SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA

Noviembre, 2015

ÍNDICE

HOJA

INTRODUCCIÓN 3

I.- OBJETIVO DEL MANUAL 4

II.- MARCO JURÍDICO 5

III.- PROCEDIMIENTOS

1.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA EXTERNA DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA.

2.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CITADO PARA PRUEBAS CUTÁNEAS Y REVISIÓN DE EXPEDIENTE.

3.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA.

4.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA SUBSECUENTE NO PROGRAMADA.

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA DOSIFICACIÓN, ELABORACIÓN Y ENTREGA DE VACUNAS (INMUNOTERAPIA).

6.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS.

7.- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS PERIFÉRICOS VÍA CONSULTA EXTERNA.

8.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA CONSULTA EXTERNA.

9.- PROCEDIMIENTO PARA LA PREALTA, EL EGRESO DEL PACIENTE, CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN DE CAMAS CENSABLES.

10.- PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES A TERAPIA MÉDICA INTENSIVA.

11.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PERMISOS PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS.

12.- PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO Y SOLICITUD DE FIRMA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

13.- PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE.

14.- PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

15.- PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN ALCOHOLADA EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

16.- PROCEDIMIENTO PARA EL RESGUARDO, TRANSCRIPCIÓN, PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO.

17.- PROCEDIMIENTO PARA PREVENIR ERRORES POR ORDENES VERBALES O TELEFÓNICAS.

18.- PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO.

19.- PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE AMBULATORIO.

20.- PROCEDIMIENTO PARA LA PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.

21.- PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS.

22.- PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD Y ENTREGA DE RESUMEN CLÍNICO.

23.- PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN

En respuesta a la necesidad de contar con un instrumento técnico administrativo actualizado que guíe al personal de la institución sobre los procedimientos que se realizan en el Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” O. D., este documento señala de manera ordenada la secuencia de actividades específicas para aprovechar el uso de los recursos y agilizar los trámites requeridos para el otorgamiento de los servicios a los pacientes con problemas de alergia e inmunología clínica.

Para alcanzar sus objetivos de calidad y mejora continua, el Servicio de Alergia e Inmunología, requiere tener un marco de referencia de sus funciones y la descripción detallada de las actividades y participantes que intervienen en el desarrollo de cada uno de los procedimientos que permitan definir responsabilidades y puntos de control.

Este documento contiene 23 procedimientos elaborados en apego a la nueva “Guía Técnica para la elaboración y Autorización de Manuales de Procedimientos” autorizada por la Secretaría de Salud y a la Estructura Orgánica Establecida en el Manual de Organización del Servicio, autorizado el 5 de Octubre del 2015.

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Integrar y difundir los procedimientos generales y específicos que se llevan a cabo en el Servicio de Alergia e Inmunología del Hospital General de México, a través de los canales de comunicación al personal para el conocimiento y aplicación de los procedimientos y actividades que se desempeñan, a fin de otorgar un servicio con calidad y calidez.

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 05-II-1917, Última Reforma D.O.F. 10-VII-2015.

LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 29-XII-1976, Última Reforma D.O.F. 13-V-2015.

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 14-V-1986, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley General de Salud.
D.O.F. 07-II-1984, Última Reforma D.O.F. 4-VI-2015.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.
D.O.F. 26-V-2000, Última Reforma D.O.F. 27-I-2015.

Ley General de Bienes Nacionales.
D.O.F. 20-V-2004, Última reforma D.O.F. 7-VI-2013.

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 30-III-2006, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015.
D.O.F. 20-XI-2013, Última Reforma D.O.F.13-IX-2014.

Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos.
D.O.F. 13-III-2002, Última Reforma D.O.F. 14-VII-2014.

Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
D.O.F. 31-XII-1982, Última Reforma D.O.F. 24-XII-2013.

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.
D.O.F. 28-XII-1963, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley Federal del Trabajo.
D.O.F. 01-IV-1970, Última Reforma D.O.F. 12-VI-2015.

Ley General de Educación.
D.O.F. 13-VII-1993, Última Reforma D.O.F. 20-IV-2015.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
D.O.F. 31-III-2007, Última Reforma 2-IV-2014

Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.
D.O.F. 31-XII-1975, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2015.

Ley Federal de Derechos.
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
D.O.F. 04-I-2000, Última Reforma D.O.F. 11-VIII-2014.

Ley General de Protección Civil.
D.O.F. 06-V-2012, Última Reforma D.O.F. 03-VI-2014.

Ley del Sistema de Protección Civil para el Distrito Federal
G.O.D.F. 08-VII-2011.

Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal.
D.O.F. 26-V-1945, Última Reforma D.O.F. 19-VIII-2010

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 14-VII-2014.

Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública.
D.O.F. 4-V-2015.

Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
D.O.F. 29-VI-1992, Última Reforma D.O.F. 02-IV-2014.

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.
D.O.F. 25-VI-2002, Última Reforma D.O.F. 25-IV-2012.

Ley de Asistencia Social.
D.O.F. 02-IX-2004. Última Reforma D.O.F. 19-XII-2014.

Ley General para el Control del tabaco.
D.O.F. 30-V-2008. Última Reforma D.O.F. 06-I-2010 .

Ley de ayuda alimentaria para los trabajadores.
D.O.F. 17-I-2011.

Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación.
D.O.F. 11-VI-2003, Última Reforma D.O.F. 20-III-2014.

Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad.

D.O.F. 30-V-2011.

Ley General de los derechos de niñas, niños y adolescentes.
D.O.F. 04-XII-2014.

Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres.
D.O.F. 02-VIII-2006, Última Reforma D.O.F. 04-VI-2015.

Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.
D.O.F. 01-II-2007, Última Reforma D.O.F. 04-VI-2015.

Ley General de Contabilidad Gubernamental.
D.O.F. 12-XI-2012. Última Reforma D.O.F. 9-XII-2013.
Ley de Fiscalización y Rendición de Cuentas de la Federación.
D.O.F. 29-V-2009. Última Reforma D.O.F. 18-VI-2010.

Ley del Instituto Nacional de las Mujeres.
D.O.F. 12-I-2001. Última Reforma D.O.F. 04-VI-2015.

Ley Federal para la administración y enajenación de bienes del Sector Público.
D.O.F. 19-XII-2002. Última Reforma D.O.F. 9-IV-2012.

Ley de Salud Mental del Distrito Federal
G.O.D.F. 23-II-2011.

Ley General para la prevención y gestión integral de los residuos.
D.O.F. 08-X-2012. Última Reforma D.O.F. 22-V-2015.

Ley Federal del Derecho de Autor
D.O.F. 24-XII-1996. Última reforma 17-III-2015.

