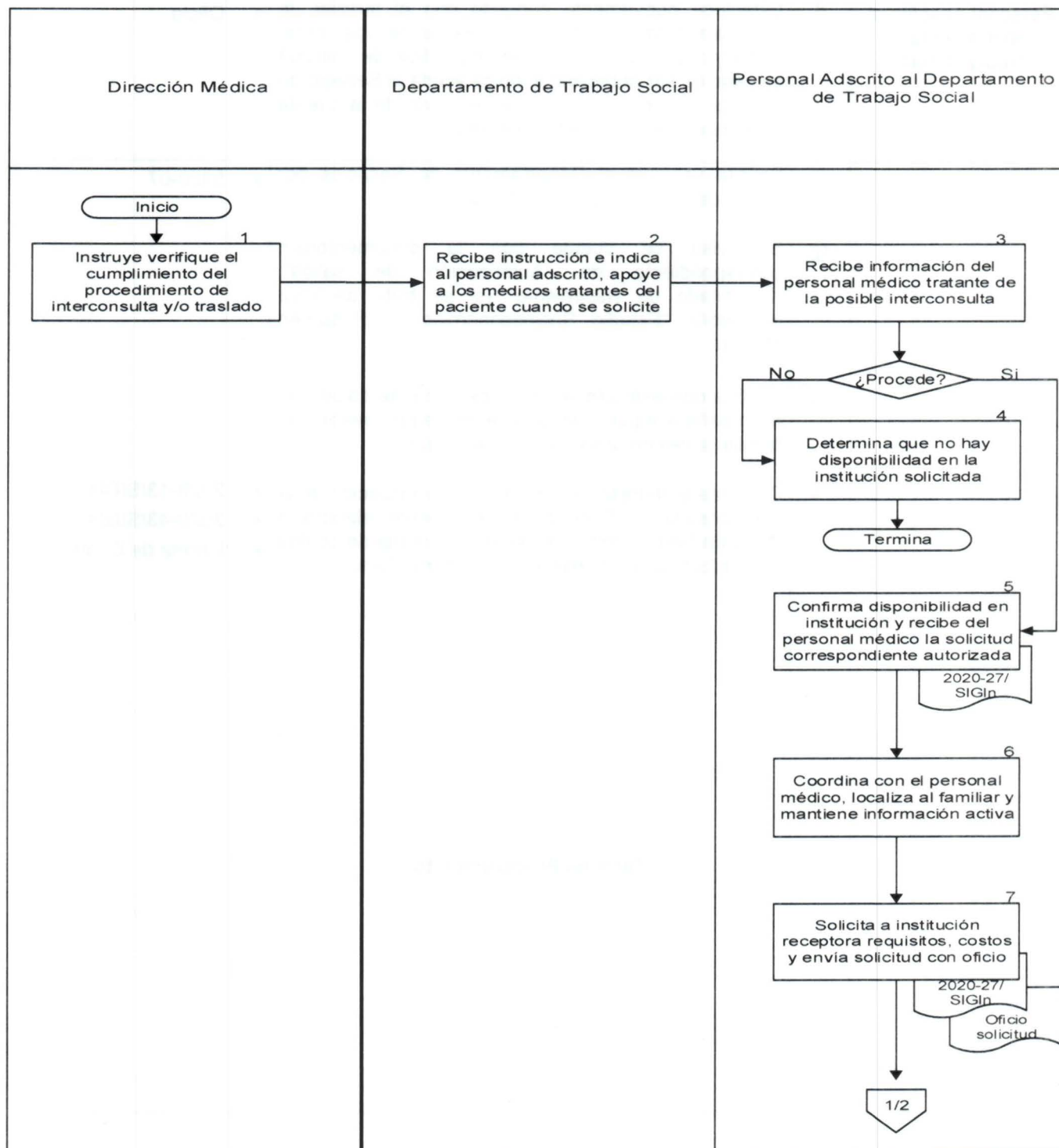
| | | | |
|--|--|---|---------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 5 de 9 |

| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|----------------|--|--|
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 8 | Establece nuevamente contacto con el familiar, le informa acerca de los trámites a realizar: el lugar, hora, fecha y costos del servicio; entrega oficio de solicitud en caso de ser necesario e indica acuda al Servicio de Cuentas Corrientes para cubrir el saldo de la cuenta del/la paciente si el caso lo amerita. | <ul style="list-style-type: none"> • Oficio |
| | 9 | Solicita vehículo al Departamento de Servicios por medio de formato "Orden de Servicio". | <ul style="list-style-type: none"> • 5320-07 |
| | 10 | Supervisa se cuente con la documentación correspondiente de "Autorización de salida", "Certificado de Nacimiento" (si se trata de un/a neonato/a) "Estudio Socioeconómico" y "Resumen Médico". | |
| | 11 | Verifica que esté preparado el personal de salud que acompaña a la paciente, que se encuentre presente el familiar antes de la salida de la ambulancia. | |
| | 12 | Confirma el regreso de ambulancia y realización de la Interconsulta y/o Traslado de la paciente, elabora la "Nota de Seguimiento", registrar en "Libreta de control de Interconsulta o Traslados" e "Informe Diario". | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-13/SIGIn • 2020-43/SIGIn • Libreta de Control |
| Termina Procedimiento | | | |





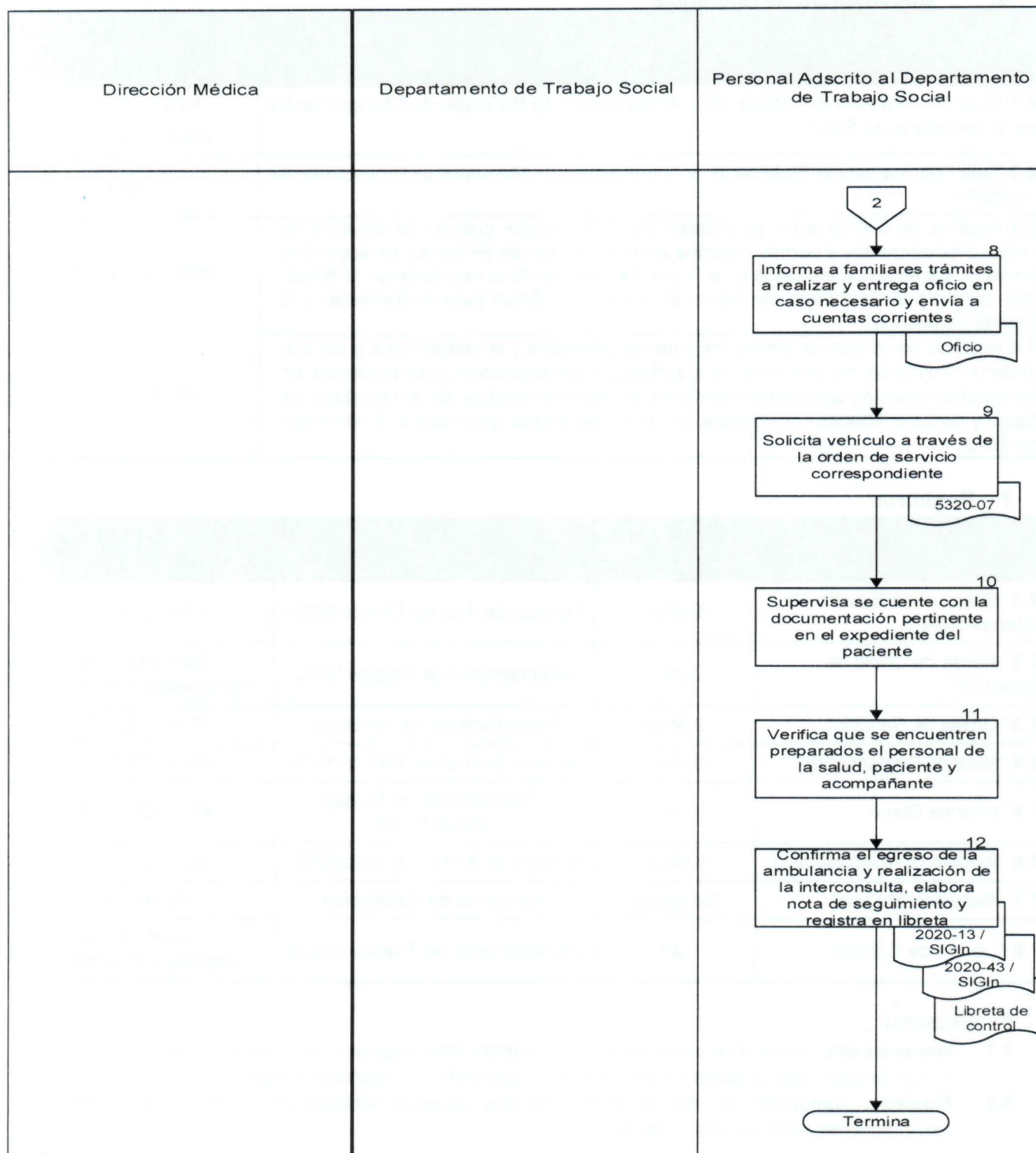
| | | | |
|--|---------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 6 de 9 |

5. Diagrama de flujo



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 7 de 9 |



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 8 de 9 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer | No Aplica |
| 6.3 Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y la Ciudad de México. | DOF 04-09-2020 |
| 6.4 Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberían sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013. | DOF 30-11-2020 |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| 7.1 "Solicitud de Estudio y/o Interconsulta" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-27 |
| 7.2 "Acuse de Oficio de Solicitud" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.3 "Orden de Servicio" | 3 años | Departamento de Servicios | 4S.5 / 5320-07 |
| 7.4 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-13 |
| 7.5 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |
| 7.6 "Estudio Socioeconómico" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2020-18 |
| 7.7 "Resumen Médico" | No aplica | Institución de Referencia | No aplica |
| 7.8 "Libreta de Control" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

- 8.1 Interconsulta:** solicitud de un dictamen médico entre dos unidades hospitalarias respecto a un caso clínico en particular, a objeto de determinar un diagnóstico y tratamiento médico.
- 8.2 Traslado:** Transporte de un/a paciente entre dos Unidades Médicas utilizando una ambulancia previo acuerdo entre las dos unidades.

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-15 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 15.- Interconsulta y/o Traslado | | Hoja: 9 de 9 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

| | | |
|------|---|-----------------|
| 10.1 | Solicitud de Estudios y/o Interconsulta | (2020-27/SIGIn) |
| 10.2 | Orden de Servicio | (5320-07) |
| 10.3 | Estudio Socioeconómico | (2020-18/SIGIn) |
| 10.4 | Nota de Seguimiento | (2020-13/SIGIn) |
| 10.5 | Informe Diario | (2020-43/SIGIn) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



SOLICITUD DE ESTUDIO Y/O INTERCONSULTA

Nombre de la paciente: _____ (1) Fecha de Nacimiento: _____
Expediente: _____ (2) Cuna: _____ (3) Servicio: _____ (4)
Tipo de estudio: _____ (5)
Diagnóstico: _____ (6)
Institución: _____ (7)
Nombre y firma del/a médico/a solicitante: _____ (8)
Fecha: _____ (9) Nombre de la persona que autorizó: _____ (10)

2020-27

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"SOLICITUD DE ESTUDIO Y/O INTERCONSULTA"



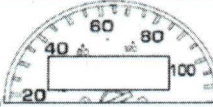
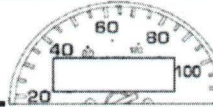
2020-27

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|---|
| 1 | NOMBRE DE LA PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO | Nombre completo de la paciente el día, mes y año en que nació |
| 2 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 3 | CAMA | El número de cama o cuna asignado a la/el paciente |
| 4 | SERVICIO | El nombre del Servicio que solicita el estudio y/o interconsulta |
| 5 | TIPO DE ESTUDIO | El nombre del estudio y/o tipo de interconsulta |
| 6 | DIAGNÓSTICO | Condición de salud por la cual se solicita el estudio y/o interconsulta |
| 7 | INSTITUCIÓN | Nombre de la institución a la que se envía a la paciente para el estudio y/o interconsulta |
| 8 | MÉDICO/A SOLICITANTE | Nombre y firma del médico/a que solicita el estudio y/o interconsulta y visto bueno del Jefe de Servicio o de Guardia |
| 9 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la solicitud |
| 10 | NOMBRE DE LA PERSONA QUE AUTORIZÓ | Nombre completo de quien autoriza el estudio y/o la interconsulta |



ORDEN DE SERVICIO

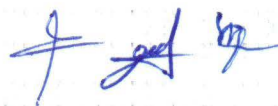
| | | |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
| ORDEN DE SERVICIO N° (1) | FECHA (2) | ECO. N° (3) |
| (4) | (5) | (6) |
| NOMBRE DEL CONDUCTOR | PLAZA N° | TURNO |

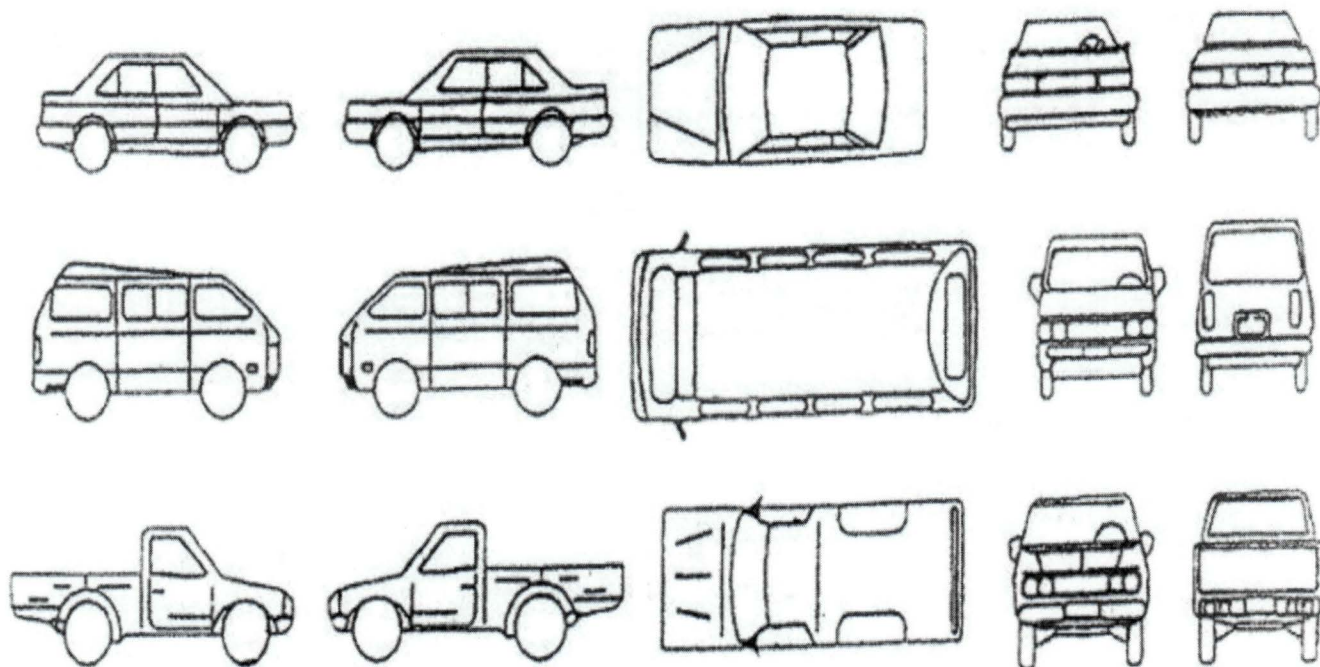
| | | |
|--|--|---|
| TIPO DE SERVICIO | CONTROL DE SALIDA Y ENTRADA (8) | |
| BANCO DE SANGRE <input type="checkbox"/> |  |  |
| COMUNIDAD <input type="checkbox"/> | HORA SALIDA: | HORA ENTRADA: |
| COMPRAS <input type="checkbox"/> | KILÓMETROS RECORRIDOS CON ODÓMETRO (9) | |
| CORREO (7) <input type="checkbox"/> |  |  |
| MENSAJERIA <input type="checkbox"/> | KMS. SALIDA: | KMS. ENTRADA: |
| TRASLADO DE PACIENTES <input type="checkbox"/> | | |
| TRANSPORTE PERSONAL <input type="checkbox"/> | | |
| VISITAS DOMICILIARIAS <input type="checkbox"/> | | |
| FORANEO <input type="checkbox"/> | | |

| | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------|-----------|
| DATOS DEL SOLICITANTE (10) | | | |
| NOMBRE | | SERVICIO | EXTENSIÓN |
| NORMAL <input type="checkbox"/> | URGENTE <input type="checkbox"/> | | |
| CARÁCTER DEL SERVICIO (11) | HORA | DESTINO | CLAVE |

| | |
|--|--|
| VERIFICACIÓN DE VIGILANCIA | OBSERVACIONES / JUSTIFIC. (OTROS) |
| (12) | (13) |
| | |
| | |
| | |
| NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y PLACA DE EL /LA VIGILANTE | |

| | |
|---------------------|----------------------------|
| (14) | (15) |
| FIRMA DEL CONDUCTOR | FIRMA DE EL/LA SOLICITANTE |





Estado General del Vehículo

Nivel Aceite

(16)

| Mn. | Mx. |
|-----|-----|
| | |

Nivel Gasolina

(17)



Salida



Entrada

(18)

| | SI | NO |
|------------------|----|----|
| Bateria | | |
| Encendedor | | |
| Espejo Derecho | | |
| Espejo Izquierdo | | |
| Extinguidor | | |
| Gato | | |
| Golpes | | |
| Llanta de Refac. | | |
| Limpiadores | | |
| Llave de Cruz | | |
| Rayones | | |
| Reflectores | | |
| Tapón Gasolina | | |
| Tapones Rueda | | |

CONDICIONES DEL VEHÍCULO

(19)

OBSERVACIONES MECANICAS

(20)

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

ORDEN DE SERVICIO

5320-07

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------------|---|
| 1 | Orden de servicio | El número de orden de servicio que le corresponda |
| 2 | Fecha | Día, mes y año que corresponda a la solicitud de servicio |
| 3 | Eco. N° | Número económico del vehículo |
| 4 | Nombre del conductor | Nombre completo del personal de transporte que conducirá el vehículo |
| 5 | Plaza | Número de plaza del personal de transporte que conducirá el vehículo. |
| 6 | Turno | El turno en el que labora el personal de transporte que conducirá el vehículo |
| 7 | Tipo de servicio | Con una "x" en el recuadro correspondiente |
| 8 | Control de salida y entrada | Tanto la hora de salida como la hora de entrada del vehículo en el espacio correspondiente |
| 9 | Kilómetros recorridos con odómetro | Los kilómetros que marca el vehículo tanto al momento de la salida, como a la entrada en el recuadro correspondiente |
| 10 | Datos del solicitante | Nombre completo del solicitante, servicio al que pertenece, número de extensión, la hora en que solicita el servicio, el lugar de destino y la clave del área |
| 11 | Carácter del servicio | Con una "x" en el recuadro correspondiente. |
| 12 | Verificación de vigilancia | Nombre completo, firma y N° de placa del personal de vigilancia que verifica |
| 13 | Observaciones/justific. | Domicilio completo del lugar de destino y la justificación de la orden de servicio |
| 14 | Firma del conductor | El nombre completo y firma del personal de transporte que va a conducir |
| 15 | Firma de el/la solicitante | El nombre completo y firma del personal que solicita el servicio |
| 16 | Nivel de aceite | Nivel de aceite que tiene el vehículo |
| 17 | Nivel de gasolina | Nivel de gasolina que tiene el vehículo a la salida y entrada Respectivamente |
| 18 | Cuadro | Con una "x" en el inciso correspondiente los implementos con que cuenta el vehículo a la salida |
| 19 | Condiciones del vehículo | Condiciones estéticas en que se encuentra el vehículo al realizar el servicio |
| 20 | Observaciones mecánicas | Condiciones mecánicas en que se encuentra el vehículo al realizar el servicio. |





Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: (1) CURP: (2) EXPEDIENTE: (3)
NOMBRE DEL PACIENTE: (4)
FECHA DE NACIMIENTO: (5) EDAD: (6) NIVEL SOC. ECONÓM.: (7)

DOMICILIO PERMANENTE

CALLE: (8)
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO: C
TIPO DE VIALIDAD: TIPO DE ASENTAMIENTO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
RESIDENCIA: (9) OTRO PAÍS:

(10) DOMICILIO TEMPORAL

CALLE:
COLONIA: MUNICIPIO:
CÓDIGO POSTAL: ESTADO:
TELÉFONO: CELULAR U OTROS:
NACIONALIDAD: (11) ESTADO DE NACIMIENTO:
MUNICIPIO DE NACIMIENTO:
PERSONA RESPONSABLE: (12) OTRO RESPONSABLE:
PARENTESCO:
TELÉFONO: EXTENSIÓN:

2. ESTUDIO SOCIAL

FECHA DE ESTUDIO: (13) REALIZADO EN: (14)
TIPO PACIENTE: (15) EMERGENCIA OBST: (16)
¿TIENE SEGURO SOCIAL? (17) ¿LO USA?
SEM. GESTACIÓN: (18)
CANALIZADO POR: (20) SERV. MÉDICO: (19)
CANALIZADO EN FORMA: (21)
ESTADO CIVIL: (22) EDAD COMPAÑERO: (23)
NO. SEGURO SOCIAL: (24)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA:

CURP:

EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NIVEL SOC. ECONÓM.:

NÚMERO DE HIJOS VIVOS: (25)

EDAD HIJOS:

(26)

EDAD HIJAS:

RELIGIÓN PACIENTE:

(27)

RELIGIÓN COMPAÑERO:

(28) ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD:

COMPAÑERO:

AÑOS DE ESTUDIO:

AÑOS DE ESTUDIO:

(29) PUEBLOS INDÍGENAS

¿COMUNIDAD INDÍGENA?:

DESCRIPCIÓN:

UBICACIÓN:

LENGUA:

3. CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIO - ECONÓMICO

OCCUPACIÓN PACIENTE:

(30)

DESCRIPCIÓN:

OCCUPACIÓN COMPAÑERO:

DESCRIPCIÓN:

PRINCIPAL APORTADOR: (31)

PUNTOS: (32)

(33) INGRESO FAMILIAR MENSUAL

PACIENTE:

COMPAÑERO:

OTROS:

DEPENDIENTES ECONÓMICOS: (34)

TOTAL:

NÚMERO DE VECES SAL. MÍNIMO:

PUNTOS: (35)

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA: CURP: EXPEDIENTE:
NOMBRE DEL PACIENTE:
FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: NIVEL SOC. ECON.:

DESGLOSE DE EGRESOS (36)

| TIPOS DE EGRESOS | IMPORTE |
|-----------------------|---------|
| Alimentación Despensa | |
| Renta/ Hipoteca | |
| Agua | |
| Luz | |
| Gas | |
| Teléfono | |
| Gastos Escolares | |
| Gastos en Salud | |
| Transporte | |
| Servicios Domésticos | |
| Consumos Adicionales | |
| TOTAL: | |

EGRESO MENSUAL: (37)
PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA:
PUNTOS: (38)
SITUACIÓN ECONÓMICA: (39)

(40) VIVIENDA

TIPO TENENCIA: SERV. INTRADOMICILIARIOS:
PUNTOS: PUNTOS:
MATERIAL CONSTRUCCIÓN:
PUNTOS:
NÚMERO DE DORMITORIOS:
PUNTOS:
PERSONAS POR DORMITORIO:
PUNTOS:
SERVICIOS PÚBLICOS:
PUNTOS:
TIPO DE VIVIENDA:
PUNTOS: **TOTAL VIVIENDA PUNTOS: (41)**

ESTADO DE SALUD PACIENTE / FAMILIAR

TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL PACIENTE: (42)
PUNTOS: (43)
OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN: (44) PUNTOS: (45)
LUGAR DONDE SE ATIENDE:
NÚMERO DE ENFERMOS: (46)
PUNTOS: (47)
DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE: (48) (49)

TOTAL PUNTOS

[Handwritten signature]



Salud
Secretaría de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

VIGENCIA:

CURP:

EXPEDIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

NIVEL SOC. ECON.:

DIAGNÓSTICOS SOCIALES

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICO Y OBSERVACIONES:

(50)

REALIZÓ EL ESTUDIO LA T. S.:

(51)

FIRMA:

RECIBÍ HOJA DE COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES FIDEDIGNA, ESTOY DE ACUERDO CON EL NIVEL QUE SE ME HA ASIGNADO QUEDO ENTERADA (O) QUE EN HOSPITALIZACIÓN SOLO SE PERMITIRÁ ACCESO A LA VISITA FAMILIAR A AQUELLA PERSONA QUE HAYA REFERIDO, COMO RESPONSABLE Y/O FAMILIAR DIRECTO PREVIA IDENTIFICACIÓN, ASÍ MISMO, SE ME HA INFORMADO SOBRE EL REQUISITO DE DONACIÓN DE SANGRE Y DE QUE ESTOY OBLIGADA (O) A EFECTUAR UN DEPÓSITO AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN Y, EN CASO DE PROLONGARSE ESTA, DEBERÉ SALDAR SEMANALMENTE EL TOTAL DE LA CUENTA.

