

REQUISITOS PARA APERTURA DE EXPEDIENTE

El día que se presente para su cita de valoración al Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, tiene que traer como requisitos indispensables en original y copia la siguiente documentación:

1. Acta de nacimiento, Clave Única de Registro de Población (CURP) e identificación oficial vigente (con nombre, fotografía y firma) de la paciente, esposo, pareja o de quien dependa económicamente: credencial de elector, cédula profesional, cartilla del servicio militar, certificado de matrícula consular (extranjeros), pasaporte o constancia de identidad (en situación de menor de edad y casos de excepción en adultas/os). Aun cuando la paciente y/o esposo o pareja sean menores de edad y estén desempleados, deberán presentar la documentación requerida.
2. Dos fotografías tamaño infantil de la paciente y del esposo o persona responsable, para el carnet de citas.
3. Constancia electrónica de no afiliación al IMSS, para lo cual deberá acceder a la página: <https://serviciosdigitales.imss.gob.mx> o en formato impreso para ser llenado con nombre y fecha de nacimiento tanto de la paciente como del esposo o pareja (aun cuando se encuentren desempleados); para el trámite deberá acudir a las direcciones indicadas en el formato proporcionado por el Instituto presentando: identificación, acta de nacimiento y comprobante de domicilio. Si la paciente reside en algún Estado de la República, podrá acudir a realizar el trámite en la Delegación del IMSS del Estado donde radica. Deberá verificar que los datos que aparecen en el formato sean correctos, además del sello y firma de quien le atendió.
4. Constancia electrónica de no afiliación al ISSSTE, la cual podrá descargar de la siguiente liga: <https://oficinavirtual.issste.gob.mx>
5. Toda paciente sin seguridad social y/ póliza de gastos médicos mayores, podrá presentar Póliza de Seguro Popular vigente como titular o integrante dentro del núcleo familiar, exceptuando aquellos casos en los que la beneficiaria es "titular no beneficiaria" con la finalidad de evaluar si la patología que presenta se encuentra incluida en la oferta de servicios vigente del Convenio de Compensación Económica para Hospitales Federales del Seguro Popular. De no presentar dicho documento, deberá dejar un depósito económico, el cual dependerá de la complejidad de atención especializada que requiera, previa valoración del área de Seguro Popular INPer, quienes serán las únicas personas facultadas para informar los requisitos de cobertura.

2440-04

Así como, también deberá presentar:

1. Comprobante de domicilio actual (boleta predial, recibo de teléfono o agua), de no contar con comprobante oficial, puede tramitar una constancia de residencia en su Delegación Política o en su Municipio.
2. Comprobante de ingresos o Constancia oficial de empleo, tanto de la persona que solicita los servicios como del esposo o pareja. Ejemplo: último recibo de nómina, carta oficial expedida por la Empresa o Institución en donde labora, última declaración de ingresos ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Si no contara con ninguna de éstas, deberá tramitar estudio socioeconómico o carta “bajo protesta de decir verdad” en la Delegación o Municipio correspondiente.
3. Constancia de situación civil. Ejemplo: Acta de Matrimonio o en caso de no estar casada, “Constancia de Hechos” que se tramita ante Juez Cívico, Familiar o Calificador de la Delegación o Municipio correspondiente a su domicilio. En caso de ser divorciada, presentar Acta de Divorcio y si es viuda Certificado de Defunción.
4. En caso de pagar renta, deberá presentar el recibo a nombre de la paciente y/o el esposo o pareja.

Si necesita saber cómo llenar los formatos o tiene alguna duda, estamos para servirle en el teléfono: 01 (55) 5520 9900 extensiones: 118 ó 127 Departamento de Trabajo Social.

El que presente sus documentos, no quiere decir que el Instituto está obligado a otorgarle el servicio, únicamente es para agilizar el trámite en caso de ser aceptada. La información que usted proporcione, será sujeta a verificación y en caso de no ser verdadera se procederá de las maneras legales correspondientes. La alteración de los documentos solicitados, será motivo de cancelación del servicio.