Ley Federal de Archivos
D.O.F. 23-I-2012.

CÓDIGOS

Código Fiscal de la Federación.
D.O.F. 31-XII-1981, Última Reforma D.O.F. 1-VII-2015.

Código Penal Federal.
D.O.F. 14-VIII-1931, Última Reforma D.O.F. 12-III-2015.

Código Civil Federal.
D.O.F. 26-V-1928, Última Reforma D.O.F. 24-XII-2013.

Código Nacional de Procedimientos Penales.
D.O.F. 5-III-2014. Última Reforma D.O.F. 29-XII-2014.

Código de Comercio.
D.O.F. 07-X-1889, Última Reforma D.O.F. 26-XII-2014.

Estatuto de Gobierno del Distrito Federal.
D.O.F. 26-VII-1994, Última Reforma D.O.F. 27-VI-2014.

Código Fiscal del Distrito Federal.
G.O.D.F. 29-XII-2009, Última Reforma G.O.D.F. 26-I-2015.

TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES

Decreto por el que se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, el 7 de julio de 1999.
D.O.F. 09-VIII-2000.

Decreto por el que se aprueba el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Venta de Niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el veinticinco de mayo de dos mil.
D.O.F. 16-I-2002

Decreto Promulgatorio del Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, durante la Sexagésima Novena Reunión, celebrada en Ginebra, el veinte de junio de mil novecientos ochenta y tres.
D.O.F. 22-IV-2002

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Comité Internacional de la Cruz Roja relativo al Establecimiento en México de una Delegación Regional del Comité, firmado en la Ciudad de México, el veinte de julio de dos mil uno.
D.O.F. 24-V-2002

Decreto por el que se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, adoptado en Estocolmo, el veintidós de mayo de dos mil uno.
D.O.F. 03-XII-2002

Decreto Promulgatorio del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
D.O.F. 25-II-2005

Decreto Promulgatorio de las Enmiendas del Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono, 1987, adoptadas durante la Novena Reunión de las Partes, celebrada en Montreal del quince al diecisiete de septiembre de mil novecientos noventa y siete.
D.O.F. 06-IX-2006

Decreto por el que se aprueban la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo aprobados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el trece de diciembre de dos mil seis, así como la Declaración Interpretativa a Favor de las Personas con Discapacidad.
D.O.F. 24-X-2007

Decreto Promulgatorio del Acuerdo entre los Estados Unidos Mexicanos y el Gobierno de los Estados Unidos de América sobre Cooperación en la Administración de Emergencias en Casos de Desastres Naturales y Accidentes, firmado en Puerto Vallarta, México, el veintitrés de octubre de dos mil ocho.
D.O.F. 18-III-2011

Convenio Internacional del trabajo NUM. 19 relativo a la igualdad de trato entre los trabajadores extranjeros y nacionales en materia de indemnización por accidentes de trabajo.
D.O.F. 23-I-1933

Convención Internacional del trabajo (NUM. 87). Relativo a la libertad sindical y la protección al derecho sindical.
D.O.F. 26-I-1950

Convenio Internacional del Trabajo No. 100 relativo a la igualdad de remuneración entre la mano de obra masculina y femenina por un trabajo de igual valor. Conocido como el convenio sobre la igualdad de remuneración.
D.O.F. 26-VI-1952

Convenio (NUM. 111) relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación. Conocido como Convenio sobre la Discriminación (empleo y ocupación).
D.O.F. 3-I-1961

Convenio (159) sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.
D.O.F. 30-XI-2000.

REGLAMENTOS

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 19-I-2004. Última Reforma D.O.F. 10-I-2011.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
D.O.F. 14-V-1986. Última Reforma 24-III-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
D.O.F. 20-II-1985, Última Reforma D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud.
D.O.F. 31-X-1986, Última Reforma D.O.F. 12-XII-2006.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
D.O.F. 06-I-1987, Última Reforma D.O.F. 2-IV-2014.

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.
D.O.F. 21-III-2008, Última Reforma D.O.F. 14-XI-2014.

Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
D.O.F. 28-VI-2006, Última Reforma D.O.F.13-VIII-2015.

Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 21-I-2003, Última Reforma D.O.F. 25-VII-2006.

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
D.O.F. 31-V-2009, Última Reforma D.O.F.9-X-2012.

Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones.
D.O.F. 10-I-2011.

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.
D.O.F. 26-I-1990, Última Reforma D.O.F. 23-XI-2010.

Reglamento para la Prestación del Servicio Social de los Estudiantes de las Instituciones de Educación Superior de la República.
D.O.F. 30-III-1981.

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
D.O.F. 11-VI-2003.

Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 10-X-2002, Última Reforma D.O.F. 03-II-2013.

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.
D.O.F. 20-VIII-2001, Última Reforma 28-VII-2010.

Reglamento de la Ley de Obras Públicas y Servicios Relacionados con las Mismas.
D.O.F. 20-VIII-2001, Última Reforma 28-VII-2010.

Reglamento de Insumos para la Salud.
D.O.F. 04-II-1998, Última Reforma D.O.F. 09-X-2012.

Reglamento para el Transporte Terrestre de Materiales y Residuos Peligrosos.
D.O.F. 07-IV-1993. Última Reforma 20-XI-2012.

Reglamento de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.
D.O.F. 17-X-2003. Última Reforma 04-XII-2006.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
D.O.F. 11-XII-2009.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
D.O.F. 26-III-2014.

Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del cuadro básico y catálogo de insumos del sector salud.
D.O.F. 22-VI-2006. Última Reforma 16-I-2014.

DECRETOS

Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (donde cambia de Secretaría de Salubridad y Asistencia a Secretaría de Salud).
D.O.F. 21-I-1985.

Decreto para realizar la Entrega-Recepción del informe de los asuntos a cargo de los servidores públicos y de los recursos que tengan asignados al momento de separarse de su empleo, cargo o comisión.
D.O.F. 14-IX-2005.

Decreto por el que se establece en favor de los trabajadores al servicio de la Administración Pública Federal que estén sujetos al régimen obligatorio de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, un sistema de ahorro para el retiro.
D.O.F. 27-III-1992. Última Reforma 7-VI-2013.

Decreto por el que se crea el Organismo Descentralizado Hospital General de México.
D.O.F. 11-V-1995. Última Modificación 30-IV-2012

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
D.O.F. 03-VI-1996.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Vacunación.
D.O.F. 05-VII-2001.

Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud.
D.O.F. 24-XII-2002.

Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.
D.O.F. 06-III-1998, Última Reforma 24-XII-2002.

Decreto por el que se crea la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.
D.O.F. 05-VII-2001.
Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia.
D.O.F. 5-I-2005.