AUTORIZO AL INSTITUTO PARA QUE EN CUALQUIER MOMENTO SE PUEDA REALIZAR VISITA DOMICILIARIA. ADICIONALMENTE, ESTOY DE ACUERDO EN PROPORCIONAR DATOS PARA QUE EL PERSONAL DE SALUD SE COMUNIQUE CONMIGO O CON EL FAMILIAR RESPONSABLE EL CUAL DESIGNO PARA TAL CASO, PARA CUALQUIER INFORMACIÓN VINCULADA CON LA RELACIÓN QUE TENGO CON EL INPER.

ASIMISMO ME DOY POR ENTERADA/O, CON FUNDAMENTO EN EL ARTICULO 22 FRACCIONES V Y VII DE LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS SUJETOS OBLIGADOS (LGPDPPO), AL EJERCER MI DERECHO A LA SALUD Y MIS DATOS PERSONALES PROPORCIONADOS PARA EFECTUAR LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA, NO SERÁ NECESARIO RECABAR MI CONSENTIMIENTO.

HE SIDO INFORMADA (O) DE LOS DOCUMENTOS QUE DEBO PRESENTAR Y QUE NO ENTREGUÉ EN LA ENTREVISTA DE APERTURA, ME COMPROMETO A PRESENTARLOS EN LA FECHA EN QUE SE ME HA PROGRAMADO MI CITA A TRABAJO SOCIAL.

DE IGUAL MANERA, ESTOY ENTERADA(O) Y DE ACUERDO QUE, EN CASO DE INGRESAR A HOSPITALIZACIÓN CON TELÉFONO CELULAR Y CARGADOR, QUEDARÁ BAJO MI TOTAL RESPONSABILIDAD EL CUIDADO DE ÉSTE Y QUE, SI LLEGARA A EXTRAVIARSE O SUFRIR DAÑO ALGUNO, EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD TANTO AL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA COMO A SU PERSONAL.

NOMBRE:

(52)

FIRMA:

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
"ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO"
2020-18

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 1 | VIGENCIA | Día, mes y año en el que concluye la vigencia del estudio socioeconómico de acuerdo al tipo de paciente: esterilidad, climaterio, ginecología y obstetricia (5 años) |
| 2 | CURP | Clave Única de Registro de Población de la Paciente |
| 3 | EXPEDIENTE | Número consecutivo de expediente que da automáticamente el sistema o con el que ya cuenta la paciente en los casos de actualización de información |
| 4 | NOMBRE DE LA PACIENTE | Apellidos y nombre/s completo de la paciente tal como está registrada en su acta de nacimiento en ausencia de esta en CURP, acta de matrimonio, credencial de elector, pasaporte. Empezando por nombre/s, apellido paterno y materno |
| 5 | FECHA DE NACIMIENTO | Día, mes y años en que nació la paciente. En caso de que se desconozca, se anotará el año aproximado de acuerdo a la edad que manifieste, el mes en que se realiza el estudio socioeconómico, el último día de ese mismo mes. Debiendo solicitar a la brevedad, documento que acredite el dato |
| 6 | EDAD | Número de años cumplidos de la paciente. Se da automáticamente al insertar la fecha de nacimiento |
| 7 | NIVEL SOCIOECONÓMICO | Nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 8 | DOMICILIO PERMANENTE | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 9 | RESIDENCIA, OTRO PAÍS | Área geográfica en que reside o nombre del país, en caso de tratarse de paciente extranjera |
| 10 | DOMICILIO TEMPORAL | Tipo de vialidad, tipo de asentamiento, calle, número, (interior y/o exterior), colonia, alcaldía o municipio, código postal y estado en donde, de ser el caso, habita la paciente de forma temporal, así como número de teléfono fijo y celular para su localización |
| 11 | NACIONALIDAD, ESTADO Y MUNICIPIO DE NACIMIENTO | Lugar de nacimiento de la paciente, así como estado de la Republica y Municipio |
| 12 | PERSONA RESPONSABLE, PARENTESCO, TELÉFONO, EXTENSIÓN | Nombre de la persona que quedará como responsable de la paciente ante el Instituto; el parentesco que guarda con ésta, número telefónico y extensión para su localización |
| 13 | FECHA DE ESTUDIO | Día, mes, año en que se realiza el estudio socioeconómico |
| 14 | REALIZADO EN | Servicio donde se realiza el estudio socioeconómico |
| 15 | TIPO DE PACIENTE | Diagnóstico de ingreso de la paciente |



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| | | Urgencias (se despliega el siguiente menú): |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia obstétrica referida: cuando la paciente es referida por IMSS, ISSSTE u otro servicio médico • Emergencia obstétrica no referida: cuando la paciente cuenta con servicio médico, pero acudió por iniciativa propia • Nota: el/la médico/a que ingresa a la paciente informará de dicha situación al personal de Trabajo Social • Población abierta: paciente que ingresa al servicio cuenta o no con seguridad social, pero que no se trate de una emergencia obstétrica |
| 16 | EMERGENCIA OBSTÉTRICA | |
| 17 | ¿TIENE SEGURO SOCIAL? ¿LO USA? N° DE SEGURIDAD SOCIAL | Especificar si/no cuenta con servicio médico, si/no lo utiliza y el número de afiliación de la paciente y/o el compañero (si es el caso) |
| 18 | SEMANAS DE GESTACIÓN | Tiempo de embarazo en semanas con el que ingresa la paciente |
| 19 | SERVICIO MÉDICO | Tipo de seguridad social incluyendo Seguro de Gastos Médicos |
| 20 | CANALIZADO POR | Dependencia que deriva a la paciente al Instituto |
| 21 | CANALIZADO EN FORMA | Especificar la forma en que fue canalizada la paciente y si es de manera oficial deberá contar con oficio |
| 22 | ESTADO CIVIL | Condición civil de la paciente |
| 23 | EDAD COMPAÑERO | Años cumplidos del esposo o compañero |
| 24 | NÚMERO SEGURO SOCIAL | Número de afiliación del Seguro Social |
| 25 | NÚMERO DE HIJOS VIVOS | Número de hijos/hijas vivos/as |
| 26 | EDAD DE HIJOS/AS | Años cumplidos de cada uno/a de los/las hijos/as de la paciente, siempre de mayor a menor. |
| 27 | RELIGIÓN DE PACIENTE, COMPAÑERO | Tipo de religión que profesa la paciente y su pareja |
| 28 | ESCOLARIDAD | Tipo de escolaridad y años de estudio de la paciente |
| 29 | INDICADOR DE PUEBLOS INDÍGENAS | Si/no vive en una comunidad indígena, describir de cual se trata, donde se encuentra ubicada y si habla alguna lengua indígena |
| 30 | CRITERIOS PARA EL NIVEL SOCIOECONÓMICO | Ocupación de la paciente y su compañero, así como la descripción del empleo |
| 31 | PRINCIPAL APORTADOR | De acuerdo al ingreso económico y estabilidad en el empleo |
| 32 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por el tipo de empleo y aportador principal, de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 33 | INGRESO FAMILIAR MENSUAL | Ingreso neto mensual de la paciente, su compañero u otros |
| 34 | DEPENDIENTES ECONÓMICOS | Número de personas que dependen del total del ingreso familiar |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|--|--|
| 35 | PUNTOS | Total de puntos que se obtiene por el ingreso per cápita de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 36 | DESGLOSE DE EGRESOS | Egreso mensual referido en los diferentes rubros, divididos entre el total de ingreso familiar |
| 37 | EGRESO MENSUAL, PORCENTAJE SITUACIÓN ECONÓMICA | Total de egresos mensuales referido en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado |
| 38 | PUNTOS | Total de puntos que se obtienen del monto de egresos en relación al ingreso familiar, de acuerdo a tabla de los criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 39 | SITUACIÓN ECONÓMICA | Situación económica de la paciente en relación al grupo familiar y los ingresos y egresos, de acuerdo a descripción de los criterios por la asignación de nivel socioeconómico. |
| 40 | VIVIENDA | Tipo de tenencia, material de construcción, número de dormitorios, personas por dormitorio, servicios públicos, tipo de vivienda, servicios intradomiciliarios, puntos por cada concepto |
| 41 | TOTAL VIVIENDA PUNTOS | Total de puntos que se obtienen de la sumatoria de las características de la vivienda, de acuerdo a la tabla de los criterios para la asignación del socioeconómico |
| 42 | TIEMPO DE ENFERMEDAD DEL/A PACIENTE | Periodo comprendido entre el inicio de la atención de su enfermedad (por el cual llego a la Institución) y el momento de la entrevista |
| 43 | PUNTOS | Puntuación que se obtienen de tiempo de enfermedad de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 44 | OTROS PROBLEMAS DE SALUD DEL/A PACIENTE QUE SE ATIENDA EN OTRA INSTITUCIÓN | Si/no hay presencia de algún otro padecimiento que requiere atención medica en otra unidad de salud; mencionando el padecimiento y nombre de la unidad donde se atiende |
| 45 | PUNTOS | Puntuación que se obtiene por presencia de otra enfermedad de paciente de acuerdo a criterios para la asignación de nivel socioeconómico |
| 46 | NÚMEROS DE ENFERMOS | Número de miembros de la familia (excepto paciente) que presentan enfermedades crónicas o en rehabilitación y que su atención impacte la economía, que dependan del mismo ingreso y haya una erogación para cubrir los gastos médicos. |
| 47 | PUNTOS | Puntuación obtenida del número de enfermos en la familia de acuerdo a los criterios para la asignación de nivel socioeconómico. |
| 48 | DIAGNÓSTICO MÉDICO PACIENTE | Diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente tiene registrado por el personal médico que acepta su ingreso |
| 49 | TOTAL DE PUNTOS | La suma total de los indicadores para obtener la puntuación final y determinar el nivel socioeconómico de acuerdo a la tabla de criterios para asignación de nivel |
| 50 | DIAGNÓSTICOS SOCIALES | Clave que corresponde a la problemática o situación social de la paciente de acuerdo a tipificación del Manual de Procedimientos |

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 51 | REALIZÓ EL ESTUDIO LA TRABAJADORA SOCIAL, FIRMA | El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el estudio socioeconómico, número de Cédula Profesional y, sin excepción, su firma |
| 52 | NOMBRE Y FIRMA DE LA PACIENTE | Nombre completo y firma de la paciente en los apartados sobre conocimiento de lineamientos institucionales y de conocimiento y aceptación del nivel socioeconómico asignado |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-16 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 16.- Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez | | Hoja: 1 de 6 |

16.- Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-16 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 16.- Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez | | Hoja: 2 de 6 |

1. Propósito

- 1.1 Coadyuvar a la atención médica de urgencias a toda paciente que lo requiera, y no cuente con recursos económicos para el pago de cuota de recuperación correspondiente.

2. Alcance

- 2.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y Subdirección de Ginecología y Obstetricia, al Departamento de Tococirugía y Urgencias y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Verificar que se elabore correctamente el formato de "Solicitud de Servicios de Urgencias dispensado por Única Vez" (2020-16), asignando un número de folio consecutivo, y debiendo anotar los motivos que justifican el adeudo en el espacio correspondiente a valoración de Trabajo Social.
- Será aplicable solo a las pacientes que acudan al Servicio de Urgencias y no cuenten con recursos económicos, ni con un número de expediente.
- Tomar en cuenta los siguientes motivos para la cancelación de la "Solicitud de Servicios de Urgencias dispensado por Única Vez" (2020-16).
 - a) Por cargo del adeudo a la cuenta de la paciente que ingrese a hospitalización y se proporcione un número de expediente.
 - b) Por pago del adeudo en caja del INPer.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.

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

- Proporcionar el servicio médico y/o estudios requeridos a las pacientes que presenten la "Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez" (2020-16).



[Firma manuscrita]

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-16 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 16.- Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez | | Hoja: 3 de 6 |

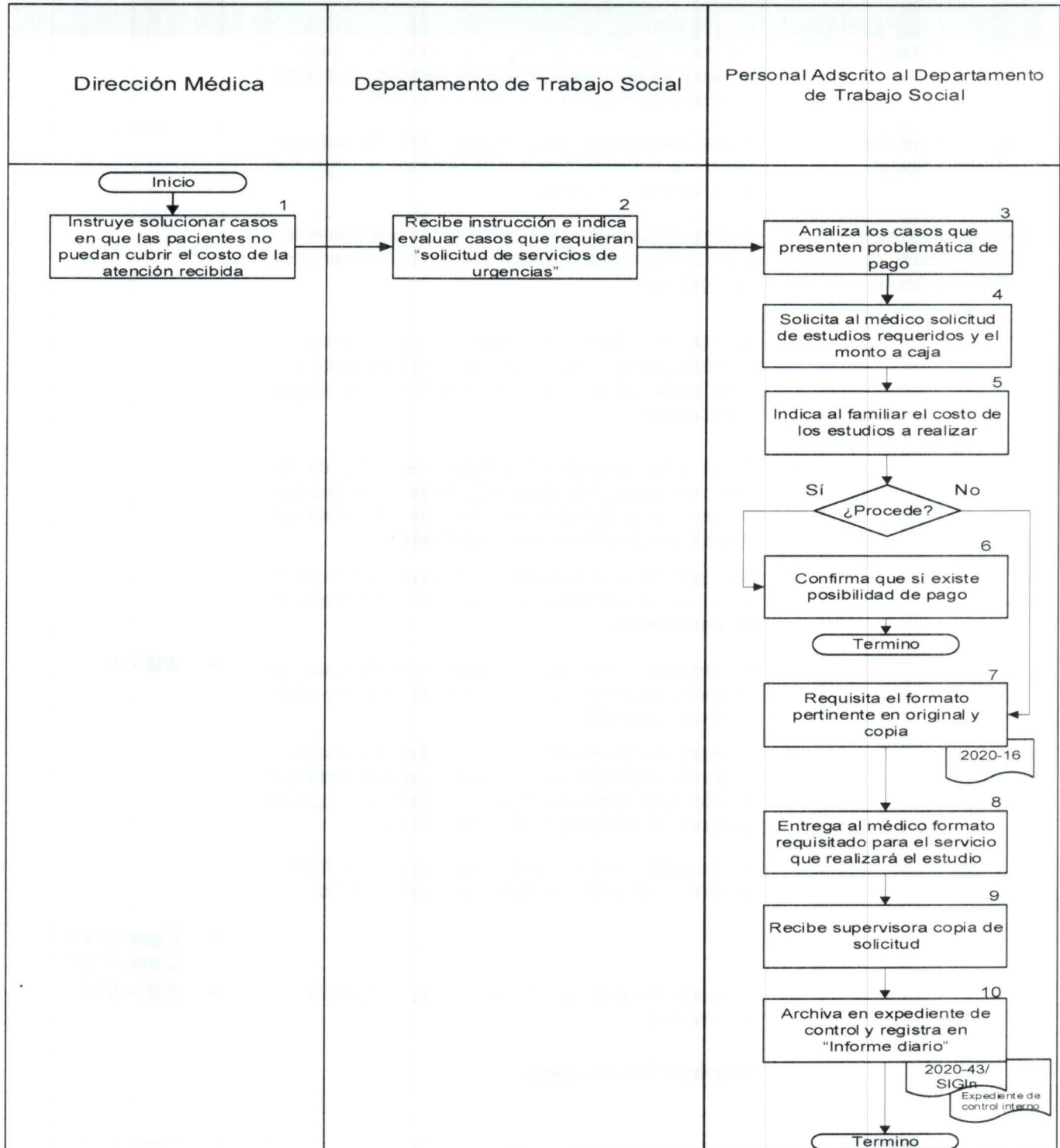
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|---------|---|---------------------------------|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social dar solución a los casos excepcionales en que las pacientes no puedan cubrir el costo de su atención médica por urgencias. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal adscrito evalúe los casos que requieran "Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez". | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe instrucción y analiza los casos que presenten algún problema para realizar el pago por los servicios de urgencias. | |
| | 4 | Solicita al médico de urgencias proporcione la solicitud de estudios requeridos por la paciente y al servicio de caja el monto de los estudios solicitados por el médico. | |
| | 5 | Indica a la paciente y/o al familiar el costo de los servicios requeridos, para saber si es necesario que se elabore la Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez. ¿Procede? | |
| | 6 | No: confirma que sí existe posibilidad de realizar el pago de la paciente y/o familiar. Termina el Procedimiento. | |
| | 7 | Sí: requisita el formato de "Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez" en original y copia. Continúa procedimiento. | • 2020-16 |
| | 8 | Entrega al médico el original de la "Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez", para presentarla al Servicio que realizara estudios a la paciente y la copia se queda en el Departamento de Trabajo Social. | |
| | 9 | Recibe Supervisora de Trabajo Social, copia de la "Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez". | • Expediente de Control Interno |
| | 10 | Archiva en "Expediente de Control Interno" y registra en "Informe Diario". Termina el Procedimiento. | • 2020-43/SIGIn |



[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-16 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 16.- Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez | | Hoja: 4 de 6 |

5. Diagrama de Flujo



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-16 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 16.- Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez | | Hoja: 5 de 6 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. | NOM-024-SSA3-2012 |
| 6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. | NOM-004-SSA3-2012 |
| 6.4 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer | No Aplica |
| 6.5 Acuerdo de coordinación para garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados para las personas sin seguridad social en los términos previstos en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud, que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto de Salud para el Bienestar y la Ciudad de México. | DOF 04-09-2020 |
| 6.6 Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberían sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría, publicado el 27 de mayo de 2013. | DOF 30-11-2020 |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| 7.1 "Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez" | 5 años | Departamento de Trabajo Social | 4S.3/2020-16 |
| 7.2 "Expediente de control interno" | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de Comprobación Inmediata |
| 7.3 "Informe diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |

8. Glosario

- 8.1 Entrevista:** procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otros.

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-16 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 16.- Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez | | Hoja: 6 de 6 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1 Solicitud de Servicios de Urgencias Dispensado por Única Vez (2020-16)
- 10.2 Informe Diario (2020-43)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|--|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



SOLICITUD DE SERVICIOS DE URGENCIAS DISPENSADO POR ÚNICA VEZ

DATOS DE LA PACIENTE

Fecha: _____ (1)

Folio: _____ (2)

Nombre: _____ (3)

Fecha de Nacimiento: _____

Diagnóstico Médico: _____ (4)

SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS

1. Consulta: Sí () No ()

(5)

2. Estudios: _____

VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL

(6)

Médico/a Solicitante

Trabajo Social

(7)

(8)

Nombre completo y firma

Nombre completo y firma

Original: Servicio al que asiste

Copia: Trabajo Social

2020-16

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE SERVICIOS DE URGENCIAS DISPENSADO POR ÚNICA VEZ"

2020-16

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|--|
| 1 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el formato |
| 2 | FOLIO | El número consecutivo de identificación |
| 3 | NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO | Nombre completo de la paciente, el día, mes y año en que nació |
| 4 | DIAGNÓSTICO MÉDICO | El diagnóstico probable que la paciente tiene descrito por el personal médico que otorga la consulta de urgencias |
| 5 | SERVICIOS MÉDICOS PROPORCIONADOS | Consulta y/o estudios que requiere la paciente para que el personal médico descarte o determine la hospitalización de ésta |
| 6 | VALORACIÓN DE TRABAJO SOCIAL | Descripción del motivo por el que se autoriza el presente trámite |
| 7 | MEDICO/A SOLICITANTE | El nombre completo y firma del personal médico que valora a la paciente y solicita los estudios |
| 8 | NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social que valora y autoriza el trámite |





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 1 de 11 |

17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 2 de 11 |

1. Propósito

- 1.1 Brindar atención integral e interdisciplinaria a las pacientes con riesgo reproductivo y perinatal, para prevenir, atender y limitar el daño asociado a casos en situación de violencia familiar contra las mujeres.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección de Investigación, Dirección Médica, Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Subdirección de Investigación Clínica, al Departamento de Asuntos Jurídicos, al Departamento de Neurociencias, al Departamento de Trabajo Social y a la Coordinación de Psicología y Calidad.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Manejar el caso con estricta confidencialidad con la paciente, sin involucrar a la pareja u otros familiares, a fin de conservar la integridad de la usuaria.
 - Aplicar el instrumento de medición sobre violencia familiar a todas las pacientes citadas para apertura de expediente.
 - Enviar a la Coordinación de Psicología y Calidad a la/as paciente/es con base en el resultado del instrumento.
 - Establecer relación con el Departamento de Neurociencias y la Coordinación de Psicología y Calidad para el abordaje social.
 - Comentar con el Departamento de Asuntos Jurídicos, los casos de pacientes que acudan a consulta de urgencia y presenten violencia familiar. En caso, que por valoración médica sea considerado como médico-legal, remitirse al procedimiento correspondiente.
 - Notificar al Departamento de Asuntos Jurídicos cuando los casos sean confirmados por Psicología como víctimas de Trata de Personas. (verificar procedimiento 24 "Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas").
 - Llevar el registro de pacientes que son atendidas por violencia familiar de acuerdo a los instrumentos establecidos.
 - Brindar atención social a las pacientes que viven en situación de violencia familiar, a través de la identificación de antecedentes, redes de apoyo, evaluación de riesgo, consejería, seguimiento y canalización.
 - Realizar en el expediente clínico las notas de seguimiento de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
 - Canalizar en ausencia del personal de la Salud adscrito de la Coordinación de Psicología y Calidad a otra institución especializada en violencia familiar, aquellos casos que presenten riesgo elevado de violencia y notificar a la Coordinación para su seguimiento.
 - Reanudar seguimiento a las pacientes que por alguna situación abandonaron su tratamiento Institucional.

[Handwritten signature]



| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 3 de 11 |

- Realizar visita domiciliaria en los casos que exista riesgo elevado, haya deserción al tratamiento y/o sea complemento para el manejo social.
- Asistir a las reuniones establecidas para la evaluación del seguimiento y manejo de pacientes con violencia familiar.
- Asistir a las sesiones convocadas por la Coordinación de Psicología y Calidad, dirigidas al equipo de salud para brindarles apoyo relativo a la contención y orientación de pacientes con Violencia Familiar.
- Establecer las redes sociales necesarias para favorecer el manejo de pacientes con violencia familiar.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, a través de la Subdirección de Investigación Clínica, al Departamento de Neurociencias, verificar, que la Coordinación de Psicología y Calidad, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Manejar el caso con estricta confidencialidad con la paciente sin involucrar a la pareja u otros familiares, a fin de conservar la integridad de la propia paciente.
- Determinar el instrumento de tamiz que deberá ser utilizado para la identificación de los casos con violencia familiar.
- Aplicar a las pacientes referidas por el Departamento de Trabajo Social, la entrevista clínica de primera vez, con la finalidad de realizar el diagnóstico correspondiente y en caso de que sea requerido notificar al Departamento de Asuntos Jurídicos para el manejo legal que requiera.
- Determinar y proporcionar el tratamiento psicoterapéutico para la paciente acorde a la necesidad de atención que requiera.
- Llevar el registro de pacientes que son atendidas por violencia familiar, de acuerdo a los instrumentos establecidos para facilitar la elaboración de informes que en su momento se requieran por las instancias globalizadoras.
- Canalizar a otra institución especializada en violencia a las pacientes que por la complejidad de su caso no cubran los criterios establecidos de atención en el INPer.
- Proporcionar recomendaciones al equipo interdisciplinario para el manejo de pacientes con violencia.
- Dar de alta a la paciente, con base en el proceso terapéutico y/o la resolución del diagnóstico médico.
- Canalizar a otra institución especializada en violencia familiar para la continuidad del tratamiento psicoterapéutico cuando a la paciente se le haya otorgado el alta médica de la especialidad por la que fue atendida inicialmente en el INPer o para asesoría legal a partir de dos criterios:
 - a) Cuando se decida en el proceso terapéutico.
 - b) Por el riesgo de la integridad del paciente evaluado con los criterios mencionados en la norma de salud.
- Convocar a reuniones de evaluación del programa de violencia familiar.
- Planear y asistir a las sesiones de contención para el equipo de salud que atiende a pacientes con violencia familiar.



| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 4 de 11 |

- Realizar en el expediente clínico las notas de seguimiento de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
- Requisar el documento de registro correspondiente a pacientes con violencia familiar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.