Nota: en caso de ser aceptada como paciente del INPer y con la finalidad de atenderle de manera inmediata, es necesario, que prevea traer como mínimo la cantidad de \$ 500.00 para iniciar los procedimientos correspondientes a la atención de su padecimiento. Es importante mencionar que los cobros realizados varían de acuerdo al nivel socioeconómico que le sea asignado.

A T E N T A M E N T E
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA

Ciudad de México, a _____ de _____ de 201__

**TITULAR DE LA SUBDELEGACIÓN DEL I.M.S.S.
Presente.**

At'n.: OFICINA DE VIGENCIA DE DERECHOS


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

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

NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES

Agradeciendo de antemano la atención a la presente, quedo de usted(es).

Atentamente



Dr. Guillermo Manuel Corona Barse
Jefe del Departamento de Consulta Externa

Nota:

- *Favor de no usar abreviaturas**
- *Evite tachaduras o enmendaduras**
- *Ver listado al reverso**

2440-05

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

EVÍTESE MOLESTIAS, POR FAVOR ACUDA A LA DELEGACIÓN
MÁS CERCANA A SU DOMICILIO

SUBDELEGACIÓN 1 MAGDALENA DE LAS SALINAS

Eje 4 Norte Fortuna S/N° (Colector 15)
Col. Capultitlán
Deleg. Gustavo A. Madero
Ciudad de México CP. 07760
Dir.: 01 55 57 47 35 00

SUBDELEGACIÓN 2 SANTA MARÍA LA RIBERA

Nogal N° 240
Col. Santa María la Ribera
Deleg. Cuauhtémoc
Ciudad de México CP. 06400
Dir.: 01 55 55 47 29 95

SUBDELEGACIÓN 3 POLANCO

Villalongín N° 117 (Conj. Colonia)
Col. Cuauhtémoc
Deleg. Cuauhtémoc
Ciudad de México CP. 06500
Dir.: 01 55 57 05 67 04

(ATENCIÓN A PACIENTES FORÁNEAS)

SUBDELEGACIÓN 4 GUERRERO

Luna N° 235
Col. Guerrero
Deleg. Cuauhtémoc
Ciudad de México CP. 06300
Conm.: 01 55 55 29 95 05

SUBDELEGACIÓN 5 CENTRO

Av. Hidalgo N° 23
Col. Centro
Deleg. Cuauhtémoc
Ciudad de México CP. 06000
Dir.: 01 55 55 21 11 08

SUBDELEGACIÓN 6 PIEDAD NARVARTE

Av. Cuauhtémoc N° 451
Col. Piedad Narvarte
Deleg. Benito Juárez
Ciudad de México CP. 03000
Dir.: 01 55 56 39 07 00
Conm.: 01 55 56 39 57 46
Ext.: 201

SUBDELEGACIÓN 7 DEL VALLE

Av. Coyoacán N° 1540
Col. Del Valle
Deleg. Benito Juárez
Ciudad de México CP. 03100
Dir.: 01 55 55 24 39 00
Conm.: 01 55 55 24 41 40

SUBDELEGACIÓN 8 SAN ANGEL

Plaza de San Jacinto N° 20
Col. San Angel Inn
Deleg. Álvaro Obregón
Ciudad de México CP. 01000
Dir.: 01 55 55 50 49 90
Conm.: 01 55 55 50 91 33
Ext.: 254

SUBDELEGACIÓN 9 SANTA ANITA

Calz. De la Viga N° 1174
Esq. Eje 5 Sur
Col. El Triunfo (Reforma Iztaccihuatl)
Deleg. Iztapalapa
Ciudad de México CP. 08300
Dir.: 01 55 56 34 71 77

SUBDELEGACIÓN 10 CHURUBUSCO

Av. Río Churubusco N° 609
Col. Sector Popular
Entre Calz. De la Viga y Sur 99
Deleg. Iztapalapa
Ciudad de México CP. 09060
Dir.: 01 55 55 81 70 78

SUBDELEGACIÓN TLALNEPANTLA

Gustavo Baz S/N° Esq. Filiberto Gómez
Anexo H. G. Z. Gustavo Baz
Tlalnepantla, Edo. de México CP. 54000