Decreto por el que se crea el Órgano Desconcentrado denominado Comisión Nacional de Bioética.
D.O.F. 07-IX-2005.

Decreto por el que se establece el Reconocimiento al Mérito en Enfermería Graciela Arroyo de Cordero, el cual tiene por objeto reconocer y honrar a los profesionales destacados en materia de Enfermería.
D.O.F. 10-IV-2006.

Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Enfermedades Visuales.
D.O.F. 04-III-2005, Última Reforma 22-I-2009.

Decreto por el que se crea el Instituto de Geriatría.
D.O.F. 29-VII-2008.

Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2015.
D.O.F. 3-XII-2014.

Decreto por el que se ordenan diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de influenza estacional epidémica.
D.O.F. 25-IV-2009, Última Reforma 24-IX-2010.

Decreto por el que se expide el Reglamento Interior de la Secretaría de la Función Pública y se reforma el Reglamento del Instituto de Administración y Avalúos de Bienes Nacionales.
D.O.F. 15-IV-2009. Última Reforma 14-V-2012.

Decreto que establece las medidas para el uso eficiente, transparente y eficaz de los recursos públicos, y las acciones de disciplina presupuestaria en el ejercicio del gasto público, así como para la modernización de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 10-XII-2012.

Código Fiscal del Distrito Federal.
G.O.D.F. 29-XII-2009, Última Reforma G.O.D.F. 26-I-2015.

Código Fiscal del Distrito Federal.
G.O.D.F. 29-XII-2009, Última Reforma G.O.D.F. 26-I-2015.

ACUERDOS

Acuerdo por el que se establece el reconocimiento al mérito médico.
D.O.F. 17-X-1995.

Acuerdo que establece los lineamientos y estrategias generales para fomentar el manejo ambiental de los recursos en las oficinas administrativas de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 26-III-1999. Última Reforma 15-III-2001.

Acuerdo por el que se abroga el diverso por el que se crea la Comisión para la Transparencia y el Combate a la Corrupción de la Administración Pública Federal, como una Comisión Intersecretarial de carácter permanente.
D.O.F. 04-XII-2000. Última Reforma 19-XII-2011.

Acuerdo por el que se establece que las Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el Cuadro Básico para el Primer Nivel de atención médica y, para el Segundo y Tercer nivel, el catálogo de insumos.
D.O.F. 24-XII-2002.

Acuerdo de coordinación que celebran la Secretaría de Salud con la participación de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el Gobierno del Distrito Federal, para el ejercicio de facultades en materia de control y fomento sanitarios, así como de Sanidad Internacional.
D.O.F. 16-I-2006.

Acuerdo por el que se abroga el diverso que interpreta el Decreto Presidencial que estableció el uso de las siglas SSA y determina que tanto éstas como su logotipo se sigan utilizando para designar a la Secretaría de Salud, publicado el 22 de febrero de 1985.
D.O.F. 25-III-2004.

Acuerdo número 24, por el que se establecen las normas y lineamientos para la integración y funcionamiento de los Órganos de Gobierno de las Entidades Paraestatales Coordinadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
D.O.F. 30-III-1984.

Acuerdo número 55, por el que se integran patronatos en las unidades hospitalarias de la Secretaría de Salud y se promueve su creación en los institutos nacionales de salud.
D.O.F. 17-III-1986.

Acuerdo número 71, por el que se crea el Sistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud.
D.O.F. 20-IV-1987.

Acuerdo número 88, por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los institutos nacionales de salud.
D.O.F. 17-IV-1990.

Acuerdo número 90, por el que se desconcentran funciones en los órganos administrativos desconcentrados que se indican y se delegan facultades en sus titulares.

D.O.F. 31-V-1990.

Acuerdo número 106, por el que se establece el Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor, con sede en el Hospital General de México.
D.O.F. 19-X-1992.

Acuerdo número 127, por el que se crea el Comité Nacional para Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal.
D.O.F. 02-VIII-1995.

Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
D.O.F. 13-VI-2008.

Acuerdo por el que se delegan en el titular de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y en su Director General de Administración, las funciones y facultades que se indican.
D.O.F. 19-VI-2000.

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e Indicadores de Gestión y Evaluación del Seguro Popular de Salud.
D.O.F. 15-III-2002. Última Modificación 4-VII-2003.

Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversas disposiciones del Acuerdo por el que se designa a la Unidad de Enlace y se integra el Comité de Información de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 28-V-2003. Última Reforma 15-V-2012.

Acuerdo mediante el cual se adscriben orgánicamente las Unidades de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 03-II-2003. Última Reforma 11-III-2010.

Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud.
D.O.F. 25-IX-1996.

Acuerdo por el 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.
D.O.F. 01-XI-2004.

Acuerdo por el se emite el Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil.
D.O.F. 23-X-2006

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.
D.O.F. 12-XI-2004.

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud.
D.O.F. 24-XII-2007.

Acuerdo por el cual se establecen la disposiciones relativas a la vigencia de derechos de las familias con al menos un niño nacido en territorio nacional a partir del 1 de diciembre de 2006 que sean incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, así como a la aplicación de recursos que por concepto de cuota social y aportaciones solidarias efectuarán los gobiernos federal, estatal y del Distrito Federal.

D.O.F. 21-II-2007.

Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica.
D.O.F. 13-VI-2008.

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer los formatos de certificados de defunción y de muerte fetal.
D.O.F. 30-I-2009. Última modificación 06-II-2015.

Acuerdo por el que se adiciona y modifica la relación de especialidades farmacéuticas susceptibles de incorporarse al Catálogo de Medicamentos Genéricos.
D.O.F. 29-VII-2008. Última Reforma 21-II-2012.

Acuerdo por el que se emiten reglas, requisitos y los modelos de contratos para formalizar el otorgamiento de donativos.
D.O.F. 28-VIII-2008.

Acuerdo por el que se deroga el Acuerdo que declara a la influenza humana A H1N1 enfermedad grave de atención prioritaria.
D.O.F. 2-V-2009. Última Reforma 20-VIII-2010
Acuerdo por el que se modifica el diverso por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización de Auditorías, Revisiones y Visitas de Inspección.
D.O.F. 12-VII-2010. Última Reforma 16-VI-2011.

Acuerdo por el que se emite el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Transparencia.
D.O.F. 12-VII-2010. Última Reforma 23-XI-2012.

Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México.
D.O.F. 11-IX-2009.

Acuerdo mediante el cual se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 31-V-2006. Actualización 30-V-2014.