3.3 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que sus Departamentos adscritos, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Manejar el caso con estricta confidencialidad con la paciente, sin involucrar a la pareja u otros familiares, a fin de conservar la integridad de la propia paciente.
- Brindar atención médica a las pacientes que acudan a consulta y canalizar al Departamento de Trabajo Social aquellas pacientes que presenten violencia familiar.
- Valorar los casos de las pacientes que acudan al servicio de urgencias con violencia familiar, en los cuales se encuentre en riesgo la vida de la paciente o el producto y reportar al Departamento de Trabajo Social (servicio de urgencias o jefatura); si es considerado un caso médico-legal, remitirse al procedimiento correspondiente.
- Realizar en el expediente clínico la nota correspondiente al manejo brindado a la paciente de acuerdo a lo estipulado en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.
- Determinar el alta médica de la paciente cuando su condición haya sido resuelta y si lo considere pertinente.
- Llenar el documento de registro correspondiente a pacientes con violencia familiar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Asistir a las reuniones convocadas por el Departamento de Trabajo Social y la Coordinación de Psicología y Calidad, para la evaluación del seguimiento y manejo de pacientes con violencia familiar.
- Asistir a las sesiones convocadas por la Coordinación de Psicología y Calidad para contención y orientación del equipo de salud.

3.4 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Enfermería, verificar que su personal adscrito, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Brindar apoyo al personal médico en la atención a la paciente y manejar el caso con estricta confidencialidad sin involucrar a la pareja u otros familiares, a fin de conservar la integridad de la propia paciente.
- Canalizar al Departamento de Trabajo Social aquellos casos en los que detecten que la paciente presenta violencia familiar.
- Asistir a las reuniones convocadas por el Departamento de Trabajo Social y la Coordinación de Psicología y Calidad, para la evaluación del seguimiento y manejo de pacientes con violencia familiar.
- Asistir a las sesiones convocadas por la Coordinación de Psicología y Calidad para contención y orientación para el equipo de salud.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 5 de 11 |

3.5 Será responsabilidad de la Dirección General, a través del Departamento de Asuntos Jurídicos, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Manejar el caso con estricta confidencialidad, a fin de conservar la integridad de la paciente.
- Realizar el análisis jurídico de la situación legal de la paciente, cuando el caso así lo requiera.
- Informar los derechos de la víctima establecidos en la Constitución y demás normativa existente, así como, los procedimientos a seguir en su atención y el seguimiento de los procedimientos jurídico-administrativos.
- Orientar de manera expedita sobre los mecanismos de denuncia y de los procesos previstos en el orden jurídico e informarles de las consecuencias legales de cada una de las acciones, los medios de impugnación y todas aquellas que se dispongan en la normatividad aplicable, atendiendo el caso jurídico concreto.
- Asesorar y llevar a cabo las recomendaciones legales en los casos de violencia familiar y notificar a las instancias competentes.
- Asistir a las reuniones convocadas por el Departamento de Trabajo Social y la Coordinación de Psicología y Calidad para la evaluación del seguimiento y manejo de pacientes con violencia familiar.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 6 de 11 |

4. Descripción del procedimiento



| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|---|----------|--|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social atender a la paciente que presente violencia familiar para el manejo social e integral con las áreas involucradas. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al personal adscrito realizar la apertura de expediente e identificar a la/s paciente/s que presenten violencia familiar. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe "Hoja de Valoración de 1ª Vez" y aplica instrumento de Tamiz "Programa de Violencia Familiar" para identificar los casos que presenten violencia y si amerita ser tratado por el especialista en el Instituto. ¿Procede? | <ul style="list-style-type: none"> • 2003-01 • 2241-66 |
| | 4 | No: Informa a la paciente que, de acuerdo al resultado del instrumento de tamiz, su caso es negativo a violencia familiar y proporciona la orientación necesaria. Termina Procedimiento. | |
| | 5 | Sí: Registra los casos detectados en "Libreta de Control Interno", proporciona atención social, canaliza a la Coordinación de Psicología y Calidad para su seguimiento y programa cita en "Carnet de Citas". | <ul style="list-style-type: none"> • Libreta de Control • 2003-18 |
| Coordinación de Psicología y Calidad | 6 | Realiza entrevista de primera vez y requisita formato de "Registro de atención en casos de violencia familiar o sexual". | |
| | 7 | Realiza el diagnostico a partir del cual determina el tratamiento psicoterapéutico o la canalización a otra institución, si por la complejidad de su caso no cubre los criterios del programa de violencia. ¿Procede? | |
| | 8 | No: Informa que no cubre los criterios de inclusión al programa de violencia, orienta sobre instituciones que brinden apoyo necesario para la paciente. Termina procedimiento. | |
| Coordinación de Psicología y Calidad | 9 | Sí: Determina que la paciente requiere tratamiento Psicológico de acuerdo a la evaluación de Psicología. | |

[Handwritten signature]

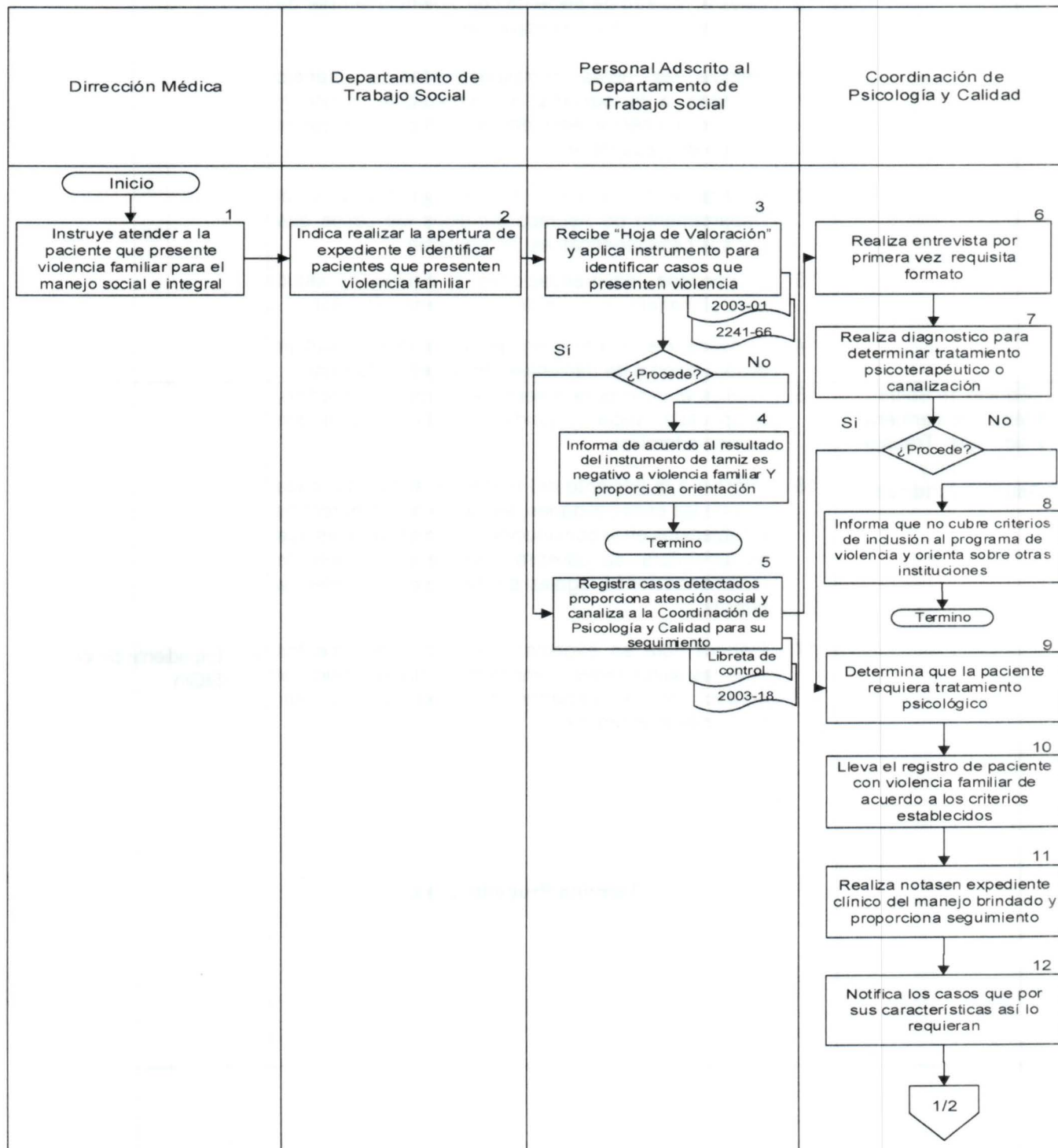
| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 7 de 11 |

| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|--|----------|---|------------------------------|
| | 10 | Lleva el registro de paciente con violencia familiar de acuerdo a los criterios establecidos. | |
| | 11 | Realiza las notas correspondientes al manejo brindado a la paciente en expediente clínico y proporciona seguimiento del caso en conjunto con el equipo de salud INPer. | |
| | 12 | Notifica a la Jefatura de Trabajo Social y al Departamento de Asuntos Jurídicos los casos que por sus características así lo requieran. | |
| | 13 | Proporciona recomendaciones al equipo de salud para el manejo de paciente con violencia familiar. | |
| | 14 | Convoca a reuniones al equipo de salud para evaluar el seguimiento de pacientes con violencia familiar. | |
| Equipo de Salud (Médico, Enfermera, Psicología, Trabajo Social y Asuntos Jurídicos) | 15 | Analiza el caso para determinar el manejo; médico, terapéutico, social y jurídico, de la paciente con violencia familiar. | • Expediente clínico / SIGIn |
| | 16 | Informa a la paciente del manejo a seguir por cada una de las especialidades, así como de los derechos establecidos en la constitución y normativas a los que es acreedora, se asesora y se llevan a cabo las recomendaciones legales en los casos de violencia familiar. | |
| | 17 | Elabora nota en expediente clínico y documentos ante las autoridades competentes, hasta decidir el egreso de la paciente del Instituto y/o dar seguimiento al proceso. | |
| Termina Procedimiento | | | |



[Handwritten signature]

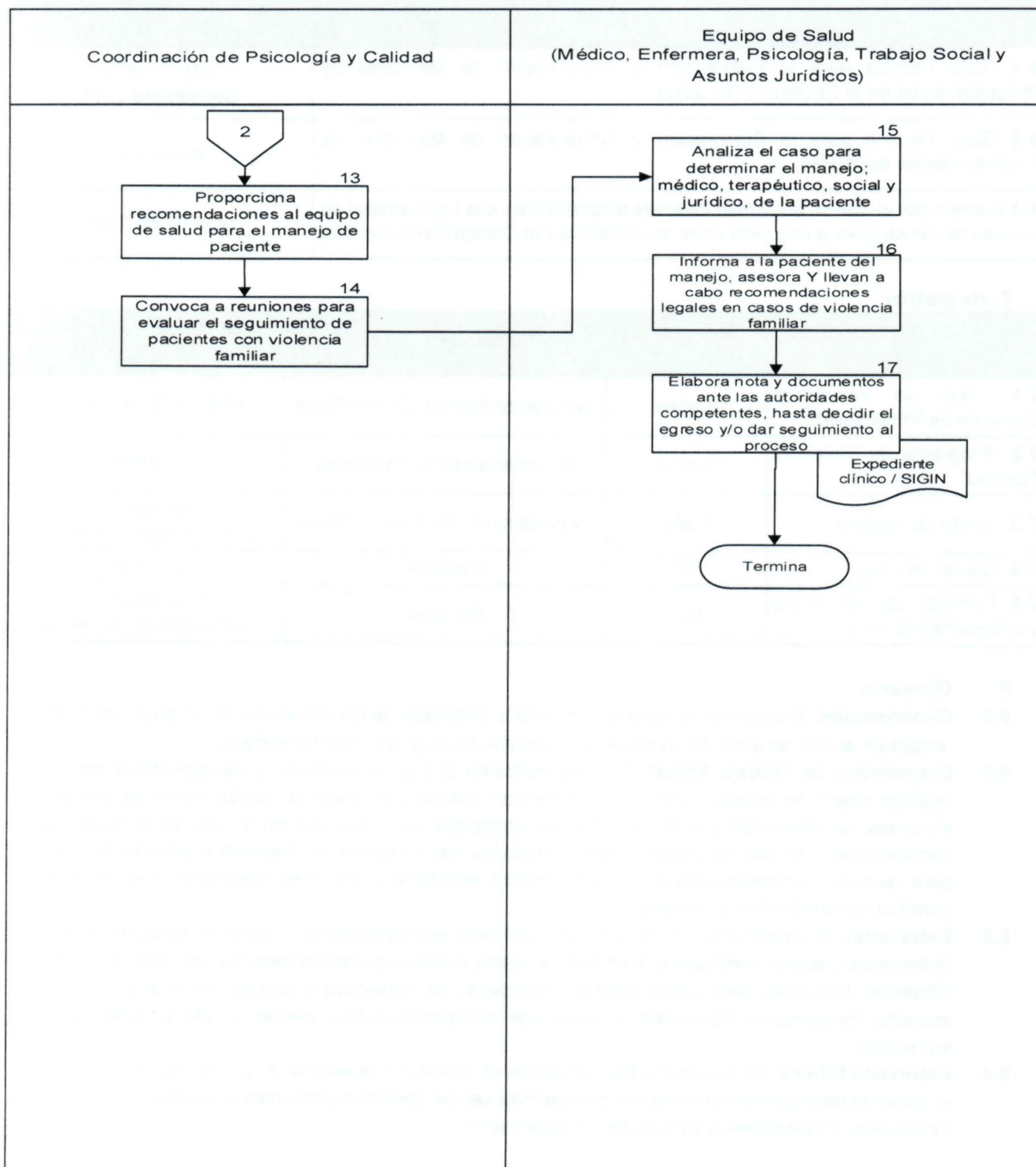
| | | | |
|--|---|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 8 de 11 |
| | | | |

5. Diagrama de Flujo





[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 9 de 11 |



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 10 de 11 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |
| 6.3 Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y al Código Penal Federal | DOF 01-06-2021 |



7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|
| 7.1 "Hoja de Valoración Consulta de Primera vez" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5 / 2003-01 / SIGIn |
| 7.2 "Programa de Violencia Familiar" | 3 años | Departamento de Psicología | 2241-66 |
| 7.3 Libreta de registro | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.4 "Carnet de citas" | N/P | Paciente | 2003-18 |
| 7.5 Formato de referencia y/o Resumen Clínico | N/P | Paciente | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

- 8.1 Coordinación:** Disposición armónica, funcional y ordenada de los esfuerzos de un grupo para dar unidad de acción en vista de un objetivo en común de un grupo interdisciplinario.
- 8.2 Diagnóstico de Trabajo Social:** Proceso mediante el cual se observan y recogen datos de una realidad objeto de estudio, tanto en su dimensión interna como externa, desde donde se analizan síntomas, se relacionan y comparan hechos conocidos con otros que no lo son, se analizan, se correlacionan y se dan resultados. Comúnmente los resultados de un diagnóstico servirán de base para realizar interpretaciones sobre una realidad estudiada y proponer estrategias que permitan modificar o transformar la realidad.
- 8.3 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otras.
- 8.4 Entrevista Clínica:** Es el proceso técnico donde el clínico busca establecer una buena relación con el paciente para obtener información que permita ver los conflictos presentes y pasados, hacer una evaluación, un diagnóstico y proponer un tratamiento.



| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-17 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 17.- Atención de Pacientes con Violencia Familiar | | Hoja: 11 de 11 |

- 8.5 Violencia Familiar:** La violencia familiar incluye actos de agresión contra una persona, ejercidos por un miembro de la familia con mayor poder social, físico, económico o psicológico. El vínculo entre la persona agresora y la agredida puede ser sentimental o afectivo, de parentesco consanguíneo y/o legal independientemente de su lugar actual de residencia. (NOM-046-SSA2-2005).
- 8.6 Violencia física:** Todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia que inmoviliza y causa daño a la integridad física del otro. (G. Clínica de Intervención Psicológica 2007).
- 8.7 Violencia sexual:** Patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexo-afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja. (G. Clínica de Intervención Psicológica 2007).
- 8.8 Violencia digital:** Toda acción dolosa realizada mediante el uso de tecnologías de la información y a la comunicación, por la que se exponga, distribuya, difunda, exhiba, trasmita, comercialice, oferte, intercambie o comparta imágenes, audios o videos reales o simulados de contenido íntimo sexual de una persona sin su consentimiento, sin su aprobación o sin su autorización y que le cause daño psicológico, emocional, en cualquier ámbito de su vida privada o en su imagen propia.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- | | | |
|------|--|-----------|
| 10.1 | Hoja de Valoración consulta de Primera vez | (2003-01) |
| 10.2 | Programa de Violencia Familiar | (2241-66) |
| 10.3 | Carnet de Citas | (2003-18) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |

HOJA DE VALORACIÓN CONSULTA DE 1ª VEZ

Ciudad de México, a ____ de ____ (1) ____ de 20 ____

PERSONAL DE CONTROL DE CITAS
CONSULTA DE PRIMERA VEZ
PRESENTE

LA C. ____ (2) ____ CON FOLIO ____ (3) ____ Y CON EDAD DE ____ (4) ____
AÑOS, REÚNE LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA SER ACEPTADA EN FORMA PROVISIONAL COMO PACIENTE EN:
(5) ____

DIAGNÓSTICO DE ACEPTACIÓN: ____ (6) ____

FAVOR DE OTORGAR SU CITA CORRESPONDIENTE. EL DÍA DE SU CITA, ADEMÁS DE LA DOCUMENTACIÓN
GENERAL SOLICITADA, DEBE PRESENTAR ____ (7) ____ COMO COMPROBANTES DE CARÁCTER MÉDICO:

OTRO DOCUMENTO: ____ (8) ____

SU ACEPTACIÓN DEFINITIVA QUEDARÁ CONDICIONADA A LA PRESENTACIÓN
DE TODOS LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS.

(9)

NOMBRE DE EL/LA MÉDICO/A QUE VALORÓ

FIRMA

CLAVE

FAVOR DE PRESENTAR ESTA HOJA EL DÍA DE SU CITA, SIN ELLA, LAMENTABLEMENTE
NO PODRÁ REALIZAR NINGÚN TRÁMITE. GRACIAS

PARA AGILIZAR SU TRÁMITE, FAVOR DE ORDENAR SUS DOCUMENTOS DE LA SIGUIENTE FORMA:
(10)

| ORDEN | FORMATO | ESPECIFICACIÓN |
|-------|------------------|--|
| 1º | COPIA | ACTA DE NACIMIENTO Paciente y pareja o de quien depende |
| 2º | COPIA | CURP Paciente y pareja o de quien depende |
| 3º | COPIA | COMPROBANTE DE DOMICILIO Agua o predio o constancia domiciliaria |
| 4º | ORIGINAL | FORMATOS Del IMSS e ISSSTE |
| 5º | ORIGINAL Y COPIA | COMPROBANTE DE INGRESOS Estudio socioeconómico o carta laboral o recibo de pago o constancia de hechos que reporta ingreso |
| 6º | COPIA | IDENTIFICACIÓN Paciente y pareja o de quien depende |
| 7º | COPIA | ACTA Matrimonio o informativa que reporte situación civil |

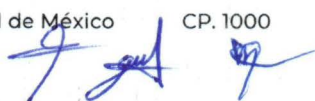
SI ES REFERIDA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DEBE PRESENTAR: (11)

| | | |
|---|-------|--|
| * | COPIA | FORMATO Referencia y/o contrareferencia del Instituto |
|---|-------|--|

EN EL REVERSO DE ESTA HOJA, FAVOR DE ANOTAR: NÚMERO DE TELÉFONO LOCAL, CELULAR Y DOMICILIO
COMPLETO.

FECHA DE IMPRESIÓN: ____ (12) ____

2003-01



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

HOJA DE VALORACIÓN CONSULTA DE 1ª VEZ

2003-01

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|--|
| 1 | FECHA | Día, mes y año en que se llena la presente hoja de valoración de la consulta de primera vez |
| 2 | NOMBRE | Nombre completo de la paciente |
| 3 | Nº DE FOLIO | Número de folio asignado por el Instituto |
| 4 | EDAD | Número de años cumplidos de la paciente |
| 5 | ACEPTACIÓN EN FORMA PROVISIONAL | Especificar el servicio de referencia en el que fue aceptada en forma provisional |
| 6 | DIAGNÓSTICO DE ACEPTACIÓN | Describir el diagnóstico médico de aceptación al Instituto |
| 7 | COMPROBANTES DE CARÁCTER MÉDICO | Especificar que documentación adicional se requiere como comprobante de carácter médico |
| 8 | OTRO DOCUMENTO | Documentación adicional que solicita el personal médico |
| 9 | NOMBRE DEL/LA MÉDICO/A QUE VALORÓ Y FIRMA | Nombre completo del/la médico/a que valoró y firma autógrafa |
| 10 | ORDEN DE DOCUMENTOS | Presentar la documentación en el orden en que se especifica en el recuadro, en original y/o copia señalado |
| 11 | REFERENCIA DE OTRO INSTITUTO | Presentar formato de referencia o contrareferencia en caso de ser canalizada de otro Instituto |
| 12 | FECHA DE IMPRESIÓN | Día, mes y año en que se imprime el presente formato |

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ ¿Cuántos años de estudios? _____

Teléfono _____ Expediente _____

Marque con una X su respuesta:

Estado civil: soltera____ casada____ unión libre____ divorciada____ separada____ viuda____

Ocupación: ama de casa____ empleada____ profesionista____ comerciante____ otros____

¿Esta embarazada? Si ____ No ____ ¿Deseaba usted este embarazo? Si ____ No ____

¿Planeo usted este embarazo? Si ____ No ____

Número de hijos/as vivos/as _____ ¿Acepto usted este embarazo? Si ____ No ____

¿Su pareja deseaba este embarazo? Si ____ No ____ No sé ____

¿Su pareja planeo este embarazo? Si ____ No ____ No sé ____

¿Su pareja acepto este embarazo? Si ____ No ____ No sé ____

¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el actual _____

¿Cuántos abortos?____ ¿Cuántos óbitos?____ ¿Cuántos partos?____ ¿Cuántas cesáreas?____

¿Ha sufrido violencia durante este embarazo de parte de su pareja actual? Si ____ No ____

¿Ha sufrido violencia antes del embarazo de su pareja actual? Si ____ No ____

¿Ha sufrido violencia durante este embarazo de parte del padre de su hijo? Si ____ No ____

¿Cuánto tiempo tiene de relación con la pareja actual?

_____ años _____ meses _____ semanas _____ días

¿Qué edad tiene su pareja actual? _____

CONTINUAR AL REVERSO...

2241-66



Nos gustaría saber si algún hecho de los que se van a mencionar le ha ocurrido con su pareja actual.