SUBDELEGACIÓN ECATEPEC

Vía Morelos S/N°
Fracc. Jardines de Casa Nueva
Anexo de la U. M. F. 93 Cerro Gordo
Ecatepec de Morelos, Edo. de México CP. 55430

SUBDELEGACIÓN NAUCALPAN

San Andrés Atoto N° 100
Acceso por Atlacomulco N° 500
Col. Industrial Atoto
Naucalpan, Edo. de México CP. 53519
(sobre Av. 1° de Mayo)

SUBDELEGACIÓN LOS REYES LA PAZ

Carretera Federal México-Puebla N° 49
Los Reyes la Paz, Edo. de México CP. 56400

EXCLUSIVAMENTE PACIENTES FORÁNEAS

Villalongín N° 117 Esq. Manuel Contreras
Col. Cuauhtémoc

Ciudad de México, a _____ de _____ de 20____

TITULAR DE LA SUBDELEGACIÓN DEL I.S.S.S.T.E
Presente.

At'n.: OFICINA DE VIGENCIA DE DERECHOS

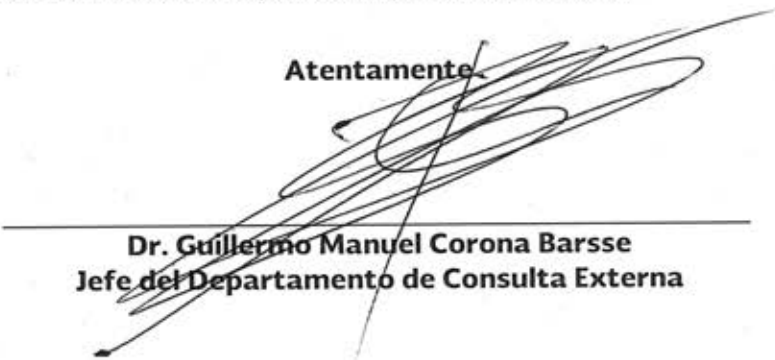
Por este medio, me permito solicitar a usted(es) comprobante donde se indique si la(s) persona(s) abajo mencionada(s) tiene(n) o no derecho al Servicio Médico que su institución proporciona:

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

NOMBRE DEL ESPOSO O DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE, FECHA DE NACIMIENTO O REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente, quedo de usted(es).

Atentamente



Dr. Guillermo Manuel Corona Barse
Jefe del Departamento de Consulta Externa

Nota:

- *Favor de no usar abreviaturas**
- *Evite tachaduras o enmendaduras**

Acudir a la dirección más cercana a su domicilio

DELEGACIÓN NORTE:

Av. Paseo de la Reforma N° 39
Col. Tabacalera
Deleg. Cuauhtémoc

DELEGACIÓN ORIENTE:

Calle 10 N° 167
Col. Granjas de San Antonio
Deleg. Iztapalapa

DELEGACIÓN PONIENTE:

Av. Parque Lira N° 156
Col. Daniel Garza
Deleg. Miguel Hidalgo

DELEGACIÓN SUR:

Melchor Ocampo N° 293
Col. Barrio Santa Catarina
Deleg. Coyoacán

ISSSTEL: 54 48 89 03

2440-06

**BRINDAR UN SERVICIO CON CALIDAD Y CALIDEZ EN LA CONSULTA EXTERNA,
ES UNA PRIORIDAD INSTITUCIONAL, POR LO QUE NOS PERMITIMOS HACERLE LAS SIGUIENTES
RECOMENDACIONES QUE NOS AYUDARÁN A OTORGARLE LA ATENCIÓN QUE USTED SE MERECE**

CITAS SUBSECUENTES

1. El registro de asistencia se inicia a las 8:00 horas.
2. Acuda el día de su cita y registre con una anticipación máxima de 15 minutos su asistencia en la ventanilla **“CONSULTA DEL DÍA”**. Recuerde que, usted tiene una tolerancia de 15 minutos para presentarse a su cita. Se le indicará el número de consultorio en el que será atendida.
3. Pase a la caja a cubrir el importe de su consulta.
4. En caso de tratarse de embarazo, pase al área de somatometría a fin de que sea registrado su peso y presión arterial.
5. Entregue en el consultorio su recibo de pago donde se le sellará su copia con la leyenda **“CONSULTA OTORGADA”** al recibir su consulta.
6. Al terminar su consulta, si su médico/a lo indicó, acuda a la ventanilla: **“CITAS SUBSECUENTES”** para la programación de su próxima cita.