Acuerdo por el que se establece el procedimiento para la recepción y disposición de obsequios, donativos o beneficios en general, que reciban los servidores públicos de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 28-VI-2013.
Acuerdo por el que se expide el Manual de Percepciones de los Servidores Públicos de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 30-V-2014

Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los Servidores Públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la Función Pública y los Lineamientos generales para propiciar las integridad de los Servidores Públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de interés.
D.O.F. 20-VIII-2015.

CIRCULARES Y/U OFICIOS

Oficio mediante el cual se modifica la autorización otorgada a Aseguradora Hidalgo, S.A., para suprimir de la operación de accidentes y enfermedades, el ramo de salud.
D.O.F. 18-VII-2002

Oficio-Circular por el que se da a conocer el Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal.
D.O.F. 31-VII-2002.

Oficio mediante el cual se otorga autorización a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., para que funcione como institución de seguros especializada en seguros de salud.
D.O.F. 04-IX-2003

Oficio mediante el cual se autoriza a Grupo Integral Seguros de Salud, S.A. de C.V., para que funcione como institución de seguros especializada en salud.
D.O.F. 06-X-2003

Oficio-Circular 0062/2013, relativo a la publicación de las Guías Técnicas para la elaboración y actualización de los manuales de organización y de procedimientos específicos de la Secretaría de Salud, 5 de Noviembre del 2013.

Circular relativa a los criterios de administración del Patrimonio Inmobiliario Federal números 01/2013 y 02/2013 emitidos por el Comité del Patrimonio Inmobiliario Federal y Paraestatal en la (4a./13) Cuarta Sesión Ordinaria celebrada el 14 de noviembre de 2013D.O.F. 30-I-2014

NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA1-2010, que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
D.O.F. 26-I-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
D.O.F. 26-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.
D.O.F. 30-V-1994. Modificación D.O.F. 16-VI-2004.

Norma Oficial Mexicana NOM-006- SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis.
D.O.F. 13-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, para quedar como Proyecto de

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2- 2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.
D.O.F. 22-VI-1995. Modificación D.O.F. 05-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
D.O.F. 27-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
D.O.F. 12-IV-2000. Modificación D.O.F. 4-VIII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
D.O.F. 17-I-1995. Modificación D.O.F. 10-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
D.O.F. 04-I-2013.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-013-SSA2-2014, para la prevención y control de enfermedades bucales.
D.O.F. 8-X-2008 Última Modificación D.O.F. 27-XI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
D.O.F. 16-I-1995. Modificación a la norma D.O.F. 31-V-2007.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
D.O.F. 20-X-2009. Modificación D.O.F. 23-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
D.O.F. 19-II-12013.

Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
D.O.F. 02-IX-12013.

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico
D.O.F. 15-X-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
D.O.F. 04-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención tratamiento y control de adicciones.
D.O.F. 21-VIII-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
D.O.F. 31-V-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.
D.O.F. 09-II-2001. Modificación D.O.F. 26-IX-2006.

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
D.O.F. 24-VI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica.
D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos, (sueros) inmunoglobulinas en el humano.
D.O.F. 17-VII-2003. Modificación D.O.F. 28-IX-2012, Aclaratoria D.O.F. 12-X-2012.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-039-SSA2-2014, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
D.O.F. 19-IX-2003 Última Modificación D.O.F. 14-VII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
D.O.F. 30-XI-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
D.O.F. 17-IX-2003. Modificación D.O.F.9-VI-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
D.O.F. 22-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
D.O.F. 20-XI-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención médica.
D.O.F. 16-IV-2009.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-073-SSA1-2014 estabilidad de fármacos y medicamentos, así como remedios herbolarios.
D.O.F. 4-I-2006. Modificación D.O.F. 26-II-2015.

Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
D.O.F. 04-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección Ambiental – Salud Ambiental – Residuos peligrosos biológico – infecciosos – Clasificación y especificaciones de manejo.
D.O.F. 14-IX-2005.

Norma Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002 Salud Ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimiento de diagnóstico médico con rayos “X”.
D.O.F. 15-IX-2006. Modificación D.O.F. 29-XII-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2012, para la práctica de anestesiología.
D.O.F. 10-I-2000. Modificación D.O.F. 23-III-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, para la práctica de la hemodiálisis.
D.O.F. 08-VII-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
D.O.F. 14-IX-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
D.O.F. 08-III-2000. Modificación 16-IV-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
D.O.F. 07-VIII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
D.O.F. 08-III-2000. Modificación 16-IV-2009.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
D.O.F. 17-IX-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
D.O.F. 07-VIII-2012.

Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las caracteristicas mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
D.O.F. 8-I-2013.

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013 Educación en Salud, utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.
D.O.F. 21-XI-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas e instalaciones para su preparación.
D.O.F. 04-III-2011.

Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2010, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las enfermedades transmitidas por vector.
D.O.F. 30-IX-2008. Modificación D.O.F. 16-IV-2014.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2012, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
D.O.F. 07-I-2013.

Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios
D.O.F. 01-III-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-014-STPS-2000, Exposición laboral a presiones ambientales anormales-Condiciones de seguridad e higiene.
D.O.F. 10-IV-2000. Modificación D.O.F. 22-VIII-2000.

Norma Oficial Mexicana NOM-020-STPS-2011, Recipientes sujetos a presión, recipientes criogénicos y generadores de vapor o calderas - Funcionamiento - Condiciones de Seguridad.

D.O.F. 27-XII-2011. Modificación D.O.F. 9-XII-2014.

PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
D.O.F. 20-V-2013.

Programa Sectorial de Salud 2013-2018.
D.O.F. 12-XII-2013.

Programa Nacional para la igualdad de oportunidades y no discriminación contra las mujeres 2013-2018.
D.O.F. 30-VIII-2013.

Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018.
D.O.F. 30-VIII-2013.

Programa Sectorial de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2013-2018.
D.O.F 12-XII-2013.

Programa Institucional del Archivo General de la Nación 2014–2018.
D.O.F 29-V-2014.

DOCUMENTOS NORMATIVOS

Catálogo de medicamentos genéricos. (Sexagésima Tercera Actualización)
D.O.F. 07-XI-2008. Modificación D.O.F. 13-VII-2015.

Edición 2012 del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (Cuarta actualización) 2014.
D.O.F. 18-VIII-2015.

Cuadro Básico y Catálogo de Material de Curación: Segunda actualización, Edición 2014.
D.O.F. 23-II-2015.

Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Auxiliares de Diagnóstico (Tercera actualización).
D.O.F. 27-VIII-2015.

Edición 2014 del Cuadro Básico y Catálogo de Instrumental y Equipo Médico.
D.O.F. 1-VIII-2013. 1a actualización 25-VIII-2015.