Marque con una X su respuesta

| FORMAS DE VIOLENCIA | | Si | No |
|---------------------|--|----|----|
| 1 | Que su pareja le aviente algún objeto. * | | |
| 2 | Que le tuerza el brazo. * | | |
| 3 | Que la amenace con golpearla. | | |
| 4 | Que se ponga a destruir algunas cosas de usted. | | |
| 5 | Que use la fuerza física para tener relaciones sexuales con usted, en contra de su voluntad. * | | |
| 6 | Que la rebaje o menosprecie. | | |
| 7 | Que se ponga celoso. | | |
| 8 | Que su pareja sospeche de sus amistades. | | |
| 9 | Que la insulte. | | |
| 10 | Que su pareja la empuje a propósito. * | | |
| 11 | Que la agreda con alguna navaja, cuchillo o machete. * | | |
| 12 | Que le haga sentir miedo de él. | | |
| 13 | Que la golpee con un palo o un cinturón o algún otro objeto doméstico. * | | |
| 14 | Que la trate de ahorcar o asfixiar. * | | |
| 15 | Que la amenace con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales con él. | | |
| 16 | Que la amenace con matarla a usted o matarse él o matar a los niños. | | |
| 17 | Que la golpee con la mano o con el puño. * | | |
| 18 | Que le exija tener relaciones sexuales aunque usted no esté dispuesta. * | | |
| 19 | Que su pareja la patee. * | | |
| 20 | Que la amenace con alguna navaja o cuchillo o machete. | | |
| 21 | Que la golpee en el estómago. * | | |
| 22 | Que la sacuda, zarandee o jalonee. * | | |
| 23 | Que le dispare con alguna pistola o rifle. * | | |
| 24 | Que le diga cosas como que usted es poco atractiva o fea. | | |
| 25 | Que la ataque con alguna otra cosa. * | | |
| 26 | Que se ponga a golpear o patear la pared o algún mueble. | | |
| 27 | Que la amenace con alguna pistola o rifle. | | |

28. ¿Cuántas veces sucede el evento de violencia con su pareja?

Solo en una ocasión ____ ¿Cuántas en una semana? ____ ¿Cuántas en un mes? ____
¿Cuántas en un año? ____

29. ¿Cuándo su pareja es violenta, usted también lo golpea? Si ____ No ____

30. ¿Cuándo su pareja es violenta, usted también lo insulta? Si ____ No ____

31. ¿Cuando su pareja la insulta o golpea usted quisiera responder pero se aguanta?
Si ____ No ____

32. ¿Ha tenido otras *parejas anteriores* con una relación de violencia? Si ____ No ____
Violencia física ____ Violencia emocional ____



SECRETARÍA DE SALUD

- Conmutador Ext.: 111**



Carnet de Citas

(2)

FECHA: _____ (3) _____
DIA MES AÑO

2003-18

[illegible][illegible]

ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)

A SOMATOMETRIA (SIGN)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18

| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|------------------------------|--|
| 1 | NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



SECRETARÍA DE SALUD

- Conmutador Ext.: 111**



Carnet de Citas

(2)

FECHA: _____ (3) _____
DIA MES AÑO

2003-18 A

[illegible][illegible]

ANTES DE SU CONSULTA, PASE A SOMATOMETRIA (SIGNOS VITALES)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"CARNET DE CITAS"

2003-18 A



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------------|--|
| 1 | NOMBRE,EXPEDIENTE Y NIVEL | El nombre completo de la o el paciente, el número de su expediente y el nivel socioeconómico asignado por el Departamento de Trabajo Social. |
| 2 | CARNET DE CITAS | El nombre completo de la Trabajadora Social del Instituto asignada a la paciente. |
| 3 | FECHA | El día, mes y año en que ingresa la paciente al Instituto. |
| 4 | FECHA-HORA | El día, mes y hora de la próxima consulta. |
| 5 | SERVICIO | El área médica donde se atenderá el o la paciente. |



| | | | |
|--|---------------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 1 de 10 |

18.- Atención de casos Médico Legales

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 2 de 10 |

1. Propósito

- 1.1 Atender de manera interdisciplinaria los casos, que a partir de la valoración médica se consideren como caso médico legal para cumplir con los requerimientos legales necesarios.



2. Alcance

- 1.1 A nivel interno el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección Médica, Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Departamento de Asuntos Jurídicos y al Departamento de Trabajo Social.
- 1.2 A nivel externo el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Manejar el caso con estricta confidencialidad, a fin de conservar la integridad de la usuaria.
 - Notificar a Supervisión, Jefatura de Trabajo Social y establece coordinación con el Departamento de Asuntos Jurídicos, los casos reportados por el médico que valora a la paciente, como caso médico legal y de ser necesario establecer comunicación con el Ministerio Público.
 - Elaborar la "Notificación ante el Ministerio Público (2020-50), anexando el resumen clínico del caso.
 - Entregar al familiar del/a paciente la Notificación ante el Ministerio Público y el resumen médico, para su entrega a la Agencia del Ministerio Público correspondiente; o en su caso solicitar vehículo oficial para realizar dicho trámite.
 - Considerar en situación de abandono de paciente cuando sus familiares no hayan establecido contacto con la institución después de las 72 horas a partir de su ingreso hospitalario.
 - Agotar en el caso anterior, las posibilidades de localización del familiar antes de notificarlo al Departamento de Asuntos Jurídicos.
 - Entregar al Departamento de Asuntos Jurídicos el acuse de recibido de la "Notificación ante el Ministerio Público (2020-50) a fin de que se proceda como corresponda.
 - Realizar en caso de hospitalización la "Nota de Seguimiento" (2020-13) en el expediente clínico electrónico de acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud sobre el manejo social otorgado.
 - Integrar copia de la Notificación al expediente clínico, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Expediente Clínico.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que la Subdirección de Ginecología y Obstetricia y la Subdirección de Neonatología, a través de sus Departamentos Adscritos, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:





| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 3 de 10 |

- Manejar el caso con estricta confidencialidad, a fin de conservar la integridad de la usuaria.
- Brindar atención médica necesaria a la paciente que acuda a consulta médica.
- Notificar al Departamento de Trabajo Social y al Departamento de Asuntos Jurídicos los casos que se consideren médico legal y requieran ser notificados a la Agencia de del Ministerio Público.
- Reportar al Departamento de Trabajo Social los casos de pacientes que se identifiquen en el Instituto y que presenten datos de: Abandono, Violencia Física, Violencia Sexual o Violencia Psicológica, con la intención de determinar si el caso es considerado para el Rescate, Asistencia, Atención y Protección de víctimas de Trata de Personas. (Ver procedimiento 24 Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas).
- Realizar obligatoriamente la descripción detallada en el expediente clínico sobre los riesgos a la salud de las mujeres que sufren violencia, así como las lesiones observadas, describiéndolas detallada y objetivamente, ya sean físicas, ginecológicas o de cualquier índole.
- Realizar en el expediente clínico electrónico la nota correspondiente del manejo brindado a la paciente de acuerdo a lo estipulado en la Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y en la NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico).
- Realizar los reportes médicos solicitados por el área Jurídica del Instituto u otras instancias legales.
- Determinar el alta médica del/a paciente bajo los lineamientos jurídicos emitidos por las autoridades correspondientes y/o canalizar a la paciente al segundo y tercer nivel de especialidad de ser necesario.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección de General, a través del Departamento de Asuntos Jurídicos, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:



- Manejar el caso con estricta confidencialidad, a fin de proteger la integridad de la paciente.
- Realizar el análisis jurídico de la Situación legal de la paciente y/o Recién Nacido/a según sea el caso.

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 4 de 10 |

- Orienta de manera expedita sobre los mecanismos de denuncia y de los procesos previstos en el orden jurídico, atiende el caso jurídico concreto.
- Efectuar los trámites legales necesarios ante las autoridades correspondientes para la solución de responsabilidades jurídicas del INPer.
- Recibir el acuse de la "Notificación ante el Ministerio Público (2020-50) realizada ante la Agencia del Ministerio Público.
- Asesorar en su caso, si la situación conlleva a una responsabilidad jurídica en el Instituto.
- Realizar en su caso el procedimiento ante las instancias jurídicas necesarias para la atención del caso médico legal.
- Realizar la denuncia ante el Ministerio Público en los casos de abandono de persona.

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 5 de 10 |

4. Descripción del procedimiento



| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|---------|--|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social atender los casos considerados médico legal, reportados por el personal médico del Instituto. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al Personal Adscrito atender los casos considerados médico legal, reportados por el personal médico del Instituto. | |
| | 3 | Recibe notificación del caso médico legal y se analiza conjuntamente con el médico tratante y el Departamento de Asuntos Jurídicos si se requiere la Notificación Médica Legal ante la Agencia del Ministerio Público. ¿Procede? | |
| | 4 | No: realiza el análisis Jurídico y se descarta. Termina procedimiento. | |
| Médico tratante | 5 | Sí: Elabora resumen Clínico y Nota en Expediente Clínico ante la necesidad de la intervención de la Agencia del Ministerio Público. | <ul style="list-style-type: none"> Resumen Clínico Expediente electrónico |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 6 | Recibe Trabajo Social de Urgencias el Resumen Clínico del caso identificado como médico legal. | |
| | 7 | Elabora y entrega al familiar de la paciente la Notificación ante el Ministerio Público anexando el resumen clínico para su gestión ante la agencia investigadora correspondiente. | <ul style="list-style-type: none"> 2020-50/SIGIn Resumen Clínico |
| | 8 | Entrega al Departamento de Asuntos Jurídicos el acuse de recibido de la "Notificación ante el Ministerio Público". | <ul style="list-style-type: none"> 2020-50/SIGIn (acuse) |
| | 9 | Registra en libreta de enlace la relatoría del caso, la Nota de Seguimiento en el expediente clínico electrónico y registra en Informe Diario | <ul style="list-style-type: none"> Libreta de enlace 2020-13/SIGIn 2020-43/SIGIn |
| Departamento de Asuntos Jurídicos | 10 | Recibe el acuse de la Notificación ante el Ministerio Público y asesora en su caso si la situación conlleva a una responsabilidad Jurídica en el Instituto. | <ul style="list-style-type: none"> 2020-50/SIGIn (acuse) |
| Departamento de Asuntos Jurídicos | 11 | Realiza las gestiones necesarias ante las instancias Jurídicas correspondientes. | |



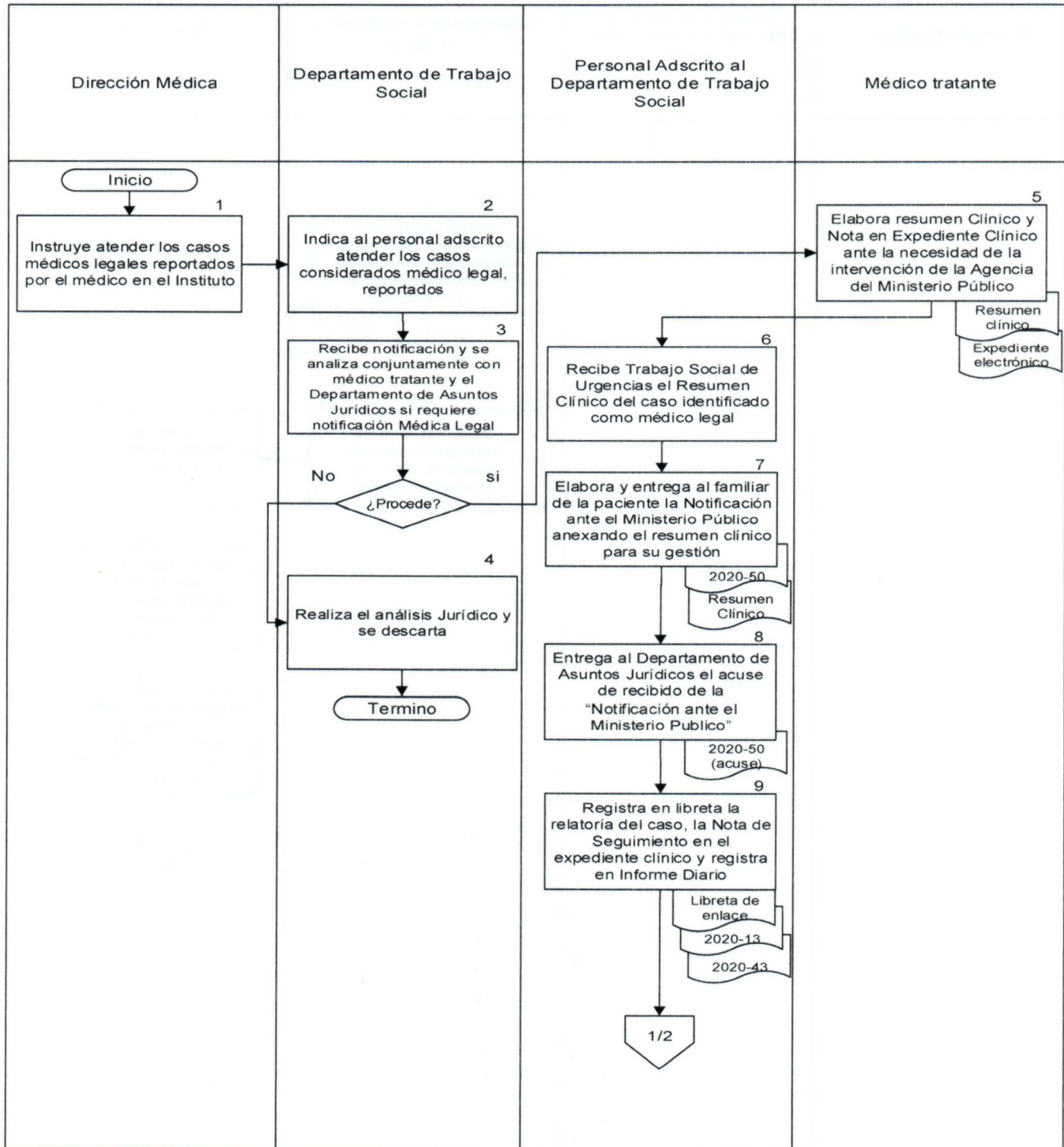
| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 6 de 10 |

| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades: | Documento Anexo |
|------------------------|----------------|--|------------------------|
| Médico Tratante | 12 | Realiza expediente clínico electrónico la nota correspondiente del manejo brindado a la paciente. | |
| | 13 | Elabora los reportes médicos solicitados por el Departamento de Asuntos Jurídicos u otras instancias legales. | |
| | 14 | Determina el alta médica de la paciente bajo los lineamientos establecidos por las autoridades correspondientes. | |
| | | Termina Procedimiento | |



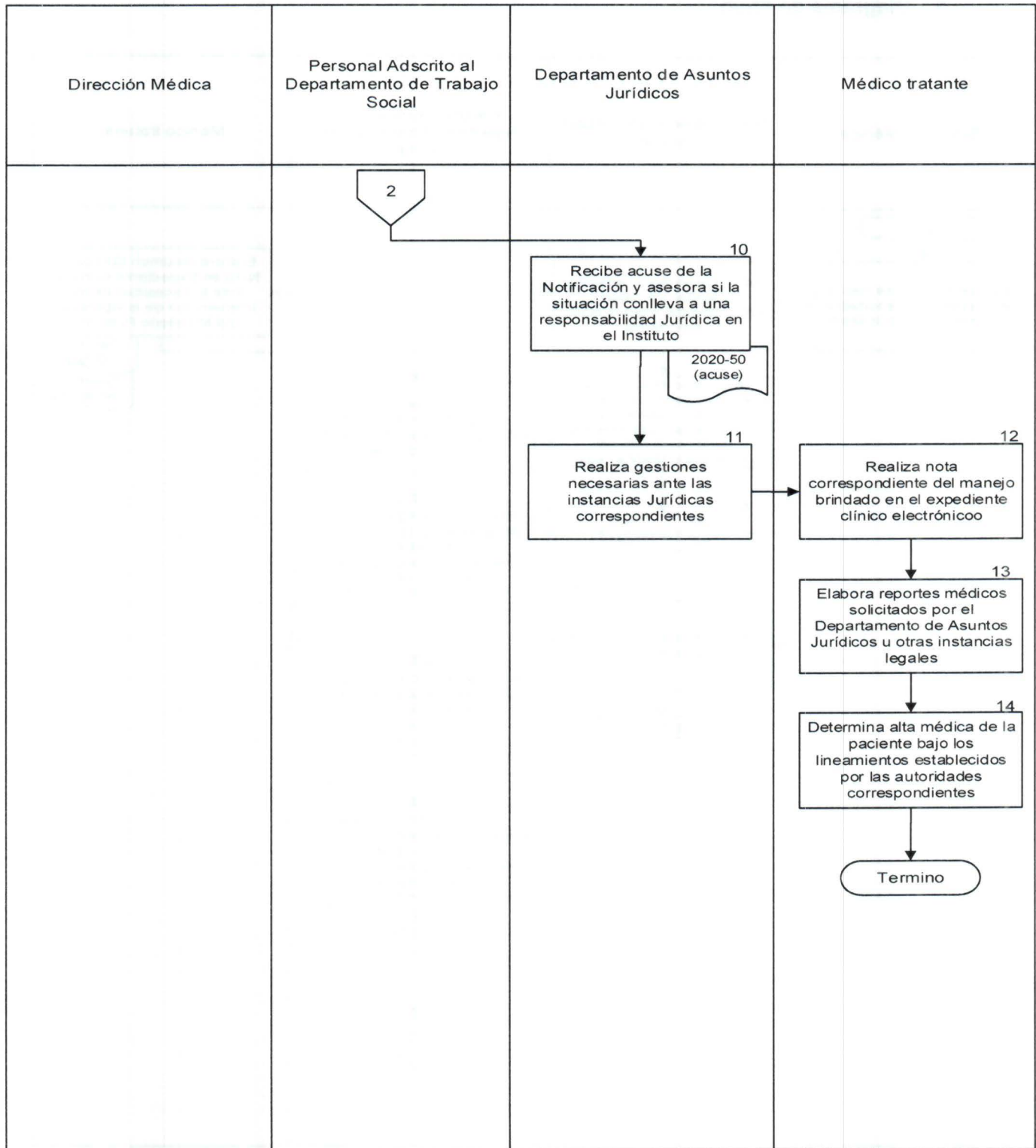
| | | | |
|---|---------------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 7 de 10 |

5. Diagrama de Flujo





[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 8 de 10 |



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 9 de 10 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|---------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |
| 6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud. | NOM-024-SSA3-2012 |
| 6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico. | NOM-004-SSA3-2012 |

7. Registros



| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|------------------------|---|---|
| 7.1 Resumen Clínico | 3 años | Departamento de Asuntos Jurídicos | Documento de comprobación inmediata |
| 7.2 Acuse "Notificación ante el Ministerio Público" | 6 años | Departamento de Asuntos Jurídicos/SIGIn | 4S.5/2020-50 |
| 7.3 Libreta de enlace | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.4 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-13 |
| 7.5 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |

8. Glosario

- 8.1 Abandono de persona:** Delito que establece el Código Penal para el Distrito Federal Artículo 106: El que pusiere en peligro la vida o salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado.
- 8.2 Caso Médico Legal:** Hecho o circunstancia que presenta un individuo en donde es necesario medie una instancia judicial, ya sea por petición Institucional, a solicitud de la paciente y/o familiar.
- 8.3 Denuncia:** Es el acto por medio del cual cualquier persona, haya o no resentido los efectos del delito, hace del conocimiento del Ministerio Público, la comisión de hechos que puedan constituir un delito que se persiga de oficio, sin que la voluntad del denunciante, tenga legalmente relevancia alguna para suspender, ni para poner término al procedimiento iniciado, o al proceso promovido.
- 8.4 Ministerio Público:** Es la institución titular de la averiguación previa, con atribución de averiguar, investigar y perseguir los delitos.

15

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|--------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS-MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 12 |
| | 18.- Atención de Casos Médico Legales | | Hoja: 10 de 10 |

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 12 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- | | | |
|------|---|-----------|
| 10.1 | Notificación ante el Ministerio Público | (2020-50) |
| 10.2 | Nota de Seguimiento | (2020-13) |
| 10.3 | Informe Diario | (2020-43) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|--|--|--|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



Ciudad de México, a ____ de ____⁽¹⁾ de 20__

**C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO EN TURNO
COORDINACIÓN TERRITORIAL MH-3
MONTE ALTAI Y ALPES
COL. LOMAS DE CHAPULTEPEC
ALCALDÍA MIGUEL HIDALGO**

Por este conducto me permito notificar a usted que con fecha ____ de ____ de 20__, siendo las ____ horas, llegó al Servicio de Urgencias de este Instituto la/el C. ____⁽²⁾ de ____ años de edad, fecha de nacimiento ____ con domicilio en ____⁽³⁾

Quien presenta el diagnóstico de _____

Por lo anterior el/la Médico/a de Urgencias en turno ____⁽⁴⁾

____ solicita la intervención de las autoridades correspondientes.

Comunico atentamente para los fines legales a que haya lugar.

Trabajadora Social en Turno

⁽⁵⁾

Nombre completo y Firma

C.C.P. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS JURÍDICOS INPer.
Expediente.

2020-50

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

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTIFICACION ANTE EL MINISTERIO PUBLICO"

2020-50

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora la responsiva |
| 2 | NOMBRE, EDAD, FECHA DE NACIMIENTO | Nombre completo de la paciente, edad de la Paciente, Día, mes y año de nacimiento |
| 3 | DOMICILIO | Domicilio de la Paciente |
| 4 | NOMBRE DEL MEDICO DE URGENCIAS | Nombre completo del Médico Responsable en turno. |
| 5 | NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | Nombre completo y firma de la Trabajadora Social que valora y autoriza el trámite |





**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



NOTA DE SEGUIMIENTO

[illegible]

(TODA NOTA DEBERA SER SEGUIDA DEL NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL)

2020-13

724

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |





Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



FECHA: _____ (1)

SERVICIO: _____ (2)

T. S. _____ (3)

INFORME DIARIO

[illegible]**TOTAL DE PROCEDIMIENTOS:**

(13)



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 19.- Elaboración de Informes | | Hoja: 1 de 5 |

19.- Elaboración de Informes

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 19.- Elaboración de Informes | | Hoja: 2 de 5 |

1. Propósito

- 1.1** Informar las actividades diarias desarrolladas por el personal adscrito al Departamento de Trabajo Social, a fin de llevar un control y análisis de la distribución de actividades y cargas de trabajo, comprobar los avances y logros en relación a los planes de productividad y presentar el informe mensual al Departamento de Estadística y Metas Institucionales y/o a la instancia que lo requiera.

2. Alcance



- 2.1** A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2** A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud.