Las citas de laboratorio, ultrasonido y rayos X se llevan a cabo en los departamentos correspondientes.

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Por la seguridad de sus hijos/as le recordamos que el acceso al Instituto de los/las menores de 12 años, se encuentra restringido, salvo en los casos en los que el/la niño/a sea el/la paciente.
2. Las instalaciones del Instituto son para su beneficio; ayúdenos a mantenerlas en buen estado de conservación e higiene.
3. Le suplicamos se abstenga de introducir alimentos a la sala de espera.
4. Las instalaciones de la Consulta Externa y Urgencias, son áreas en las que no se permite fumar.
5. Con base en el área física de la sala de espera, se le solicita se abstenga de traer más de un acompañante a la consulta. De preferencia debe ser su esposo o compañero. Las embarazadas no requieren de ninguna autorización especial.

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

7. Recuerde que para cualquier trámite en el control de citas, se requiere de su carnet de citas.

8. Tres o más faltas consecutivas a la consulta, causan su baja de la Institución.

9. Las ausencias mayores de 6 meses, ameritan la baja del expediente clínico.

10. El personal de Consulta Externa tiene el mejor deseo de atenderle como usted se merece, por lo que se le solicita un trato cordial y amable para ellos/as.

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

2440-02

COMPROMISOS ANTE EL INSTITUTO

El Departamento de Trabajo Social desea proporcionarle un buen servicio.

Para ello, le rogamos nos ayude tomando en cuenta la siguiente información:

1. La entrevista con Trabajo Social es para elaborar un estudio socioeconómico en base al cual se determina el nivel para cubrir los costos de su atención.
2. Para ello es indispensable que presente, en original y copia, los documentos señalados en la hoja "Requisitos para apertura de expediente".
3. Para solicitar Constancia Hospitalaria y/o llenado de Póliza, será necesario haber reportado el contar con este tipo de servicio, presentando los comprobantes correspondientes en la entrevista de Trabajo Social.
4. Los datos que contiene el "Certificado de Nacimiento" de su hijo(a) se obtienen de la información que usted proporciona en la entrevista de Trabajo Social por lo que deben ser verídicos, ya que no se realiza ninguna corrección.
5. Así mismo, por su seguridad y la de su hijo(a) sólo se permitirá el acceso a la visita familiar a aquella persona que usted haya referido como Responsable y/o a su familiar directo, previa identificación.
6. En caso de ser paciente adolescente menor o igual a 17 años se requiere de la autorización de madre, padre o persona responsable legalmente para realizar trámites en el Instituto.
7. Al finalizar la entrevista, la Trabajadora Social le hará entrega de su carnet; posterior a ello, deberá presentarse en la ventanilla de control de citas para que le indiquen en que momento le realizarán la Historia Clínica y deberá pagar dicho trámite.
8. De considerar necesario, se le proporcionará una cita subsecuente a solicitud de Trabajo Social o de usted, la cual se anotará en el carnet.
9. Es indispensable la donación de sangre como trámite necesario para su hospitalización. Para tal efecto, la persona que designe usted como donador deberá presentarse en la recepción de Banco de Sangre de 11:30 a 13:00 para agendar la cita y conocer los requisitos de dicho trámite.
10. Para información de costos aproximados sobre parto, cesárea e intervención quirúrgica; deberá acudir directamente a la ventanilla del área de Cuentas Corrientes. Con respecto a costos aproximados sobre consultas médicas o estudios podrá consultarlo en la página de Internet del Instituto www.inper.mx, a través de la liga de preguntas frecuentes.
11. En caso de que requiera hospitalizarse deberá realizar un pago anticipado del 50% del costo probable que genere su atención.

Atentamente
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

9104-05