Normas para la operación del Registro de Servidores Públicos.
D.O.F. 04-I-2006. Última Reforma 24-IX-2012.

Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de organización específicos de la Secretaría de Salud.
Septiembre, 2013.

Guía Técnica para la elaboración y actualización de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.
Septiembre, 2013.

OTRAS DISPOSICIONES

Lineamientos generales para la organización y conservación de los archivos de las Dependencias y Entidades de la Administración pública Federal.
D.O.F. 20-II-2004.

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en el envío, recepción y trámite de las consultas, informes, resoluciones, criterios, notificaciones y cualquier otra comunicación que establezcan con el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública.
D.O.F. 29-VI-2007

Lineamientos para evaluar la satisfacción del usuario del Sistema de Protección Social en Salud.
D.O.F. 27-IX-2007.

Lineamientos generales para el establecimiento de acciones permanentes que aseguren la integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.
D.O.F. 06-III-2012

Manual de Organización General de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 17-VIII-2012.

Lineamientos Generales para la Administración de Recursos de Terceros destinados a Financiar Proyectos de Investigación en el Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, Noviembre 2012.

Lineamientos de protección de datos personales.
D.O.F. 22-IX-2005. Última Reforma 18-VIII-2015.

Estatuto Orgánico del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D.
Autorización por la Junta de Gobierno del Hospital en Sesión XLIV del 16-VI-2006, Última Reforma 05-III-2015.

Relación de Entidades Paraestatales de la Administración Pública Federal sujetas a la Ley Federal de las Entidades Paraestatales y su Reglamento.
D.O.F. 15-VIII-2008. Última Reforma D.O.F 15-VIII-2014.

Acuerdo por el que se establece el Comité para el seguimiento del desarrollo de la infraestructura física en salud.
14-II-2014.

Acuerdo por el cual se determina el tabulador de becas para internos de pregrado y pasantes que se indican.
15-I-2014.

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica CENETEC.
Sistema Nacional de Salud de México.

Manual de Organización del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.
Autorizado por la Junta de Gobierno del Hospital. 03-XII-2014.

Manual de Procedimientos del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.
Autorizado por la Junta de Gobierno del Hospital. 05-III-2015.

Programa Anual de Trabajo 2015 del Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.
Autorizado por la Junta de Gobierno del Hospital. 05-III-2015.

1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DE PRIMERA VEZ EN LA CONSULTA EXTERNA DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico necesarios para brindar la atención adecuada a los pacientes que acuden por primera vez a la Consulta Externa de Alergía e Inmunología del Hospital General de México."Dr. Eduardo Liceaga" con la finalidad de que ésta sea otorgada de manera adecuada, con calidad y calidez, enfocados a lograr la satisfacción del usuario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, la Direccion Médica supervisa que las Subdirecciones de área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdireccion Médica "B" supervisa que se cumplan los lineamientos, los Servicios que solicitan interconsulta a Alergía e Inmunología, solicitan segundad, opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario y el Servicio de Alergía e Inmunología efectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo este procedimiento tiene alcance para los pacientes referidos de otras instituciones de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Jefe de Servicio en colaboración con los coordinadores de Consulta Externa, Cirugía y Hospitalización del Servicio son responsables de la difusión y vigilancia adecuada para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer a todos los médicos para su conocimiento y el buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital y del propio Servicio, además de verificar que se cumpla con el horario de atención médica para la consulta externa, que será: de 8:00 a 15:00.

3.2 Es responsabilidad del personal administrativo del servicio de Alergía e Inmunología revisar y verificar que el paciente cuente con el carnet de citas, el comprobante de pago y la solicitud de interconsulta (si se requiere) para poder ser atendido en la Consulta Externa de primera vez de Alergía e Inmunología.

3.3 El Personal de Enfermería asignado a la Consulta Externa del Servicio Alergía e Inmunología es el responsable de verificar los datos proporcionados por el paciente, identificándolo a través de una credencial de elector, además de realizar la obtención de dos datos de identificación institucionales (nombre completo y Número de expediente, o fecha de nacimiento si no cuenta con expediente, en los servicios de Urgencias) y de presentarse con él, tomar signos vitales y coadyuvar al médico en la atención del paciente.

3.4 El Jefe de Servicio es responsable de realizar la distribución y establecimiento de un rol de médicos asignados para la consulta externa del Servicio y de los médicos encargados de atender las interconsultas que se soliciten por otros Servicios, mismo que deberá enviar a la Dirección de Área correspondiente con periodicidad mensual.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio supervisar y verificar que el médico tratante de Alergía e Inmunología realice diagnóstico y tratamiento adecuados, además de que, en los casos de pacientes periféricos, se proporcione el seguimiento clínico hasta que suceda una de las siguientes situaciones: el alta definitiva o el traslado al servicio correspondientes, además de supervisar las actividades de los médicos residentes que rotan con él.

3.6 Será responsabilidad del Médico tratante de Alergía e Inmunología valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva, para garantizar que existen niveles de prioridades la misma, de acuerdo a las políticas establecidas. En caso de urgencia, enviará al paciente con su familiar al Servicio de Urgencias Adultos para que sea atendido de manera inmediata, de acuerdo a disponibilidad de recursos (humanos, materiales y de infraestructura), en caso necesario, acompañado de enfermera, camillero y médico residente.

3.7 Es responsabilidad del Médico tratante de Alergía e Inmunología proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas del tratamiento propuesto en un lenguaje claro y sencillo, asegurando la total comprensión por parte del enfermo, y/o su familiar, así como de informar que, por ser un hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico, de enfermería, nutriología, etc) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo supervisión de médicos de base.

3.8 Es responsabilidad del Médico tratante de Alergía e Inmunología que asiste a la Consulta Externa en los turnos matutino y vespertino, realizar una evaluación al paciente con calidad y calidez, de acuerdo a los resultados de laboratorio y gabinete solicitados, establecer un diagnóstico clínico integral, siempre con calidad y calidez, decidir su tratamiento definitivo (conservador o quirúrgico) con apego a las Guías de Práctica Clínica institucionales vigentes, además de extender, en caso necesario la receta médica correspondiente, colocando en el formato proporcionado para ello su nombre completo, el número de cédula profesional y firma.

3.9 El Médico tratante del Servicio de Alergía e Inmunología asignado a la Consulta Externa será responsable de realizar, si considera necesario, las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades para garantizar un diagnostico integral adecuado y el tratamiento que requiera el paciente, a través del formato de interconsulta, con apego al procedimiento “Para la solicitud y realización de interconsultas médicas” difundido por la Dirección General Adjunta Médica.