3.0 Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1** Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Verificar que el personal adscrito al Departamento de Trabajo Social registre las actividades realizadas en el Informe Diario 2020-43/SIGIn al término de su jornada de trabajo
- Establecer y verificar, sea entregado el informe mensual el 2° día de cada mes. En caso de inicio de mes en fin de semana el día hábil inmediato.
- Entregar el informe de las actividades diarias realizadas en los diferentes servicios, con el soporte documental de los siguientes procedimientos:
 - ✓ Reclasificación socioeconómica
 - ✓ Altas de paciente –Imposibilidad de pago (Solicitud de Revaloración Socioeconómica 2020-04)
 - ✓ Control de ingresos y egresos de pacientes al área de hospitalización (Notas de Egreso Adolescente 2020-37, 2020-38 Especial- Psiquiátrica con decisión importante o fallecida y Hospitalizadas 2020-39)
 - ✓ Manejo de Defunciones
 - ✓ Alta Voluntaria
 - ✓ Visita Domiciliaria
 - ✓ Interconsulta y/o Traslado
 - ✓ Atención de Casos Médicos Legal



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 19.- Elaboración de Informes | | Hoja: 3 de 5 |

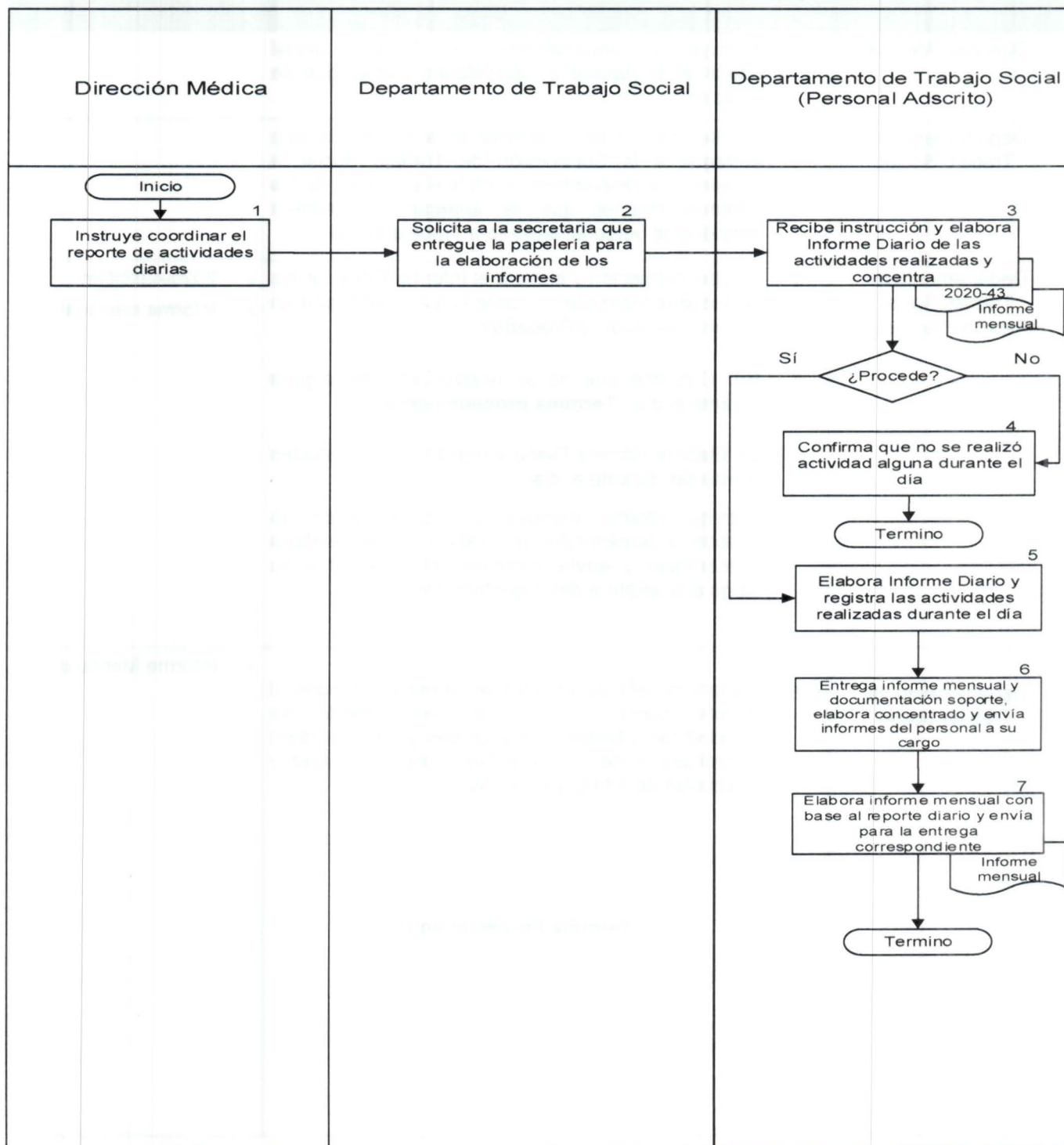
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | N° Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|---------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social coordinar el reporte de actividades diarias que se realizan. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción y solicita a la secretaria que entregue a la Supervisión de Trabajo Social la papelería correspondiente para la elaboración de los informes mismos que se entregan de manera individual al personal adscrito a Trabajo Social. | |
| Departamento de Trabajo Social (Personal Adscrito) | 3 | Recibe instrucción y elabora el Informe Diario de las actividades realizadas durante el día y concentra en Informe mensual. ¿Procede? | <ul style="list-style-type: none"> • 2020-43/SIGIn • Informe mensual |
| | 4 | No: Confirma que no se realizó actividad alguna durante el día. Termina procedimiento. | |
| | 5 | Sí: Elabora Informe Diario y registra las actividades realizadas durante el día. | |
| | 6 | Entrega informe mensual y documentación de soporte a Supervisión de Trabajo Social, elabora concentrado y envía informes del personal a su cargo a la Jefatura del Departamento. | |
| Departamento de Trabajo Social | 7 | Elabora la Jefatura un informe mensual con base al reporte diario y envía al Departamento de Estadísticas y Metas Institucionales y a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Termina Procedimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Informe Mensual |





| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 19.- Elaboración de Informes | | Hoja: 4 de 5 |

5. Diagrama de Flujo



9 jul 2020

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-18 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 19.- Elaboración de Informes | | Hoja: 5 de 5 |

6.0 Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| 7.1 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |
| 7.2 Informe Mensual | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

- 8.1 Informe:** exposición escrita del estado de una cuestión, datos que se dan sobre algo, en el caso, de actividades desarrolladas por el personal.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1** Informe Diario (2020-43)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



FECHA: _____ (1)

SERVICIO: _____ (2)

T. S. _____ **(3)**

INFORME DIARIO

[illegible]

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS:

(13)



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | Hoja: 1 de 9 |

20.- Prestación de Prácticas Formativas

167 9 gnd m

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | Hoja: 2 de 9 |

1. Propósito

- 1.1 Contribuir en la formación de profesionales en Trabajo Social, tanto a nivel licenciatura como a nivel técnico, en Salud Reproductiva y Perinatal.

2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, Subdirección de Intercambio y Vinculación, al Departamento de Vinculación Institucional y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a los/as estudiantes que soliciten realizar Servicio Social y/o Prácticas Profesionales, Tesis Profesional, Prácticas Institucionales o Escolares y Visitas Guiadas, así como a las Instituciones académicas que imparten la carrera de Trabajo Social.



3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Promover el Programa de Servicio Social y Prácticas Profesionales de Trabajo Social (2020-08).
- Solicitar la autorización de la Subdirección de Intercambio y Vinculación a través del Departamento de Vinculación Institucional para la prestación de Servicio Social, Prácticas Profesionales e Institucionales, realización de Tesis y Visitas Guiadas.
- Supervisar que se lleve a cabo el Servicio Social y/o Prácticas Profesionales de lunes a viernes en el turno matutino y dentro de los servicios y programas propios del Departamento o en colaboración con aquellas áreas que lo soliciten a la Jefatura y/o a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, siempre y cuando corresponda a funciones inherentes a la profesión.
- Solicitar, al alumno aspirante a realizar Servicio Social o Prácticas Profesionales, carta de presentación emitida por su Institución Educativa, con las siguientes características:
 - Carta membretada y sellada por la Institución Educativa dirigida al titular del Departamento de Vinculación Institucional, con atención a la Jefatura del Departamento de Trabajo Social.
- Otorgar a los alumnos/as a realizar Servicio Social o Prácticas Profesionales lo siguiente:
 - ✓ Visita guiada al Instituto
 - ✓ El curso de Introducción al INPer
 - ✓ El Programas de Servicio Social
 - ✓ Los Programas de atención social del Departamento
 - ✓ Reglamento Interno del Departamento de Trabajo Social
 - ✓ Instrucciones de las actividades a realizar en el servicio asignado
- Elaborar carpeta de evidencias o informe de actividades mensuales que realiza el pasante
- Incorporar en el INPer grupos no mayores a 10 alumnos.

- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, la Subdirección Académica, a través del Departamento de Vinculación Institucional, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:





| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | Hoja: 3 de 9 |

- Emitir constancia de Terminación de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales e Institucionales y realización de Tesis al término de estas.
- Solicitar a los/as pasantes que entreguen al INPer los productos obtenidos, a través de su experiencia, cualquiera que haya sido su actividad.
- Establecer los periodos de inicio del Servicio Social de acuerdo a los requerimientos del plantel educativo solicitante.
- Autorizar la realización de Prácticas Profesionales y Tesis solo a aquellos/as pasantes que hayan concluido su formación Académica y el requisito de Servicio Social.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.3 Será responsabilidad de los/as aspirantes a realizar Servicio Social o Prácticas Profesionales cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Cumplir con los lineamientos establecidos por el Instituto y el Departamento de Trabajo Social.
- Cubrir en el caso de Servicio Social, el 80% de créditos académicos previstos en el programa de estudios a nivel Técnico Profesional y Licenciatura a través de la constancia expedida por la Institución Educativa.
- Presentar Historial Académico con promedio mínimo de 8, para la realización de Servicio Social y Tesis.
- Realizar el Servicio Social dentro de un periodo no menor de 6 meses ni mayor de 2 años, correspondiente a 480 horas.
- Realizar las Prácticas Profesionales con una duración de 240 horas en un lapso de 3 meses.
- Cumplir con el periodo para realización de Tesis de 1 año y podrá ser ampliado en los casos que se requiera ó sólo que la Institución educativa lo demande.
- Solicitar la visita guiada con 15 días de anticipación, a objeto de entablar la coordinación necesaria.



[Handwritten signature]

| | | | | |
|---|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS | |  | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | | Hoja: 4 de 9 |

4. Descripción del procedimiento

| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|--|------------------------------------|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social en coordinación con el Departamento de Vinculación Institucional evalúe las solicitudes de Prácticas Formativas. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica a la Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social analizar las solicitudes de Prácticas Profesionales. | |
| Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social | 3 | Recibe instrucción y analiza las solicitudes de Prácticas Profesionales. ¿Procede? | |
| | 4 | No: informa al Departamento de Vinculación Institucional no se acepta. Termina Procedimiento. | |
| | 5 | Sí: elabora y envía oficio de aceptación de Servicio Social, Prácticas Profesionales, Tesis Profesional, Prácticas Institucionales o Escolares y Visitas Guiadas en las Instalaciones del INPer. Según sea el caso. | • Oficio |
| | 6 | Entrega a los/as pasantes Tríptico del Programa de Servicio Social y Prácticas Profesionales de Trabajo Social y los envía al Departamento de Vinculación Institucional para la realización de trámites correspondientes. | • 2020-08 |
| | 7 | Analiza el proyecto de Investigación, acuerda con el/la tesista la factibilidad de la realización del proyecto y elabora oficio de aceptación del proyecto y envía a la Subdirección de Intercambio y Vinculación. | • Oficio de aceptación de proyecto |
| | 8 | Establece coordinación con profesor/a asignado/a para la organización de trabajo y Programas de acuerdos referentes a la incorporación de alumnos. | |
| | 9 | Acuerda con el Departamento de Vinculación Institucional la fecha y hora de la Visita Guiada informando a la Institución interesada. | |

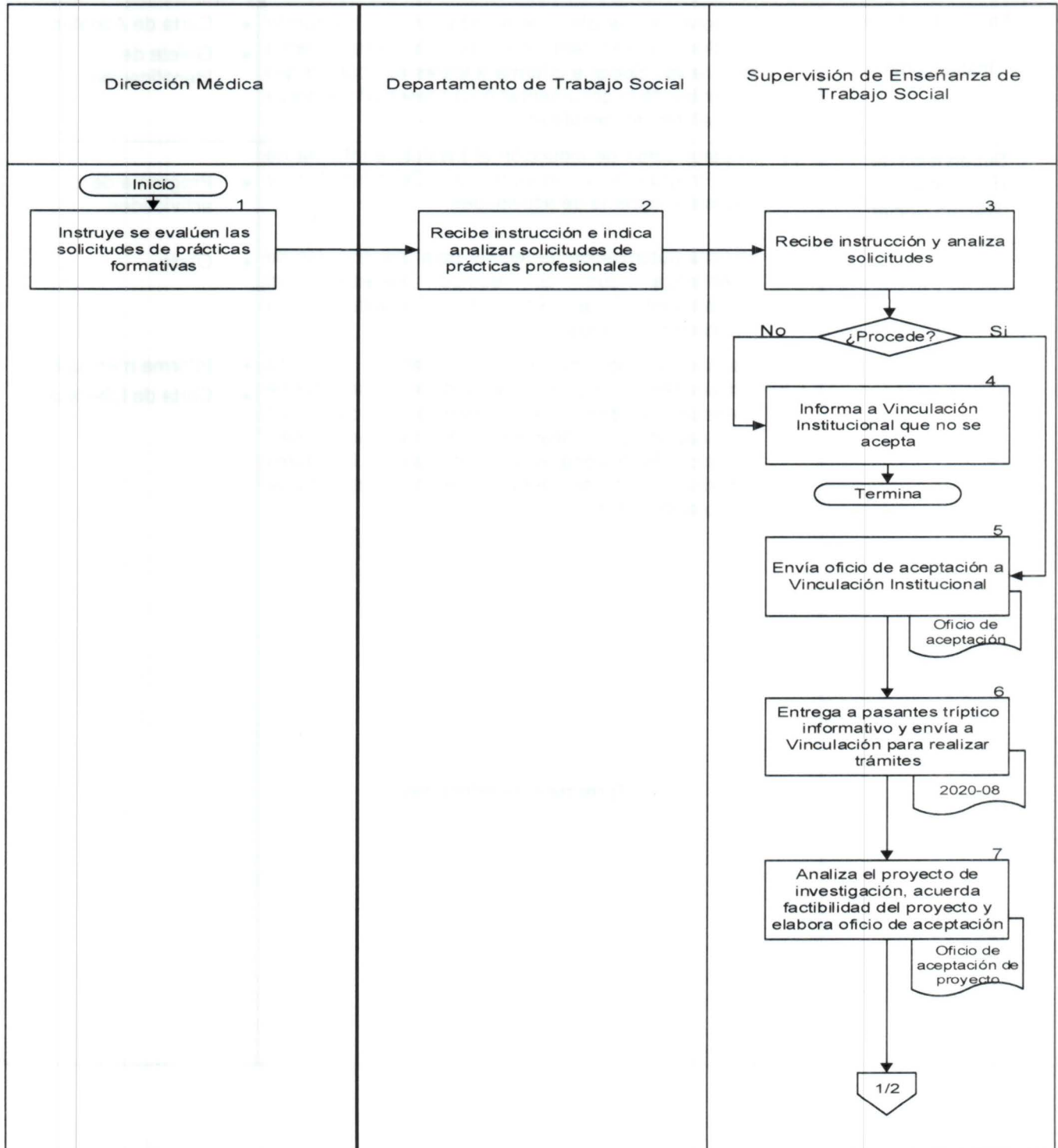
[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | Hoja: 5 de 9 |



| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|----------------|--|---|
| Departamento de Vinculación Institucional | 10 | Elabora y envía oficio de aceptación a la Institución Académica, solicitante con copia al Departamento de Trabajo Social e informa a los/as estudiantes y/o pasantes de la documentación a presentar y entrega los gafetes de identificación. | <ul style="list-style-type: none"> • Carta de Aceptación • Gafete de Identificación |
| Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social | 11 | Imparte curso de inducción al Instituto e informa de los Programas y Servicios del Departamento y elabora programa de actividades. | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de actividades |
| | 12 | Solicita autorización de fechas para utilizar aulas de enseñanza con el equipo necesario al Departamento de Programas Académicos y Educación Continua. | <ul style="list-style-type: none"> • Oficio |
| | 13 | Revisa periódicamente los avances de las actividades y recibe proyectos, elabora informe mensual, carpeta de evidencia y carta de terminación y cumplimiento de Servicio Social, Prácticas Profesionales, Institucionales o Escolares y solicita "Carta de liberación" al Departamento de Vinculación Institucional. | <ul style="list-style-type: none"> • Informe mensual • Carta de Liberación |
| Termina Procedimiento. | | | |

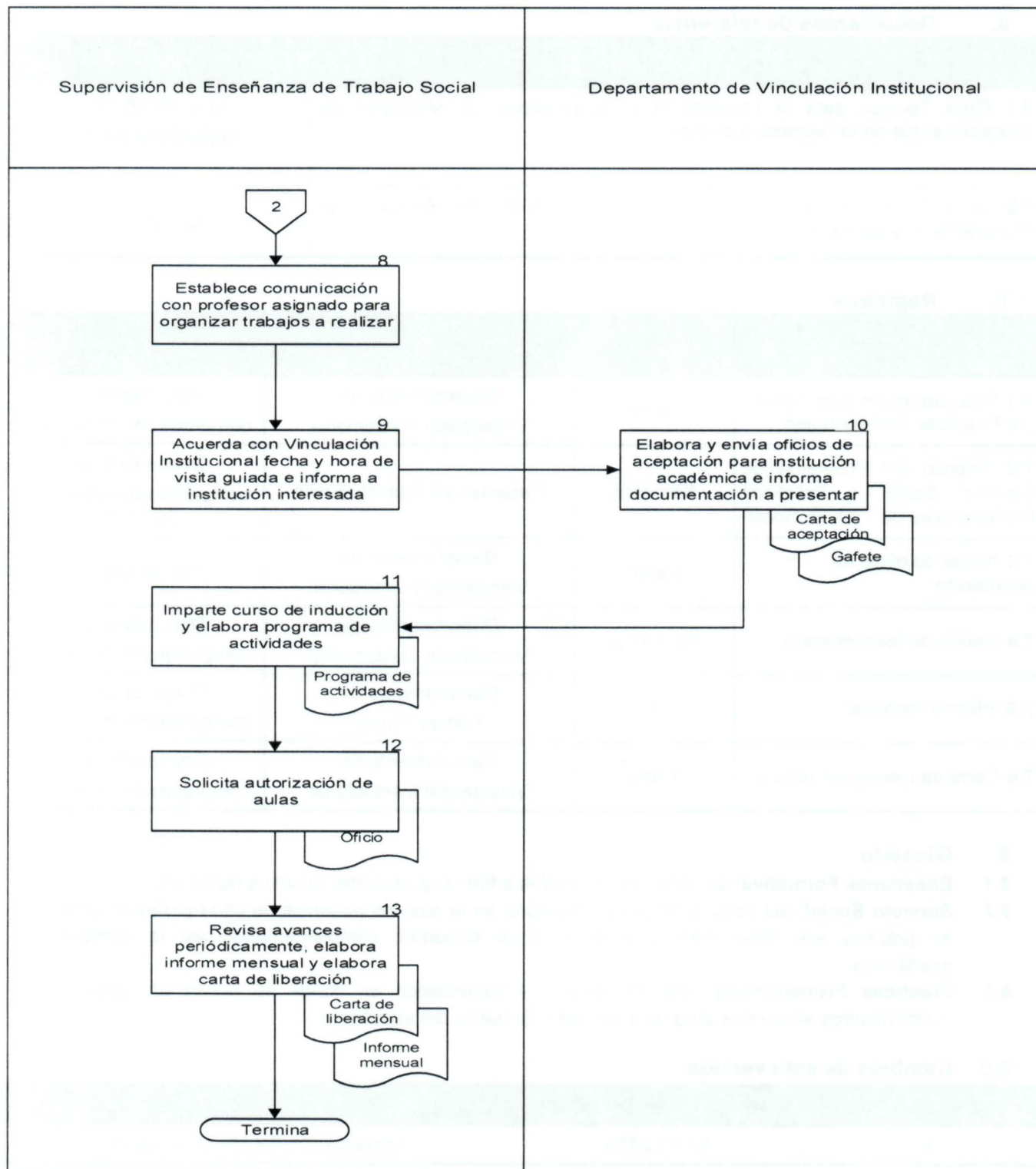
[Handwritten signature]

5. Diagrama de Flujo





[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | Hoja: 7 de 9 |



7 *[signature]* *[signature]*

| | | | |
|--|---|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | Hoja: 8 de 9 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---|------------------------|---|---|
| 7.1 Solicitud de Servicio Social y/o Prácticas Profesionales | 1 años | Departamento de Vinculación Institucional | Documento de comprobación inmediata |
| 7.2 Tríptico del Programa de Servicio Social y Prácticas Profesionales de Trabajo Social | No aplica | Pasantes en Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata 2020-08 |
| 7.3 Acuse de oficio de aceptación | 3 años | Departamento de Vinculación Institucional | No. de Oficio |
| 7.4 Gafete de Identificación | No aplica | Departamento de Vinculación Institucional | Documento de comprobación inmediata |
| 7.5 Informe mensual | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.6 Carta de Liberación (copia) | 1 año | Departamento de Vinculación Institucional | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

8.1 Enseñanza Formativa: acciones encaminadas a formar y capacitar recursos humanos.



8.2 Servicio Social: actividad temporal y obligatoria en la cual los pasantes de cada profesión ponen en práctica sus conocimientos a favor de la sociedad, complementando así la formación académica.

8.3 Prácticas Profesionales: ejercicio guiado y supervisado en donde se ponen en juego los conocimientos adquiridos durante el proceso formativo del estudiante.

9.0 Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |



| | | | |
|---|---|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-20 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 20.- Prestación de Prácticas Formativas | | Hoja: 9 de 9 |

10. Anexos

10.1 Tríptico del Programa de Servicio Social

(2020-08)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |

REQUISITOS BÁSICOS

- Para el nivel técnico-profesional 80% de créditos, comprobable a través de constancia expedida por la escuela de procedencia.

Para nivel licenciatura de acuerdo a los convenios de colaboración institucional.

- Formular petición mediante oficio institucional
- Horario disponible de lunes a viernes de 09:00 a 13:00 Horas
- Observar el reglamento interno del INPer y las normas establecidas por el Departamento de Trabajo Social.

INFORMES

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Montes Urales N° 800
Lomas de Virreyes
CP. 11000

Alcaldía Miguel Hidalgo

Tel.: 55 5520 9900 ext. 229 y 238

JEFATURA DE TRABAJO SOCIAL
Mtra. Gabriela Sofia
González González

COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA EN TRABAJO SOCIAL

Mtra. Elizabeth Yazmín
Rosas Moncada



Salud
Secretaría de Salud



INSTITUTO
NACIONAL DE
PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA
DE LOS REYES

DIRECCIÓN MÉDICA

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

SERVICIO SOCIAL

2020-08

PRESENTACIÓN

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) es un centro hospitalario de tercer nivel de atención, que tiene como objetivos generales:

- Proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de alto riesgo, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.
- Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología y la reproducción.
- Impartir docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la perinatología.

Consecuentemente, el Departamento de Trabajo Social del INPer fundamenta sus acciones en estos objetivos, estudiando los problemas generados por las relaciones sociales que, objetivadas en carencias y necesidades, inciden en la salud.

SERVICIO SOCIAL

El Servicio Social es el trabajo de carácter temporal que ejecutan y prestan los profesionistas y estudiantes en interés de la sociedad y el estado.

Para realizar esta actividad, el Departamento de Trabajo Social del INPer, ofrece a las escuelas formadoras de profesionales de su área, tanto sus recursos académicos como sus instalaciones físicas, con el fin de que los pasantes de trabajo social interesados en el campo de la salud reproductiva, apliquen los conocimientos teórico-metodológicos inherentes a su profesión, en las áreas de asistencia, de enseñanza de investigación.

SERVICIOS EN LOS QUE PUEDE INTERVENIR

CONSULTA EXTERNA

Programas de atención social:



- Abuso sexual
- Adolescente embarazada
- Paciente embarazada VIH/SIDA
- Infertilidad conyugal
- Violencia familiar
- Pacientes psiquiátricas embarazadas
- Pacientes con producto alteración estructural

HOSPITALIZACIÓN

- Alojamiento Conjunto
- Terapias Neonatales



ACCIONES COMPLEMENTARIAS AL SERVICIO SOCIAL

- Capacitación
- Cursos
- Asesorías

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-21 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 21.- Enseñanza y Educación Continua | | Hoja: 1 de 6 |

21.- Enseñanza y Educación Continua

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-21 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 21.- Enseñanza y Educación Continua | | Hoja: 2 de 6 |

1. Propósito

- 1.1** Promover la actualización permanente del personal de Trabajo Social, adscrito al Departamento, a través de su participación en actividades de capacitación y adiestramiento, así como impulsar su intervención como ponente en eventos académicos intra y extrainstitucionales.