3.10 Es responsabilidad del Médico tratante de Alergía e Inmunología que acude a proporcionar la consulta, realizar el adecuado llenado del formato electrónico de la “Hoja diaria de Consulta” imprimirla y entregarla al personal administrativo del servicio al término de la jornada con el fin de concentrar los datos y elaborar el reporte de productividad mensual de la Unidad, para enviarlo en tiempo y forma a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.

3.11 El personal de Seguridad del Servicio de Alergía e Inmunología es responsable de controlar la entrada y salida de toda persona ajena al mismo, solicitando una identificación oficial que canjeará por un gafete de visitante, que se deberá portar en sitio visible durante su estancia y deberá entregar a la salida.

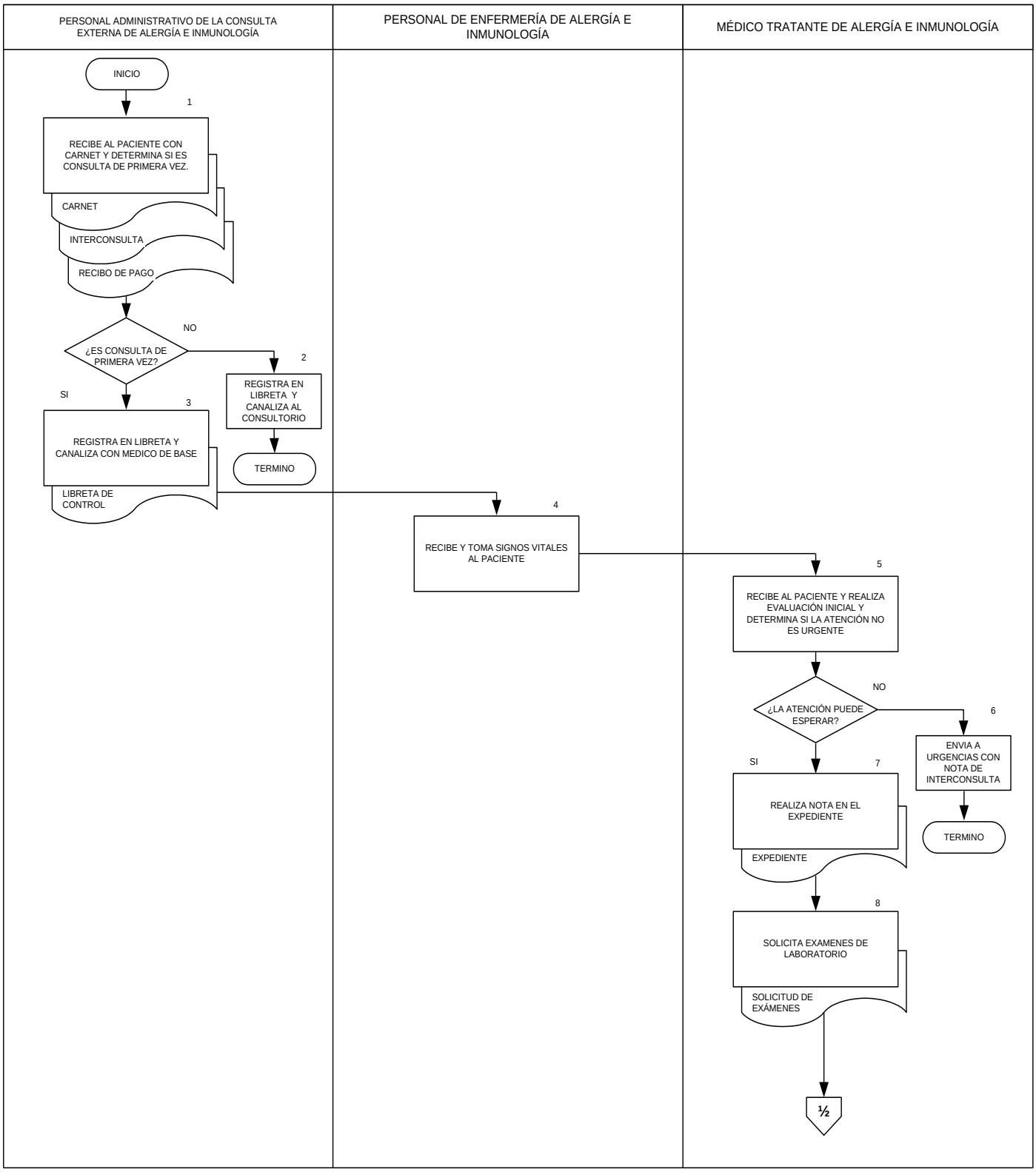
3.12. Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de servicios.

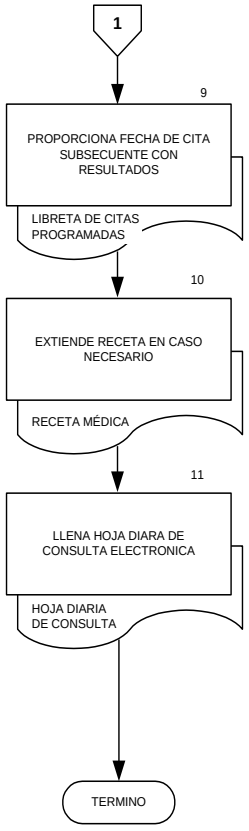
3.13 En caso de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento “Para la identificación y atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables”, difundido por la Dirección General Adjunta Médica.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal administrativo de Consulta Externa de Alergía e Inmunología	1	Recibe al paciente, verifica que cuente con carnet, solicitud de interconsulta, recibo de pago y determina si la consulta es de primera vez. ¿Es consulta de primera vez?	• Carnet. • Recibo Único de Ingresos. • Libreta de control. • Solicitud de interconsulta
	2	No: Registra en la libreta de subsecuentes y del médico tratante y lo canaliza al consultorio correspondiente, termina procedimiento.	
	3	Si: Registra en la libreta de control y lo canaliza con el médico de base de acuerdo a disponibilidad.	
Personal de enfermería de Alergía e Inmunología	4	Recibe e identifica al paciente, se presenta con él, realiza toma signos vitales e informa al médico.	
Médico tratante de Alergía e Inmunología	5	Recibe al paciente, se identifica con él, realiza evaluación inicial del paciente a través de interrogatorio y exploración física.	• Nota de interconsulta • Expediente clínico. • Formatos de exámenes de laboratorio. • Libreta de citas programadas. • Receta médica • Hoja diaria de consulta.
	6	Determina si la atención médica puede esperar (no es urgente). ¿La atención puede esperar?	
	7	NO: Envía a Urgencias con nota de interconsulta y termina el procedimiento.	
	8	SI: Realiza notas en el expediente clínico con apego a la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico.	
	9	Solicita exámenes de laboratorio e imagen para confirmar diagnostico y fotografías clínicas para documentarlo.	
	10	Proporciona fecha para cita subsecuente para evaluar confirmar diagnóstico y establecer tratamiento integral con el apoyo de los resultados de estudios.	
	11	Extiende receta con apego a lineamientos, en caso necesario y solicita estudio fotográfico pertinente.	
	12	Llena hoja diaria de consulta electrónica, la imprime y entrega a personal administrativo de la Consulta externa al terminar la jornada **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PERSONAL ADMINISTRATIVO DE CONSULTA EXTERNA DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA	PERSONAL DE ENFERMERÍA ALERGÍA E INMUNOLOGÍA	MÉDICO TRATANTE DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.3 Manual de Organización de Alergía e Inmunología	No Aplica
6.4 NOM-004–SSA3-2012 Del expediente clínico	No Aplica
6.5 Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Alergía e Inmunología	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Libreta de control de citas de 1ª vez	5 Años	Personal Administrativo del Servicio	No Aplica
7.2 Hoja diaria de consulta	5 Años	Archivo	No Aplica
7.3 Expediente clínico	5 Años	Archivo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consulta médica: La atención que imparten los médicos a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y de las especialidades: puede ser de primera vez o subsecuente.

8.2 Exploración clínica.- Conjunto de maniobras propedéuticas encaminadas a establecer un diagnóstico.

8.3 Historia Clínica.- Documento que elabora el médico consta de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento, se apega a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012.

8.4 Signos vitales.- Variables clínica que pueden medirse cualitativa y cuantitativamente, incluyen la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

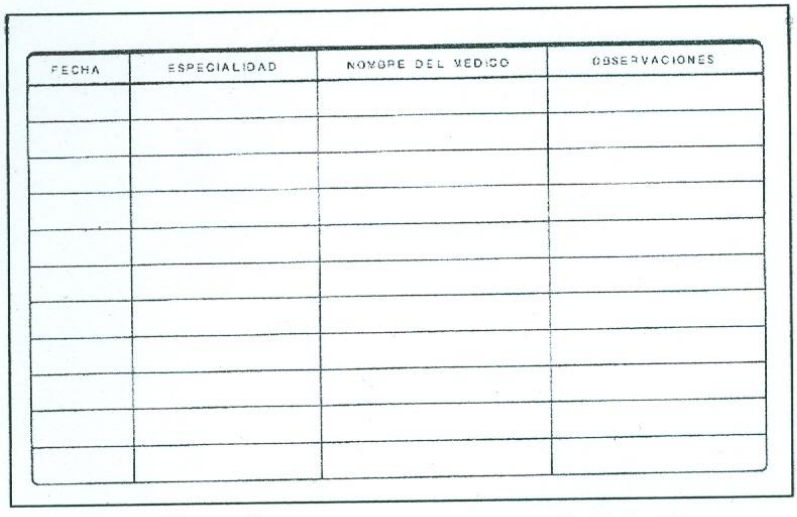
Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet.
10.2 Comprobante de pago (RUI).
10.3 Solicitud de interconsulta.
10.4 Historia clínica.
10.5 Hoja diaria de Consulta.
10.6 Formatos de solicitud de exámenes de laboratorio.
10.7 Receta médica.

10.1 Carnet

CARNET DE CONSULTA



10.2 Comprobante de Pago

http://192.168.0.25/intranet/lineadecaptura/principal.php

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

FECHA Y HORA DE EMISIÓN
16/01/2014 12:45:39 PM

ORDEN DE PAGO

ORDEN No.
212896 4

ECU: 1847751 NOMBRE: LUNA VELAZQUEZ GUILLERMO
GENERA: MARTINEZ VELEZ FLAVIO ALEJANDRO
NSE: E UNIDAD: ADMISION GENERAL 401
NSE ORDEN: E TIPO PROGRAMA: SIN PROGRAMA

SERV.	DESCRIPCION	CANT./ DOSIS	P.UNI.	SUBTOTAL
510-001	BIOMETRIA HEMATICA	1	24.0000	24.0000
512-010	FOSFORO	1	15.0000	15.0000
512-040	CALCIO	1	15.0000	15.0000
512-041	CLORO	1	15.0000	15.0000
512-042	POTASIO	1	15.0000	15.0000
512-043	SODIO	1	15.0000	15.0000
512-044	GLUCOSA	1	15.0000	15.0000
512-045	UREA	1	15.0000	15.0000
512-046	CREATININA	1	15.0000	15.0000
526-020	TIEMPO DE PROTOMBINA	1	29.0000	29.0000
526-021	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ACTIVADA	1	29.0000	29.0000
526-022	TIEMPO DE TROMBINA	1	29.0000	29.0000
			TOTAL A PAGAR:	**$231.00**

Si prefiere puede realizar el pago de esta orden en cualquier sucursal Banamex

Línea de captura:
B:38540100021289648123

Impresa por: FLAVIO ALEJANDRO MARTINEZ VELEZ

Banamex

BANCO NACIONAL DE MEXICO S.A.
CORRESPONSAL BANAMEX AQUI
COMPROBANTE DE PAGO DE SERVICIOS Y COBRANZA

16/01/2014 13:04:10 ID: 4893
LINEA DE CAPTURA: 385401000021289648123 $231.00
NUMERO Y NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:
385401 HOSPITAL GRAL DE MEX
IMPORTE: **** $231.00
PAGO REALIZADO POR LA CANTIDAD DE:
(DOSCIENTOS TREINTA Y UN PESOS 00/100 M.N.)
COMISION COBRADA: $0.00
IVA: $0.00
IMPORTE TOTAL: $231.00

FORMA DE PAGO
EFECTIVO: $231.00

AUTORIZACION: 128748
PAGINA 1 de 3

FOLIO: 389899115039
NUMERO Y NOMBRE DEL NEGOCIO BANAMEX AQUI:
97490959018 HOSPITAL GENERAL LABORATORIO - EGLOBAL
NUMERO DE OPERADOR: 5
PLAZA GEOGRAFICA: CENTRO MEDICO SIGLO XXI, DISTRITO FEDERAL
DOMICILIO: DR. BALMIS 148

Unidad Especializada Banamex
Ciudad de México 12 26 26 39 y 22 62 63 91
Guadalajara y Monterrey 22 62 63 91
Otras Ciudades 01 800 021 2345
Correo electrónico:

CONDUSEF
Centro de Atención Telefónica
D.F. y zona Metropolitana 53400999
www.condusef.gob.mx