2. Alcance

- 2.1** A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, la Dirección Médica y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2** A nivel externo, el procedimiento es aplicable a las Instituciones involucradas en el proceso.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1** Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Elaborar el Programa Académico con eventos de interés para el personal de Trabajo Social, incluidas las Sesiones Generales.
- Verificar que el solicitante cubra los requisitos descritos en el Reglamento Para el Otorgamiento de Becas en el INPer.
- Verificar que la beca requerida sea acorde con la especialidad institucional.
- Verificar que la documentación anexa sea la requerida en cada tipo de beca y entregar a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud.
- Verificar que las autorizaciones de Beca Tipo B, C, y D sean aprobadas por el Subcomité de Becas.
- Calendarizar los eventos académicos intra y extrainstitucionales, promoviéndolos anticipadamente con el fin de programar la asistencia del personal, de acuerdo a necesidades propias del Servicio.
- Solicitar a los becarios copia de la constancia de asistencia, diploma, carta constancia o informe en los siguientes diez días hábiles posteriores al término del evento académico.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

- 3.2** Será responsabilidad de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, a través de sus Subdirecciones y Departamentos, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:



- Realizar convocatoria y difusión oportuna de eventos académicos dirigidos al personal de Trabajo Social.
- Realizar registro de solicitudes de beca y trámite administrativo correspondiente a cada tipo de beca.



| | | | |
|--|--|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-21 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 21.- Enseñanza y Educación Continua | | Hoja: 3 de 6 |

- Notificar de las autorizaciones de Beca Tipo B, C, y D sean aprobadas por el Subcomité de Becas.
- 3.3** Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de sus Subdirecciones y Departamentos, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Recibir mediante oficio de la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, la autorización de Becas.
 - Elaborar y entregar, en su caso, los cheques al personal autorizado.
- 3.4** Será responsabilidad del interesado/a, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar el Reglamento vigente para el Otorgamiento de Becas en el Instituto Nacional de Perinatología.
 - Elaborar y entregar en tiempo y forma la "Solicitud de Beca e Informe de Asistencia a Eventos Académicos" (4110-01) el cual se descarga en el Intranet Institucional de la página del INPer con la documentación requerida por la Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social.
 - Cumplir con los compromisos establecidos durante la solicitud de beca.
 - Presentar constancia de asistencia, ponente, diploma, carta constancia o informe en los siguientes diez días hábiles posteriores al término del evento académico directamente a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud y entregar copia a la Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social.
 - Deberá replicar los conocimientos adquiridos e implementar en su servicio los procesos aprendidos.
 - Entregar documentos comprobatorios de gastos autorizados por el Subcomité de Becas en un plazo no mayor a 7 días posterior a la realización del evento académico.

[Handwritten signature]

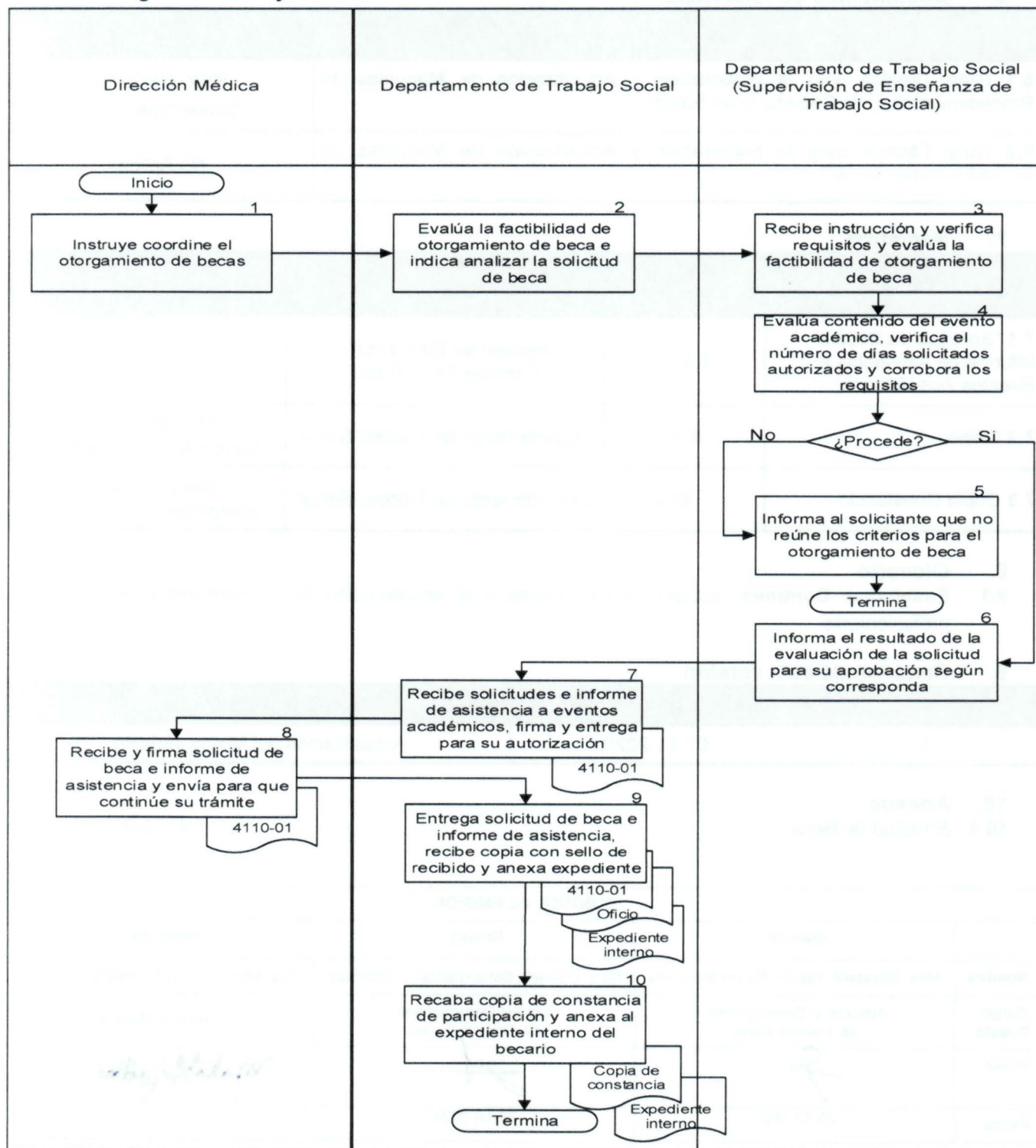
| | | | |
|--|-------------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD SECRETARÍA DE SALUD | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-21 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 21.- Enseñanza y Educación Continua | | Hoja: 4 de 6 |

4. Descripción del procedimiento



| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|--|---------|---|---|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social coordine el otorgamiento de becas. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción, evalúa la factibilidad de otorgamiento de beca e indica a la Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social analizar la solicitud de beca. | |
| Departamento de Trabajo Social (Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social) | 3 | Recibe instrucción y verifica requisitos y evalúa la factibilidad de otorgamiento de beca. | |
| | 4 | Evalúa el contenido del evento académico sea acorde con la especialidad institucional, verifica el número de días solicitados autorizados y corrobora los Requisitos descritos en el Reglamento para el Otorgamiento de Becas en el INPer. ¿Procede? | |
| | 5 | No: informa al solicitante que no reúne los criterios para el otorgamiento de beca. Termina Procedimiento. | |
| | 6 | Sí: informa a la Jefa del Departamento de Trabajo Social el resultado de la evaluación de la solicitud para su aprobación, para beca Tipo A y B (Para beca Tipo C y D evalúa y autoriza Subcomité de Becas). | |
| Departamento de Trabajo Social | 7 | Recibe la solicitud de beca e informe de asistencia a eventos académicos, lo firma y entrega a la Dirección Médica para su autorización. | • 4110-01 |
| Dirección Médica | 8 | Recibe y firma solicitud de beca e informe de asistencia a eventos académicos, la devuelve al Departamento de Trabajo Social para que continúe su trámite. | • 4110-01 |
| Departamento de Trabajo Social | 9 | Entrega solicitud de beca e informe de asistencia a eventos académicos, a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, recibe copia con sello de recibido y anexa expediente interno del becario. | <ul style="list-style-type: none"> • 4110-01/copia • Oficio • Expediente Interno |
| | 10 | Recaba copia de constancia de participación al evento académico y anexa al expediente interno del becario. | <ul style="list-style-type: none"> • Copia de constancia • Expediente Interno |
| Termina Procedimiento | | | |

[Handwritten signature]

5. Diagrama de Flujo



Handwritten signature

| | | | |
|--|-------------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-21 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 21.- Enseñanza y Educación Continua | | Hoja: 6 de 6 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--|------------------------|--|---|
| 7.1 "Solicitud de Beca e Informe de Asistencia a Eventos Académicos" | 1 año | Dirección de Educación en Ciencias De la Salud | 4110-01 |
| 7.2 Oficio | N/P | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.3 Copia Constancia | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario

- 8.1 **Enseñanza Continua:** acciones encaminadas a la actualización de conocimientos de los/las profesionistas.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1 Solicitud de Beca (4110-01)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

**Dirección de Educación
en Ciencias de la Salud**

**SOLICITUD DE BECA
SOLICITANTE**

NOMBRE: _____ PROFESIÓN: _____
NOMBRE/S APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
CURP: _____ PLAZA N°: _____ CREDENCIAL N°: _____
FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EN SU ÁREA: _____
ADSCRIPCIÓN: _____ PUESTO: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____ HORARIO: _____ A _____
REGISTRA TARJETA: SI NO EXTENSIÓN: _____
HOJA DE ASISTENCIA: SI NO FIRMA: _____

EVENTO ACADÉMICO

NOMBRE: _____
LUGAR: _____ FECHA: _____
ASISTIRÁ COMO:
ALUMNO PONENTE POR PONENTE POR COMITÉ COMISIÓN
INSCRIPCIÓN INVITACIÓN ORGANIZADOR
PONENCIA/S:

BECA

TIPO:
A. PERMISO PARA EVENTO INTERNO
B. PERMISO PARA EVENTO EXTERNO \$ _____
C. PERMISO PARA EVENTO EXTERNO + INSCRIPCIÓN _____

AUTORIZACIÓN

COORDINADOR/A
(NOMBRE Y FIRMA)
(EN CASO NECESARIO)

JEFE/A DE DEPARTAMENTO
(NOMBRE Y FIRMA)

SUBDIRECTOR/A
(NOMBRE Y FIRMA)

DIRECTOR/A DE ÁREA
(NOMBRE Y FIRMA)

DIRECTOR/A DE EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD
(NOMBRE Y FIRMA)

DIRECTOR/A GENERAL
(NOMBRE Y FIRMA)
(AUTORIZACIÓN EN CASO NECESARIO)

He leído y acepto los términos del Reglamento del Becas del INPer

4110-01



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

**Dirección de Educación
en Ciencias de la Salud**



ANEXO

| | |
|---------------------|--|
| REQUISITOS: | Descargar el formato y llenarlo de manera digital NO SE ADMITEN NI TACHADURAS NI ENMENDADURAS |
| BECA TIPO A: | <ul style="list-style-type: none"> a) Formato debidamente llenado. b) Anexar Original o copia del programa o tríptico del curso o congreso, en donde se especifiquen los días del evento y horario |
| BECA TIPO B: | <ul style="list-style-type: none"> a) Formato debidamente llenado b) Anexar original o copia del programa o tríptico del curso o congreso, en donde se especifiquen los días del evento y horario <ul style="list-style-type: none"> • En caso de ser: <ul style="list-style-type: none"> o Ponente por Invitación, Inscripción o formar parte del Comité Organizador, se deberá anexar carta de aceptación del trabajo de investigación inscrito y/o ponencia |
| BECA TIPO C: | <ul style="list-style-type: none"> a) Formato debidamente llenado. b) Anexar original o copia del programa o tríptico del curso o congreso, en donde se especifiquen los días, horarios y costo del evento; <ul style="list-style-type: none"> • En caso de ser: <ul style="list-style-type: none"> o Ponente por Invitación, Inscripción o Comité Organizador se deberá anexar carta de aceptación del trabajo de investigación inscrito, y/o ponencia c) Carta de motivos por los cuales desea asistir al evento dirigida al/la Director/a de Educación en Ciencias de la Salud. d) En caso de estancias nacionales o en el extranjero se agregará carta objetivos y programa de actividades. e) Para las especialidades, posgrados, maestrías, doctorados y comisiones anexar: <ul style="list-style-type: none"> • Carta – comisión firmada por el jefe inmediato y el Director del área (Anexo 2) • Carta – compromiso (Anexo 3) en caso de Especialidad, Maestría o Doctorado |

NOTAS:



- No se aceptarán y no se tramitarán becas que no cumplan con todos los requisitos anteriormente establecidos.**
- Para el becario que registra asistencia con lector biométrico, que solicita beca tipo **A o B**, y que requiera se tramite autorización de tiempo, será necesario presentar la solicitud en la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud por lo menos **10 días hábiles** previos al inicio del evento académico para poder llevar a cabo el trámite administrativo requerido. De lo contrario, si no se requiere tramitar tiempo o el becario registra **hoja de asistencia** o **NO** registra asistencia en el lector biométrico podrá entregar su solicitud de beca tipo **A o B** en la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud hasta **un día** antes del evento académico. Las becas tipo **C** deberán ser entregadas **20 días hábiles** antes del evento para analizarlas en el Subcomité de Becas. En las becas **A, B, o C** se tramitará el tiempo siempre y cuando el curso afecte el horario laboral.
- Todo becario, deberá de presentar **constancia de asistencia, diploma o carta constancia, o informe de comisión** en los siguientes **diez días hábiles** directamente a la Dirección de Educación en Ciencias de la Salud, bajo el entendido de que se podría solicitar la realización de una presentación con fines académicos de lo aprendido en su curso, cuando al interesado se le otorgue becas tipo **A, B y C**, de lo contrario se procederá a la cancelación de la beca.

[Handwritten signatures]

| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-22 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 22.- Investigación | | Hoja: 1 de 6 |

22.- Investigación

6 kg 7 gnd 10

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-22 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 22.- Investigación | | Hoja: 2 de 6 |

1. Propósito

- 1.1 Planear, desarrollar y realizar protocolos de investigación encaminados a ampliar el conocimiento de los aspectos sociales involucrados en la salud reproductiva y perinatal.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, Dirección de Investigación, al Departamento de Gestión de la Investigación y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a estudiantes del área que realicen prácticas de especialización o tesis profesional en el Instituto.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Elaborar una propuesta de investigación, la cual será sometida a la autorización de la Dirección Médica y el Departamento de Trabajo Social.
 - Realizar una vez aprobado el Proyecto de Investigación, cada una de las actividades programadas. Si en la captura de pacientes, alguna requiere atención, se seguirá el procedimiento de Manejo de Casos en el Departamento de Trabajo Social, Consulta Externa.
 - Cumplir con los lineamientos establecidos por los Comités de Investigación, Ética en Investigación y Bioseguridad para el establecimiento de los requisitos de cada convocatoria.
 - Realizar informe trimestral sobre el desarrollo del protocolo.
 - Realizar difusión de las investigaciones ya sea en forma de artículo científico, presentación en evento académico o cualquier otro medio que cumpla con este objetivo.
 - Gestionar cursos de capacitación y actualización en materia de investigación social para llevar a cabo protocolos de investigación.
 - Recibir y atender las peticiones de colaboración para investigación por parte del equipo de salud y de otras instituciones académicas.
 - Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
 - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, a través del Departamento de Gestión de la Investigación, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Establecer los procedimientos para la publicación de la Convocatoria de Proyectos de Investigación, así como brindar asesoría y orientación personalizada.
 - Mantener informado en relación al registro de proyectos de Investigación a fin de verificar que los interesados cumplan con lo establecido dentro de la convocatoria.
 - Notifica al investigador el dictamen del protocolo de investigación y de ser aprobado realice el desarrollo correspondiente.

[Handwritten signatures]

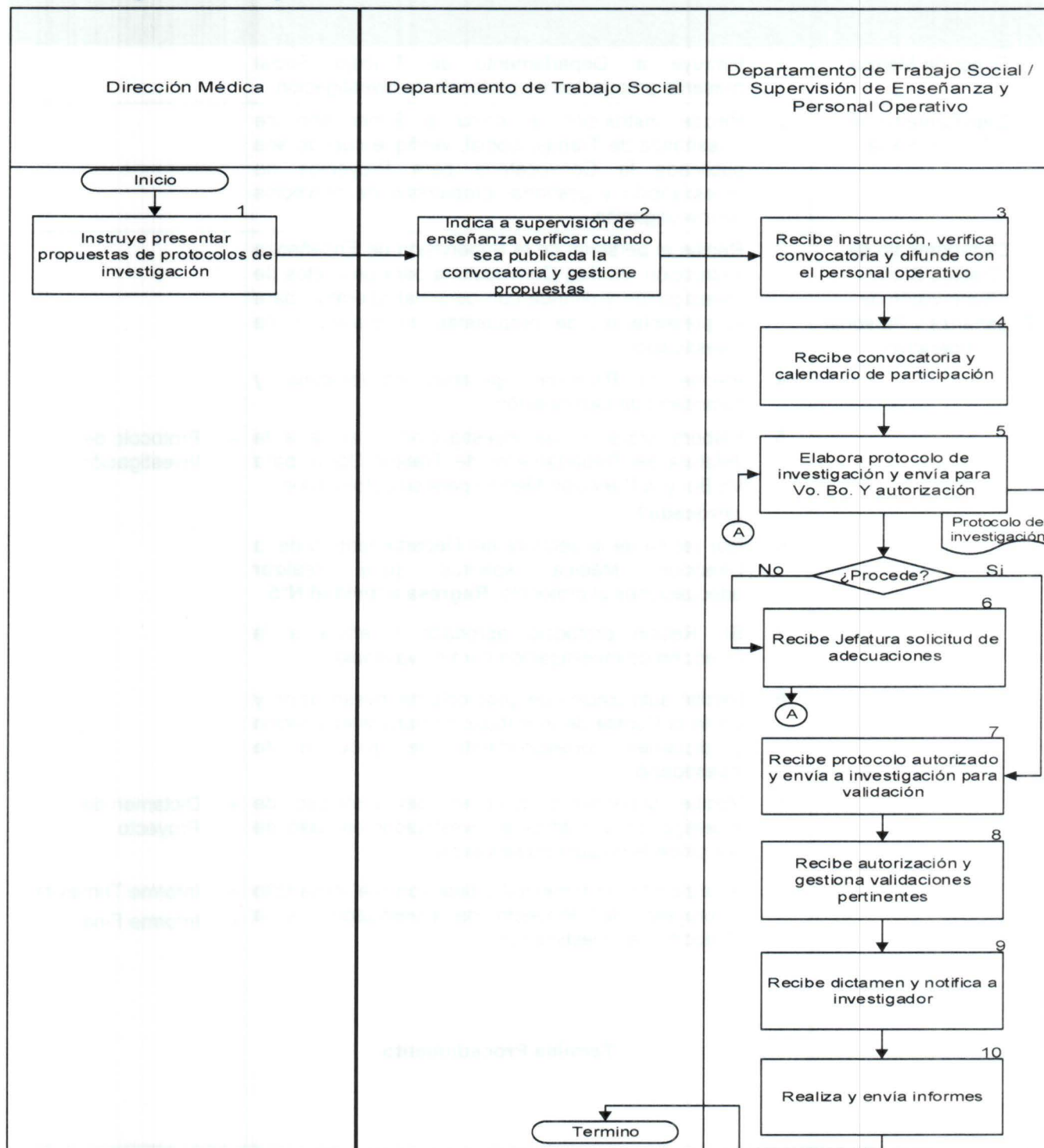
| | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-22 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 22.- Investigación | | Hoja: 3 de 6 |

4. Descripción del Procedimiento



| Responsable | No. Act. | Descripción de Actividades | Documento anexo |
|--|----------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social presente propuestas de protocolo de investigación. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica a Supervisión de Enseñanza de Trabajo Social, verifique cuando sea publicada la Convocatoria para Proyectos de Investigación y gestionar propuestas de proyectos de investigación. | |
| Departamento de Trabajo Social / Supervisión de Enseñanza y Personal operativo | 3 | Recibe el personal de la Supervisión de Enseñanza instrucción, verifica Convocatoria para proyectos de investigación y difunde con personal operativo para la presentación de propuestas de proyectos de investigación. | <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de Investigación • Dictamen del Proyecto • Informe Trimestral • Informe Final |
| | 4 | Recibe el Personal operativo convocatoria y calendario de participación. | |
| | 5 | Elabora protocolo de investigación y envía a la Jefatura del Departamento de Trabajo Social para Vo.Bo. y la Dirección Médica para su autorización. ¿Procede? | |
| | 6 | No: recibe de la Jefatura del Departamento o de la Dirección Médica solicitud para realizar adecuaciones al protocolo. Regresa actividad N°5. | |
| | 7 | Sí: Recibe protocolo aprobado y envía a la Dirección de Investigación para su validación. | |
| | 8 | Recibe autorización del protocolo de investigación y envía al Comité de Investigación para la evaluación y dictamen correspondiente del proyecto de investigación. | |
| | 9 | Recibe supervisora dictamen del protocolo de investigación y notifica al investigador en caso de ser procedente para su desarrollo. | |
| | 10 | Realiza informe trimestral y final sobre el desarrollo y proceso del Proyecto de Investigación a la Dirección de Investigación. | |
| | | Termina Procedimiento | |
| | | | |

[Handwritten signatures]

5. Diagrama de Flujo



7

| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-22 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 22.- Investigación | | Hoja: 5 de 6 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--------------------------------|------------------------|---|---|
| 7.1 Protocolo de Investigación | 6 años | Departamento de Trabajo Social | 2S.2 |
| 7.2 Dictamen del Proyecto | 2 años | Dirección de Investigación | 2S.1 |
| 7.3 Informe Trimestral | 6 años | Departamento de Gestión de la Investigación | 11C.16 |
| 7.4 Informe Final | 6 años | Departamento de Gestión de la Investigación | 11C.16 |

8. Glosario

- 8.1 Protocolo:** versión escrita del Proyecto de Investigación que contiene la Organización Sistematizada del trabajo que el investigador propone realizar respecto a un aspecto específico de la línea de investigación, precisando objetivos y metas por alcanzar en un periodo de tiempo determinado.
- 8.2 Investigación Social:** proceso que, utilizando el método científico, permite obtener nuevos conocimientos en el campo de la realidad social o bien, estudiar una situación para diagnosticar necesidades y problemas a efecto de aplicar los conocimientos con fines prácticos.
- 8.3 Protocolo de Investigación:** documento que describe la planeación de una investigación propuesta; contiene la organización sistematizada y metodológica del trabajo que se propone realizar, especificando objetivos y metas por alcanzar en un periodo determinado.



9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 9 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |



10. Anexos

- 10.1 No Aplica.





| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-22 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 9 |
| | 22.- Investigación | | Hoja: 6 de 6 |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |

| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-23 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 6 |
| | 23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas | | Hoja: 1 de 8 |

23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-23 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 6 |
| | 23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas | | Hoja: 2 de 8 |

1. Propósito

- 1.1 Promover la protección de los derechos lingüísticos e individuales de los/ pacientes hablantes de lenguas indígenas bajo un contexto de respeto y no discriminación, facilitando el acceso a un intérprete con la finalidad de establecer comunicación efectiva y reciba información, asesoría y atención de los servicios que otorga el Instituto.

2. Alcance



- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a las Dirección Médica, Dirección de Investigación, de la Dirección de Administración y Finanzas y al Departamento de Trabajo social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable ante la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE).

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Identificar el/la paciente que requiere la participación de un intérprete de lengua indígena, para lograr proporcionarle la orientación de los servicios y procedimientos que se requieren para su atención en el INPer.
- Verificar que la atención de la paciente o usuario sea de calidad humana, calidez y seguridad, a fin de que no se violenten sus derechos de acuerdo a lo establecido en la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas.
- Promover acciones que faciliten el acceso al Instituto de un familiar o acompañante, con el fin de no privar su derecho de comunicarse en la lengua de la que sea hablante, sin restricciones en forma oral o escrita y que pueda fungir como intérprete.
- Solicitar, en el caso de no contar con un familiar o acompañante que funja como interprete, el apoyo de un intérprete del Instituto o establecer comunicación con la CCINSHAE para solicitar la asignación de un intérprete, que acompañe a el/la paciente en su proceso de atención.
- Proporcionar los apoyos Institucionales, a los que puede ser beneficiaria.
- Notificar al personal de salud de los diferentes servicios, que la paciente requiere de un intérprete con la finalidad de proporcionar atención de con calidad humana, respeto y no discriminación
- Explicar al/a intérprete de manera clara y precisa la orientación y el proceso administrativo que se requiera, para la atención y durante la estancia en el INPer de la paciente y aclarar las dudas que presente, con la finalidad de transmitir la información correcta y necesaria.
- Resguardar las claves de acceso proporcionadas por el Departamento de Tecnologías de la Información, así como por los encargados de la administración de las diferentes plataformas médicas electrónicas, para la captura en los sistemas correspondientes, observando la debida responsabilidad para la protección de la información, así como deberá notificar al momento de cambio o servicio o de ser el caso, baja institucional a su superior jerárquico.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015.En igualdad y No discriminación.



| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-23 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 6 |
| | 23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas | | Hoja: 3 de 8 |



3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de las Subdirecciones y Departamentos que tienen un contacto directo con los/las pacientes, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Proporcionar la información al intérprete y/o familiar de la paciente y registrar en el expediente clínico electrónico la atención otorgada.
- Verificar que la atención a pacientes se realice de manera puntual y con calidad, evitando quejas por maltrato o discriminación.
- Atender el/la paciente que ingresa por urgencias y proporcionar la atención primaria, paralelo a ello solicitar un intérprete por medio del Departamento de Trabajo Social, para lograr la comunicación efectiva y las autorizaciones correspondientes para los consentimientos informados que sean necesarios, en el caso de que el padecimiento se encuentre en los criterios de aceptación del INPer o, en su defecto referirlo oportunamente a la unidad de atención que requiera.
- Explicar al intérprete de manera clara y precisa la orientación y el proceso médico que requiera el padecimiento y aclarar las dudas que presente, con la finalidad de transmitir la información correcta y necesaria a él/la paciente.
- Proporcionar la vigilancia hasta la determinación del alta por los servicios que otorga el Instituto, registrando la atención en el expediente clínico electrónico de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES). Intercambio de información en salud.
- Otorgar el acceso del intérprete a los servicios que sea canalizado(a) el/la paciente, el/la cual se identificará con un gafete proporcionado por el Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, toda vez que en el expediente el Departamento de Trabajo Social así lo haya referido.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque del derecho a la igualdad y no discriminación, de acuerdo a la Norma Mexicana. NMX-R-025-SCFI-2015. En igualdad y No discriminación.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección de Investigación, a través de las Subdirecciones y Departamentos que tienen un contacto directo con los/las pacientes, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Identificar el/la paciente que requiere la participación de un/a intérprete de lengua indígena, para lograr proporcionarle la orientación y obtener el consentimiento de la atención médica, considerando la necesidad de las diferentes interconsultas y estudios que requiera su diagnóstico y tratamiento.
- Proporcionar la información al familiar del/a paciente que funja como intérprete y registrar en el expediente clínico electrónico la atención otorgada.
- Explicar al intérprete de manera clara y precisa la orientación y el proceso médico que requiera el padecimiento y aclarar las dudas que presente, con la finalidad de transmitir la información correcta y necesaria al paciente.
- Proporcionar la vigilancia hasta la determinación del alta por los servicios que otorga el Instituto, registrando la atención en el expediente clínico electrónico.

[Handwritten signatures in blue ink]



| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-23 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 6 |
| | 23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas | | Hoja: 4 de 8 |

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

3.4 Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de las Subdirecciones de Recursos Financieros, Recursos Materiales y Conservación, verificar que los servicios que tienen un contacto directo con los pacientes, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Verificar que la atención a los/as pacientes se realice de manera puntual y con calidad, evitando quejas por maltrato o discriminación.
- Explicar el/la intérprete de manera clara y precisa la orientación y el proceso que requiere realizar el/la paciente para cubrir el pago de los servicios que requiere su atención y durante su estancia hospitalaria aclarando las dudas que presente, con la finalidad de transmitir la información correcta y necesaria a la paciente.
- Otorgar el acceso al intérprete a los servicios que a la paciente se le refiera, identificándolo mediante el gafete proporcionado por el Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica.

[Handwritten signature]

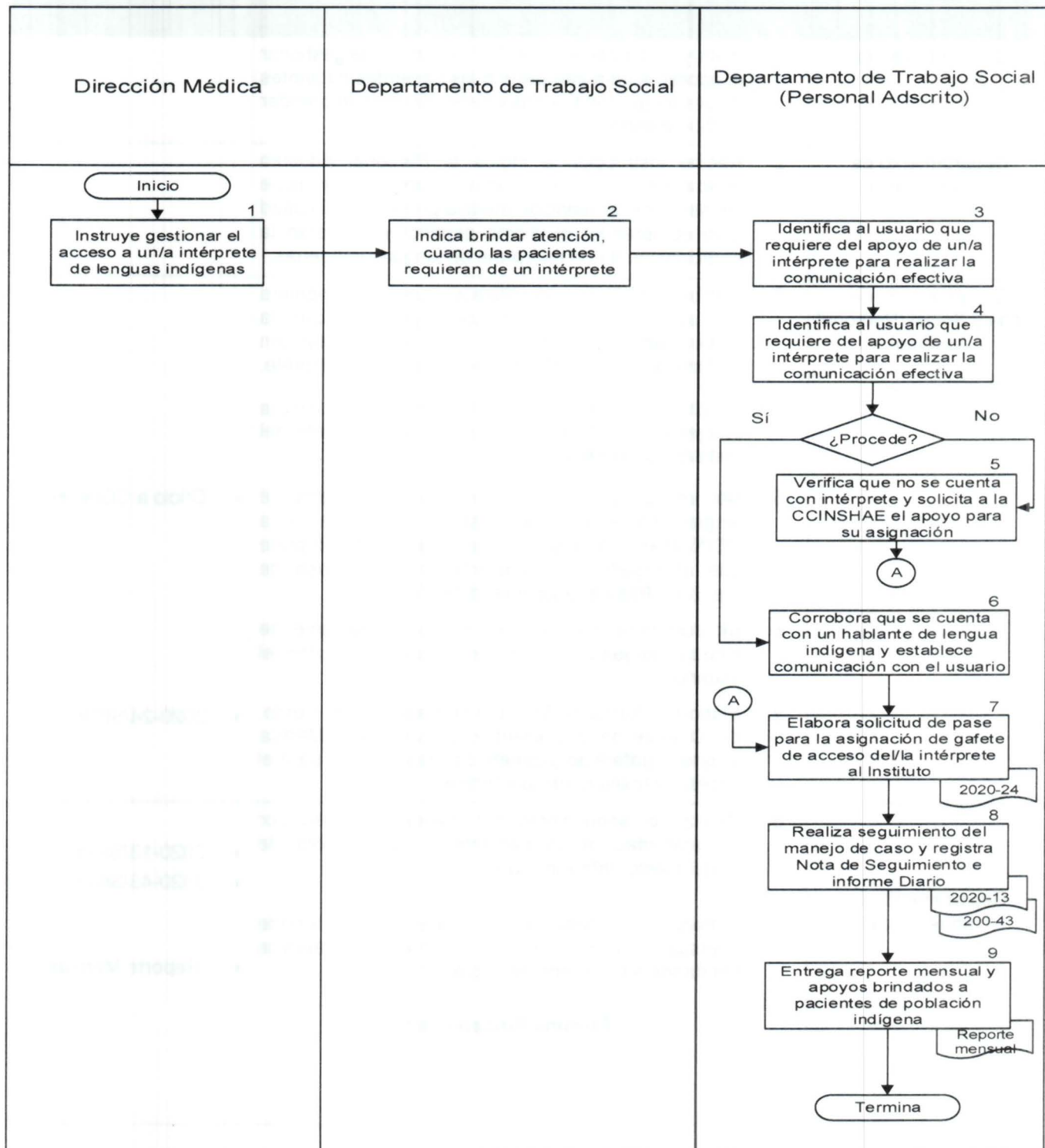
| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-23 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 6 |
| | 23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas | | Hoja: 5 de 8 |

4. Descripción del Procedimiento



| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|---|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social gestionar el acceso a un/a intérprete a las pacientes hablantes de una lenguas indígenas y se le dificulte comprender el idioma español. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al Personal Adscrito brindar atención, cuando las poblaciones usuarias de los servicios de atención médica presenten dificultad para comprender el idioma español y requieran la participación de un intérprete de lenguas indígenas. | |
| Departamento de Trabajo Social (Personal Adscrito) | 3 | Recibe instrucción e identifica al usuario que requiere del apoyo de un/a intérprete para realizar la comunicación efectiva, en el caso de no contar con un familiar o acompañante que funja como intérprete. | <ul style="list-style-type: none"> Oficio a CCINSHAE |
| | 4 | Solicita el apoyo en la clasificación de lengua indígena que habla el usuario y un/a intérprete del Instituto. ¿Procede? | |
| | 5 | No: verifica que no se cuenta con un hablante de lengua indígena en el Instituto y solicita a la CCINSHAE el apoyo para la asignación de intérprete que acompañe a la paciente en el proceso de atención. Pasa a la actividad No. 7. | |
| | 6 | Sí: corrobora que se cuenta con un hablante de lengua indígena y establece comunicación con el usuario. | |
| Departamento de Trabajo Social | 7 | Elabora la forma de Solicitud de Pase para el Depto. de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica asigne el gafete de gabinete correspondiente para el acceso al Instituto del/la intérprete. | <ul style="list-style-type: none"> 2020-24/SIGIn |
| | 8 | Realiza el seguimiento del manejo de caso por vulnerabilidad de la paciente y realiza Nota de Seguimiento, Informe Diario. | <ul style="list-style-type: none"> 2020-13/SIGIn 2020-43/SIGIn |
| | 9 | Entrega a la Dirección de Planeación el reporte mensual del número de gestiones y apoyos brindados a pacientes de población indígena. | <ul style="list-style-type: none"> Reporte Mensual |
| Termina Procedimiento | | | |




5. Diagrama de Flujo



Handwritten signature

| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-23 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 6 |
| | 23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas | | Hoja: 7 de 8 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|----------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer | No Aplica |
| 6.3 Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas | DOF 04-12-2018 |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|---------------------------|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 Acuse de Oficio | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |
| 7.2 "Solicitud de Pase" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 2020-24 |
| 7.3 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-13 |
| 7.4 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |
| 7.5 Copia Reporte mensual | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de comprobación inmediata |

8. Glosario



8.1 **Intérprete:** persona que traduce de viva voz de una lengua a otra.

8.2 **Lengua indígena:** son aquellas que proceden de los pueblos existentes en el territorio nacional antes del establecimiento del Estado Mexicano, además de aquellas provenientes de otros pueblos indoamericanos, igualmente preexistentes que se han arraigado en el territorio nacional.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 6 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-23 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 6 |
| | 23.- Atención a Pacientes Hablantes de Lenguas Indígenas | | Hoja: 8 de 8 |

10. Anexos

| | | |
|------|---------------------|-----------|
| 10.1 | Solicitud de Pase | (2020-24) |
| 10.2 | Nota de Seguimiento | (2020-13) |
| 10.3 | Informe diario | (2020-43) |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



SOLICITUD DE PASE

NOMBRE DEL/A PACIENTE: _____ (1) FECHA DE NACIMIENTO: _____

EXPEDIENTE: _____ (2) SERVICIO: _____ (3) CAMA: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR: _____ (4) PARENTESCO: _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD: _____ (5)

TIEMPO AUTORIZADO: _____ (6) ENTRADA _____ SALIDA: _____

(7)

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL _____ FECHA: _____ (8)

(9)

MÉDICO/A QUE AUTORIZA

Montes Urales N° 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

2020-24

[Handwritten signature]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"SOLICITUD DE PASE"

2020-24

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---|---|
| 1 | NOMBRE DEL/LA PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO | El nombre completo de la paciente, el día, mes y año en que nació, |
| 2 | EXPEDIENTE | El número de expediente asignado en el Instituto a la paciente |
| 3 | SERVICIO, CAMA | Servicio que realiza el trámite y número de cama en la que se encuentra hospitalizada la paciente |
| 4 | NOMBRE DEL FAMILIAR | Nombre completo del familiar o los familiares de la paciente autorizado/s para el acceso a la visita y parentesco |
| 5 | MOTIVO DE LA SOLICITUD | El motivo por el que se autoriza el acceso a visita |
| 6 | TIEMPO AUTORIZADO, ENTRADA Y SALIDA | El tiempo que se le permitirá el acceso a visita , registrar hora de entrada y hora de salida |
| 7 | NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA SOCIAL | El nombre completo de la Trabajadora Social que realiza el trámite |
| 8 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora el formato |
| 9 | MÉDICO/A QUE AUTORIZA | Nombre completo y firma del/la médico/a que autoriza el pase de visita |



INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |



Salud
Secretaría de Salud

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES
DIRECCIÓN MÉDICA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



FECHA: _____ (1)

SERVICIO: _____ (2)

T. S. _____ (3)

INFORME DIARIO

[illegible]**TOTAL DE PROCEDIMIENTOS:**



(13)

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"



2020-43

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 1 de 11 |

24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas

7

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 2 de 11 |

1. Propósito

- 1.1 Establecer acciones para detectar, asistir, atender y proteger a las pacientes con riesgo reproductivo o perinatal, que sean posibles víctimas en materia de Trata de Personas, a fin de resguardar su integridad y establecer de ser necesario coordinación con las instancias gubernamentales correspondientes.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección General, Dirección Médica, Subdirección de Ginecología y Obstetricia, Subdirección de Enfermería, al Departamento de Trabajo Social, al Departamento de Asuntos Jurídicos, al Departamento de Neurociencias y a la Coordinación de Psicología.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los servicios médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos

- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, umpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Verificar que el personal de Trabajo Social conozca los indicadores que orienten la detección de posibles casos de Trata de Personas.
 - Identificar, atender y proteger a las posibles víctimas de Trata de Personas.
 - Manejar el caso con estricta confidencialidad con la paciente, sin involucrar a la pareja, familiares o acompañante a fin de conservar la integridad de la usuaria.
 - Establecer coordinación con el área Médica, Psicología y Asuntos Jurídicos para el abordaje social.
 - Solicitar la valoración de la Coordinación de Psicología en los casos de pacientes que acudan al Instituto y presenten datos de: Abandono, Violencia Física, Violencia Sexual o Violencia Psicológica, (verificar Procedimiento 17 "Atención de pacientes con Violencia Familiar") y determinar si requiere del rescate, asistencia, atención y protección de Víctimas de Trata de Personas.
 - Notificar al Departamento de Asuntos Jurídicos, los casos de pacientes confirmados por la Coordinación de Psicología como víctimas de Trata de Personas.
 - Contar con los datos estadísticos de incidencia de pacientes atendidas en el Instituto posibles víctimas de Trata de Personas.
 - Brindar asistencia y atención social a las pacientes víctimas de Trata de Personas, a través de la búsqueda de redes de apoyo, identificación de antecedentes personales y familiares, consejería, seguimiento y canalización.
 - Realizar en el expediente clínico la "Nota de Seguimiento" (2020-13) de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y la NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico, cuando el medio electrónico para la captura no pueda utilizarse (excepcionalmente), dicha acción se realizará de forma manual debiendo integrar la información al sistema a la brevedad posible.
 - Solicitar un Intérprete en Lenguas Indígenas a pacientes víctimas de Trata de Personas y que hable lengua indígena. (verificar procedimiento 23 Atención a pacientes hablantes de Lenguas Indígenas)



| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 3 de 11 |

- Solicitar un Intérprete a los Inmigrantes extranjeros Víctimas de Trata de Personas que no hablen el Idioma Español.
- Establecer coordinación con los departamentos involucrados, para establecer el plan de intervención en apego al Modelo de Asistencia y Protección a Víctimas de Trata de Personas, vigente.
- Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque de derecho a la igualdad y no discriminación de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación.


3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, el Departamento de Neurociencias verificar que la Coordinación de Psicología cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Manejar el caso con estricta confidencialidad con la paciente, sin involucrar a la pareja, familiares o acompañante, a fin de proteger la integridad de la propia paciente.
- Determinar la identificación del paciente y valorar si es víctima de Trata de Personas.
- Aplicar la entrevista clínica y valorar si cumple con los criterios para el rescate, asistencia, atención y protección de víctimas de Trata de Personas.
- Analizar los daños mentales que sufrió el usuario, así como la emisión del diagnóstico correspondiente y el tratamiento a seguir.
- Llevar el registro de pacientes que son víctimas de Trata de Personas, de acuerdo a los criterios establecidos.
- Contar con los datos estadísticos de incidencia de pacientes atendidas en el Instituto posibles víctimas de Trata de Personas.
- Notificar al Departamento de Trabajo Social y de Asuntos Jurídicos, los casos confirmados de pacientes víctimas de Trata de Personas.
- Proporcionar recomendaciones al equipo interdisciplinario para el manejo de pacientes víctimas de Trata de Personas.
- Canalizar a instituciones especializadas a las pacientes víctimas de Trata de Personas.
- Convocar sesiones con el Equipo de Salud para la evaluar el rescate, asistencia, atención y protección de víctimas de Trata de Personas.
- Registrar en documento correspondiente a pacientes con violencia familiar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

3.3 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, verificar que los Departamentos Adscritos, cumplan con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Verificar que el personal médico conozca los indicadores que orienten la detección de posibles casos de Trata de Personas.
- Manejar el caso con estricta confidencialidad con la paciente sin involucrar a la pareja, familiares o acompañante, a fin de conservar la integridad de la propia paciente.
- Brindar atención médica especializada a las pacientes que acudan a consulta.

[Handwritten signatures in blue ink]



| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 4 de 11 |

- Realizar obligatoriamente la descripción detallada en el expediente clínico sobre los riesgos a la salud de las mujeres que sufren violencia, así como las lesiones observadas, describiéndolas detallada y objetivamente, ya sean físicas, ginecológicas o de cualquier índole.
- Realizar en el expediente clínico la Nota de Seguimiento de acuerdo a lo estipulado en la NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud y la NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, cuando el medio electrónico para la captura no pueda utilizarse (excepcionalmente), dicha acción se realizará de forma manual debiendo integrar la información al sistema a la brevedad posible.
- Reportar al Departamento de Trabajo Social los casos de pacientes que identifiquen en el Instituto y que presenten datos de: Abandono, Violencia Física, Violencia Sexual o Violencia Psicológica, con la intención de determinar si el caso es considerado para el Rescate, Asistencia, Atención y Protección de víctimas de Trata de Personas.
- Canalizar a la víctima al segundo y tercer nivel de especialidad de ser necesario.
- Determinar el alta médica de la paciente.
- Llenar el documento de registro correspondiente a pacientes con violencia familiar de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005.
- Asistir a las reuniones convocadas por la Coordinación de Psicología y Calidad y el Departamento de Trabajo Social para la evaluación del rescate, asistencia, atención y protección de víctimas de Trata de Personas.

3.4 Será responsabilidad de la Dirección General, a través del Departamento de Asuntos Jurídicos, cumplir con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:

- Manejar el caso con estricta confidencialidad, a fin de conservar la integridad de la paciente.
- Realizar el análisis jurídico de la situación legal de la paciente
- Informar los derechos de la víctima establecidos en la Constitución y demás normativa existente, así como los procedimientos a seguir en su atención y el seguimiento de los procedimientos jurídico-administrativos.
- Orientar de manera expedita sobre los mecanismos de denuncia y de los procesos previstos en el orden jurídico e informarles de las consecuencias legales de cada una de las acciones, los medios de impugnación y todas aquellas que se dispongan en la normatividad aplicable, atendiendo el caso jurídico concreto.
- Verificar y ejecutar los acompañamientos de las víctimas a las diligencias y/o comparecencias que se requieran.
- Notificar a las instancias competentes para el rescate, asistencia, atención y protección de víctimas de Trata de Personas.
- Asesorar y llevar a cabo las recomendaciones legales en los casos de Trata de Personas.
- Asistir a las reuniones convocadas por el Departamento de Trabajo Social y la Coordinación de Psicología y Calidad para la evaluación del seguimiento y manejo de pacientes víctimas de Trata de Personas.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 5 de 11 |

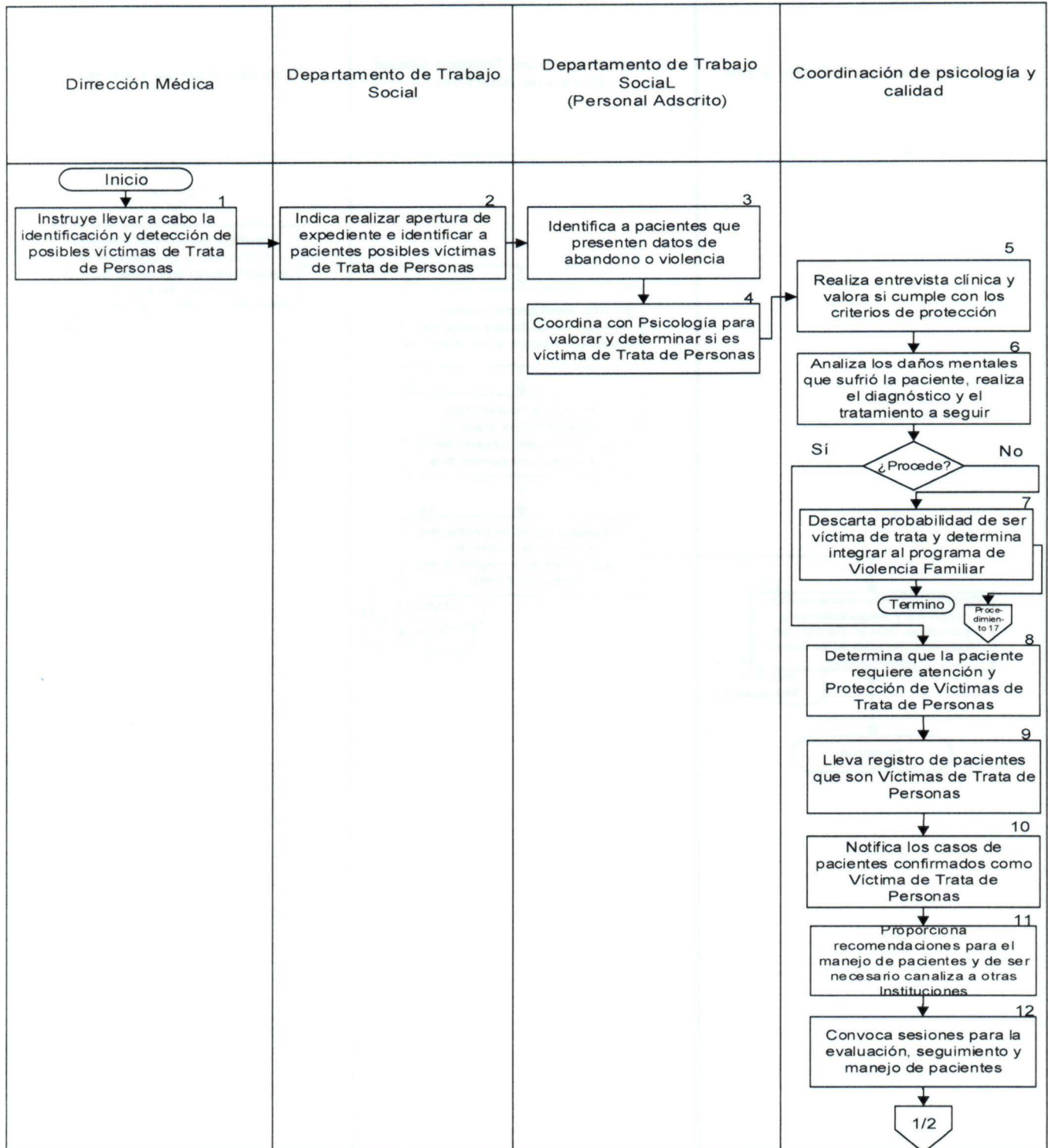
4. Descripción del Procedimiento

| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|--|---------|---|-----------------|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al departamento de Trabajo Social llevar a cabo la identificación y detección de posibles víctimas de Trata de Personas. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción e indica al Personal Adscrito realizar apertura de expediente e identificar a la/s paciente/s que presenten datos de abandono o violencia y sean posibles víctimas de Trata de Personas. | |
| Departamento de Trabajo Social (Personal Adscrito) | 3 | Recibe instrucción e identifica a la/s paciente/s que presenten datos de abandono o violencia. | |
| | 4 | Coordina con Psicología para valorar y determinar si es víctima de Trata de Personas. | |
| Coordinación de Psicología | 5 | Realiza entrevista clínica y valorar si cumple con los criterios para el Rescate, Asistencia, Atención y Protección de Víctimas de Trata de Personas. | |
| | 6 | Analiza los daños mentales que sufrió la paciente, realiza el diagnóstico correspondiente y el tratamiento a seguir. ¿Procede? | |
| | 7 | No: descarta la probabilidad de ser víctima de trata de personas y se determina integrar al programa de Violencia Familiar, de acuerdo a la valoración psicológica (ver procedimiento 17 "Atención de pacientes con violencia familiar). Termina procedimiento. | |
| | 8 | Sí: determina de acuerdo a la valoración psicológica que la paciente requiere Asistencia, Atención y Protección de Víctimas de Trata de Personas. | |
| | 9 | Lleva el registro de pacientes que son Víctimas de Trata de Personas de acuerdo a los criterios establecidos. | |
| Coordinación de Psicología | 10 | Notifica al Departamento de Trabajo Social y Asuntos Jurídicos, los casos de pacientes confirmados como Víctima de Trata de Personas. | |
| | 11 | Proporciona recomendaciones al equipo interdisciplinario para el manejo de pacientes Víctimas de Trata de Personas y en caso necesario canaliza a Instituciones especializadas. | |





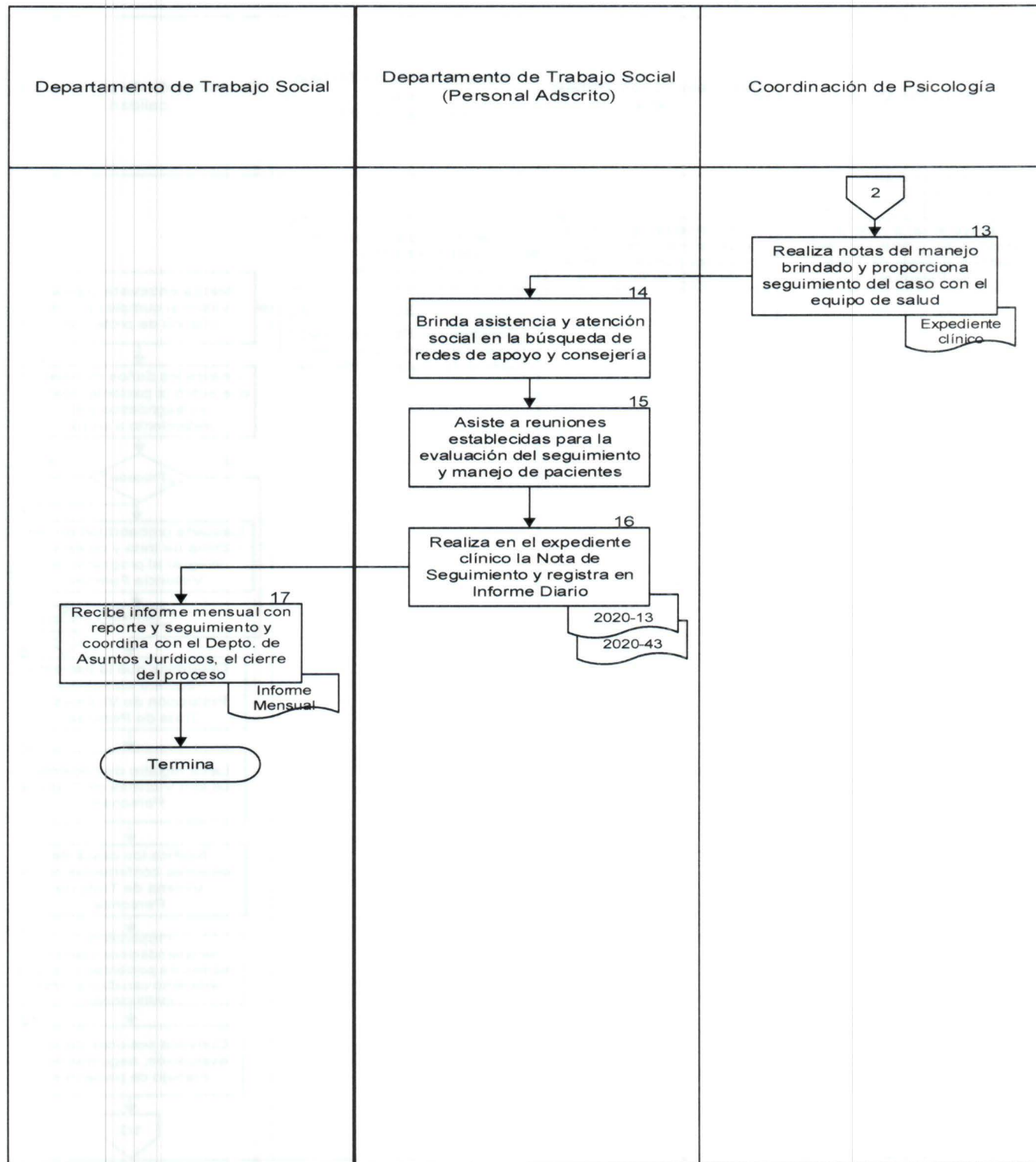

| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 7 de 11 |
| | | | |

5. Diagrama de Flujo





[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 8 de 11 |



9 *[Handwritten signature]*

| | | | |
|--|--|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 9 de 11 |



6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|---|------------------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 9/2013 Septiembre 2013 |
| 6.2 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención | NOM-046-SSA2-2005 |
| 6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, sistemas de Información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud | NOM-024-SSA3-2012 |
| 6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico | NOM-004-SSA3-2012 |
| 6.5 Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos. | DOF 14-06-2021 |
| 6.6 Programa Nacional para Prevenir y Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos 2014-2018 | 20 Abril 2016 |
| 6.7 Protocolo para el uso de procedimientos y recursos para el rescate, asistencia, atención y protección de Víctimas de Trata de Personas | 2016 |
| 6.8 Programa Anual de Trabajo 2019 de la Comisión Intersecretarial para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos | 2019 |
| 6.9 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del INPer. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 "Expediente Clínico" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico / SIGIn | 4S.5 |
| 7.2 "Nota de Seguimiento" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-13 |
| 7.3 "Informe Diario" | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |
| 7.4 "Registro de Atención en casos de Violencia Familiar o Sexual establecido en la NOM-046-SSA2-2005" | 6 años | Servicio de Archivo Clínico | 4S.5 |
| 7.5 Informe Mensual | N/P | Departamento de Asuntos Jurídicos | Documento de comprobación inmediata |

[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--|---|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 10 de 11 |

8. Glosario

- 8.1 Coordinación:** Disposición armónica, funcional y ordenada de los esfuerzos de un grupo para dar unidad de acción en vista de un objetivo en común de un grupo interdisciplinario.
- 8.2 Diagnóstico de Trabajo Social:** Proceso mediante el cual se observan y recogen datos de una realidad objeto de estudio, tanto en su dimensión interna como externa, desde donde se analizan síntomas, se relacionan y comparan hechos conocidos con otros que no lo son, se analizan, se correlacionan y se dan resultados. Comúnmente los resultados de un diagnóstico servirán de base para realizar interpretaciones sobre una realidad estudiada y proponer estrategias que permitan modificar o transformar la realidad.
- 8.3 Entrevista:** Procedimiento en el cual una persona (entrevistador/a) solicita información a otra (informante o sujeto investigado), para obtener datos sobre un problema determinado. Puede cumplir diferentes funciones tales como obtener información de individuos o grupos; influir sobre ciertos aspectos de conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos); ejercer un efecto terapéutico, entre otras.
- 8.4 Entrevista Clínica:** Es el proceso técnico donde el clínico busca establecer una buena relación con el paciente para obtener información que permita ver los conflictos presentes y pasados, hacer una evaluación, un diagnóstico y proponer un tratamiento.
- 8.5 Violencia Familiar:** La violencia familiar incluye actos de agresión contra una persona, ejercidos por un miembro de la familia con mayor poder social, físico, económico o psicológico. El vínculo entre la persona agresora y la agredida puede ser sentimental o afectivo, de parentesco consanguíneo y/o legal independientemente de su lugar actual de residencia. (NOM-046-SSA2-2005).
- 8.6 Violencia física:** Todo acto de agresión intencional repetitivo en el que se utilice alguna parte del cuerpo, Trata de Personas: Es un delito en el que se utiliza a las víctimas para explotarlas en la pornografía, prostitución, laboralmente o se abusa de ellas en otras diversas formas. En las que pueden ser vulnerables las mujeres, niños y adolescentes, así como las personas migrantes algún objeto, arma o sustancia que inmoviliza y causa daño a la integridad física del otro. (G. Clínica de Intervención Psicológica 2007).
- 8.7 Violencia sexual:** Patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: negar las necesidades sexo-afectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja. (G. Clínica de Intervención Psicológica 2007).

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 4 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1** Nota de Seguimiento
- 10.2** Informe Diario

(2020-13)

(2020-43)

[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-24 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 24.- Atención de Pacientes Víctimas de Trata de Personas | | Hoja: 11 de 11 |

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|--------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"NOTA DE SEGUIMIENTO"

2020-13

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|---------------------|--|
| 1 | NOMBRE | El nombre completo de la paciente |
| 2 | FECHA DE NACIMIENTO | El día, mes y año en que nació |
| 3 | N° DE HOJA | El número consecutivo que le corresponde a la hoja de reporte |
| 4 | EXPEDIENTE | El número de expediente que se asignó a la paciente en el Instituto al momento de su ingreso |
| 5 | NIVEL | El nivel asignado por el Departamento de Trabajo Social |
| 6 | FECHA | El día, mes y año en que se elabora la nota |
| 7 | NOTA | Descripción de los procedimientos realizados durante la entrevista de Trabajo Social (Toda nota deberá ser seguida por el nombre de la Trabajadora Social que elaboró) |





INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"INFORME DIARIO"

2020-43



| Nº | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|----|-------------------------|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora el informe |
| 2 | SERVICIO | El nombre del servicio en el que se elabora el informe |
| 3 | TRABAJO SOCIAL | El nombre completo del/la Trabajador/a Social que elabora el informe |
| 4 | CAMA | Número de cama/cuna en el que se encuentra la/el paciente hospitalizada |
| 5 | NOMBRE | Apellido Paterno y Materno de la/el paciente |
| 6 | EXPEDIENTE | Número de expediente asignado por el instituto |
| 7 | CLASIFICACIÓN | Si la paciente acude de 1ª vez o es subsecuente |
| 8 | TIPO DE PACIENTE | La clave asignada para el tipo de paciente, según catálogo de Trabajo Social |
| 9 | EDAD | Edad que tiene la/el paciente |
| 10 | DIAGNÓSTICO SOCIAL | El diagnóstico asignado desde el punto de vista de Trabajo Social |
| 11 | PROCEDIMIENTOS | El o los procedimientos asignados a la paciente según el catálogo de Trabajo Social |
| 12 | OBSERVACIONES | El dato adicional del procedimiento realizado |
| 13 | TOTAL DE PROCEDIMIENTOS | El número total de procedimientos realizados durante el día |



| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-25 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 25.- Resguardo de Pertenencias | | Hoja: 1 de 6 |

25.- Resguardo de Pertenencias

7 jul 17

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-25 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 25.- Resguardo de Pertenencias | | Hoja: 2 de 6 |

1. Propósito

- 1.1 Coordinar el resguardo de pertenencias y valores de pacientes que acuden al Instituto sin familiar y requieran de hospitalización, a fin de evitar situaciones de riesgo en sus pertenencias y proporcionar a la paciente y al personal del Instituto la seguridad del manejo de las mismas.



2. Alcance

- 2.1 A nivel interno, el procedimiento es aplicable a la Dirección Médica, a la Dirección de Planeación, a la Dirección de Administración y Finanzas, a la Subdirección de Ginecología y Obstetricia, a la Subdirección de Desarrollo Organizacional, a la Subdirección de Recursos Financieros, al Departamento de Tococirugía y Urgencias, al Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, al Departamento de Tesorería y al Departamento de Trabajo Social.
- 2.2 A nivel externo, el procedimiento es aplicable a la población usuaria de los Servicios Médicos del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

3. Políticas de operación, normas y lineamientos



- 3.1 Será responsabilidad de la Dirección Médica, verificar que el Departamento de Trabajo Social, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Realizar el inventario de las pertenencias y valores, para su resguardo cuando el personal de enfermería del Servicio de Urgencias notifique a Trabajo Social que la paciente acude sin familiar y requiere de hospitalización.
 - Registrar las pertenencias en el formato de Resguardo de Pertenencias (2020-55) en presencia de la paciente y del personal de enfermería.
 - Entregar las pertenencias (ropa y calzado) en una bolsa sellada con 2ª copia del formato (2020-55) al personal de Recepción de Urgencias del Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica para su resguardo.
 - Entregar los valores (joyería, electrónicos y dinero) con 3ª copia del formato (2020-55) al personal de Caja del Departamento de Tesorería para su resguardo.
 - Agotar los recursos disponibles para localizar al familiar y/o persona responsable de la paciente para hacerle entrega de la 1ª copia del formato (2020-55) y pueda recuperar las pertenencias y valores de la paciente.
 - Verificar que la atención se proporcione bajo un enfoque de derecho a la igualdad y no discriminación de acuerdo a la Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015 en Igualdad Laboral y No Discriminación.
- 3.2 Será responsabilidad de la Dirección Médica, a través de la Subdirección de Enfermería, verificar que el Departamento de Enfermería de Urgencias, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Notificar al Departamento de Trabajo Social los casos en que la paciente acuda sin familiar y requiere de hospitalización.
- 3.3 Será responsabilidad de la Dirección de Planeación a través de la Subdirección de Desarrollo Organizacional, verificar que el Departamento de Orientación a Pacientes y Evaluación Médica, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:



| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-25 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 25.- Resguardo de Pertenencias | | Hoja: 3 de 6 |

- Resguardar las pertenencias de la paciente (ropa, documentos, etc.) con 2ª copia del formato de Resguardo de Pertenencias que le haga entrega el personal de Trabajo Social.
 - Entregar al familiar las pertenencias de la paciente con previa identificación.
- 3.4** Será responsabilidad de la Dirección de Administración y Finanzas, a través de la Subdirección de Recursos Financieros, verificar que el personal del Departamento de Tesorería, cumpla con las siguientes políticas de operación, normas y lineamientos:
- Resguardar los valores de la paciente (dinero, electrónicos y joyería) con 3ª copia del formato Resguardo de Bienes y Valores que le haga entrega el personal de Trabajo Social.
 - Entregar al familiar los valores de la paciente con previa identificación y a contra entrega de la primera copia del formato.



[Handwritten signature]

| | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  INPer | INPer-DM-DTS- MP-25 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 25.- Resguardo de Pertenencias | | Hoja: 4 de 6 |

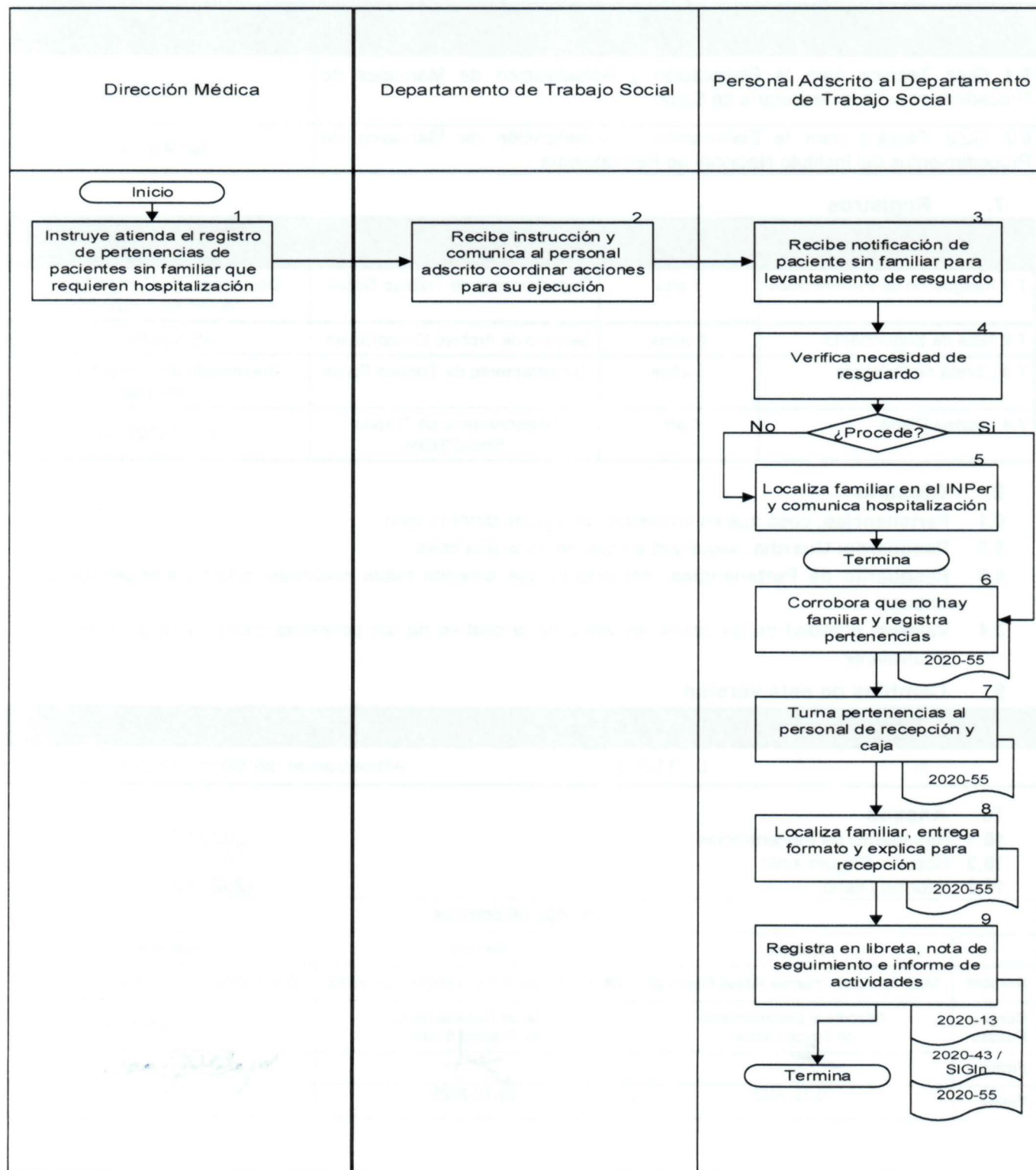
4. Descripción del procedimiento

| Responsable | Nº Act. | Descripción de Actividades | Documento Anexo |
|---|---------|--|--|
| Dirección Médica | 1 | Instruye al Departamento de Trabajo Social se atienda el resguardo de pertenencias de las pacientes que acudan al Instituto sin familiar y requieran de hospitalización. | |
| Departamento de Trabajo Social | 2 | Recibe instrucción y comunica al personal adscrito, coordine acciones para el resguardo de pertenencias de las pacientes que acudan sin familiar y requieran de hospitalización. | |
| Personal Adscrito al Departamento de Trabajo Social | 3 | Recibe notificación del personal de enfermería sobre paciente que acude sin familiar para levantamiento de resguardo. | |
| | 4 | Verifica la necesidad de realizar el procedimiento de resguardo de pertenencias. ¿Procede? | |
| | 5 | No: localiza al familiar en el Instituto y comunica sobre la hospitalización de la paciente. Termina Procedimiento. | |
| | 6 | Sí: corrobora que no hay familiar de la paciente presente y registra las pertenencias de la paciente en presencia del personal de enfermería. | • 2020-55 |
| | 7 | Turna las pertenencias al personal de recepción y caja según corresponda con 2ª y 3ª copia respectivamente. | • 2020-55 (Copia 2 y 3) |
| | 8 | Localiza al familiar (ver procedimiento 13), hace entrega 1ª copia del formato de pertenencias, y explica el procedimiento que debe seguir para recuperar las pertenencias de la paciente. | • 2020-55 (1ª copia) |
| | 9 | Registra en Libreta de Relatoría, Nota de Seguimiento e Informe Diario las actividades realizadas. | • 2020-13 • 2020-43/SIGIn • Libreta de Relatoría |
| | | Termina Procedimiento. | |



[Handwritten signature]

| | | | |
|---|--------------------------------|---|------------------------|
|  | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-25 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 25.- Resguardo de Pertenencias | | Hoja: 5 de 6 |

5. Diagrama de Flujo



Handwritten signature

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--------------------------------|
|  SALUD <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> | MANUAL DE PROCEDIMIENTOS |  | INPer-DM-DTS- MP-25 |
| | Departamento de Trabajo Social | | Rev. 4 |
| | 25.- Resguardo de Pertenencias | | Hoja: 6 de 6 |

6. Documentos de referencia

| Documentos | Código (cuando aplique) |
|--|----------------------------|
| 6.1 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud. | REV. 6 09/13 |
| 6.2 Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos del Instituto Nacional de Perinatología. | No Aplica |

7. Registros

| Registros | Tiempo de Conservación | Responsable de Conservarlo | Código de Registro o Identificación Única |
|--------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|---|
| 7.1 Resguardo de Pertenencias | 1 año | Departamento de Trabajo Social | Documento de Comprobación Inmediata / 2020-55 |
| 7.2 Nota de Seguimiento | 6 años | Servicio de Archivo Clínico/SIGIn | 4S.5/2020-13 |
| 7.3 Libreta de Relatoría | 3 años | Departamento de Trabajo Social | Documento de Comprobación Inmediata |
| 7.4 Informe Diario | 1 año | Departamento de Trabajo Social/SIGIn | 4C.13/2020-43 |

8. Glosario

- 8.1 Pertenencias:** cosa que es propiedad de alguien determinado.
- 8.2 Resguardo: Guardia:** seguridad en que se pone una cosa.
- 8.3 Resguardo de Pertenencias:** documento que acredita haber realizado determinada gestión o entrega.
- 8.4 Valores:** cualidad de las cosas, en virtud de la cual se da por poseerlas cierta suma de dinero o equivalente.

9. Cambios de esta versión

| Número de Revisión | Fecha de la Actualización | Descripción del Cambio |
|--------------------|---------------------------|-----------------------------------|
| 4 | 07-11-2025 | Actualización del Marco Jurídico. |

10. Anexos

- 10.1** Resguardo de Pertenencias (2020-55)
- 10.2** Nota de Seguimiento (2020-13)
- 10.3** Informe Diario (2020-43)

| CONTROL DE EMISIÓN | | | |
|---------------------|---|---|---|
| | Elaboró: | Revisó: | Autorizó: |
| Nombre | Mtra. Elizabeth Yazmin Rosas Moncada | Mtra. Gabriela Sofía González González | Dra. Martha Lucía Granados Cepeda |
| Cargo-Puesto | Adscrita al Departamento de Trabajo social | Jefa del Departamento de Trabajo Social | Directora Médica |
| Firma |  |  |  |
| Fecha | 20-10-2025 | 29-10-2025 | 25-11-2025 |



RESGUARDO DE PERTENENCIAS

FECHA: ____/____/____ (1)

FOLIO: _____

NOMBRE: _____ (2)

EXPEDIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ (3) EDAD: _____

CAMA: _____

| ORIENTACIÓN | | | CAJA | | |
|------------------|--|---------------|-------------------------------|--|--|
| SACO | | FALDA | JOYERÍA | | |
| CHAMARRA | | CALZADO | RELOJ | | |
| BLUSA | | ROPA INTERIOR | CELULAR | | |
| PANTALÓN | | PRÓTESIS | ELÉCTRICOS | | |
| VESTIDO | | BOLSA | DINERO (Especifique Cantidad) | | |
| OTRO ESPECIFIQUE | | | | | |

PERSONAL DE ORIENTACIÓN QUE RECIBE EL RESGUARDO

PERSONAL DE CAJA QUE RECIBE EL RESGUARDO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
TRABAJADORA SOCIAL QUE REALIZA EL RESGUARDO

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
TESTIGO
(Personal de Enfermería)

(4)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
PACIENTE

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA
PERSONA AUTORIZADA A RECOGER LOS BIENES
(Parentesco)

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

Original: Depto. Trabajo Social

1ª Copia: Usuario

2ª Copia: Depto. Orientación a Pacientes

3ª Copia: Caja

Montes Urales 800

Lomas Virreyes

Ciudad de México

CP. 11000

Licencia Sanitaria N° 1011011039

2020-55

[Handwritten signatures]

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO

"RESGUARDO DE PERTENENCIAS"

2020-55

| N° | CONCEPTO | SE ANOTARÁ |
|-----------|---|---|
| 1 | FECHA | El día , mes y año en que se elabora la responsiva |
| 2 | NOMBRE, EXPEDIENTE, FOLIO | Nombre completo de la paciente o neonato/a, El número de expediente asignado por el Instituto, Numero Consecutivo. |
| 3 | FECHA NACIMIENTO, EDAD, CAMA | DE Día, mes y año de nacimiento, Edad del Paciente, Número de Cama Asignado por el Instituto. |
| 4 | DATOS FAMILIAR RESPONSABLE ASIGNADO POR PACIENTE | DEL Nombre completo del Familiar Responsable, Parentesco, Identificación Firma. |