Esta Operación está siendo grabada a nombre y por cuenta de Banco Nacional de México, S.A. Integrante del Grupo Financiero Banamex.
AUT-347 A/C 01-800

10.3 Solicitud de interconsulta.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
SOLICITUD DE INTERCONSULTA

AL SERVICIO: _____ NO. DE EXPEDIENTE _____

NOMBRE DEL ENFERMO _____
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

DEL SERVICIO _____ UNIDAD _____ CAMA ____ FECHA Y HORA _____/_____/_____

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA :

_____
_____
_____
_____
_____

MEDICO SOLICITANTE:

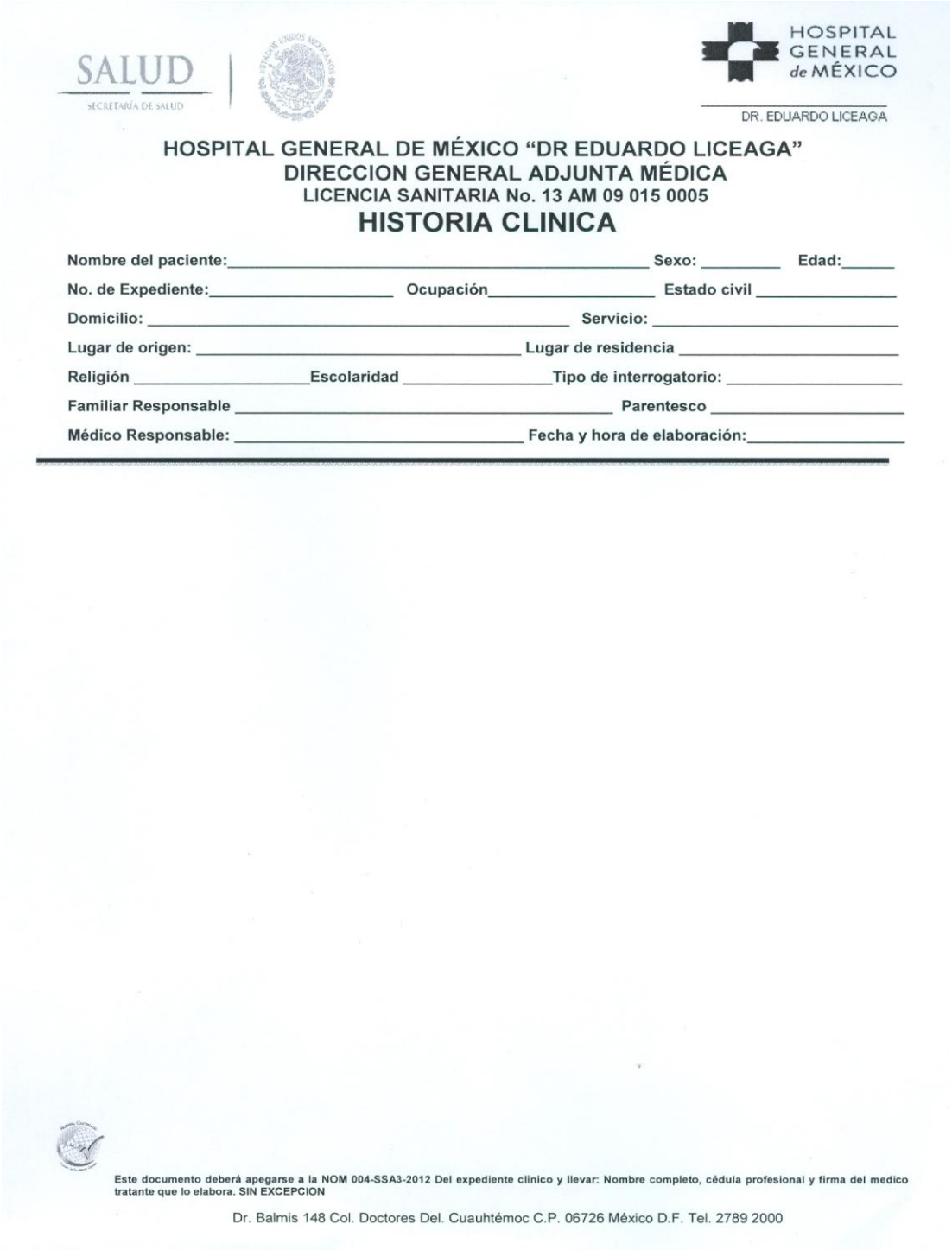
RECIBIDO POR _____
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

FECHA Y HORA _____/_____/_____

_____
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

10.4 Historia clínica.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

HISTORIA CLINICA

Nombre del paciente:_____ **Sexo:** _____ **Edad:**_____

No. de Expediente:_____ **Ocupación**_____ **Estado civil** _____

Domicilio: _____ **Servicio:** _____

Lugar de origen: _____ **Lugar de residencia** _____

Religión _____**Escolaridad** _____**Tipo de interrogatorio:** _____

Familiar Responsable _____ **Parentesco** _____

Médico Responsable: _____ **Fecha y hora de elaboración:**_____

Este documento deberá apegarse a la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico y llevar: Nombre completo, cédula profesional y firma del medico tratante que lo elabora. SIN EXCEPCION

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

10.5 Hoja diaria de consulta

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
HOJA DIARIA DE LA CONSULTA DE ESPECIALIDADES

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

FECHA: DÍA MES AÑO

SERVICIO:		CLÍNICA:				NOMBRE DEL MÉDICO:														CÉDULA PROFESIONAL:							
No.	No. DE ECU	EDAD		PRIMERA VEZ	SUBSECUENTE	ENTIDAD FEDERATIVA	PROGRAMA			DETECCIONES										CÓDIGO CIE-10	DERECHOHABIENTE				DADO DE ALTA A:	
		MASCULINO	FEMENINO				ENF. TRANSMISIBLES	ENF. CRONICODEGENERATIVAS	OTRAS ENFERMEDADES	CÁNCER CERVICOUTERINO	CÁNCER DE MAMA	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	OBESIDAD	AGUDEZA VISUAL	OSTEOPOROSIS	TUBERCULOSIS	SIFILIS		IMSS	ISSSTE	SEGURO POPULAR	OTRAS	DOMICILIO	SERVICIO MÉDICO DE REFERENCIA
							DIAGNOSTICO																				
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		
							1	2	3																		

Dr. Balmis No.148, Col. Doctores, Delegacion Cuauhtemoc. Mexico, D.F. C.P. 06726 Tel. 27 89 20 00

10.6 Formatos de solicitud de exámenes de laboratorio.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

INMUNOLOGIA I
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA — **EDAD:** 41 AÑOS — **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO — **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS — **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 — **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

AUTOINMUNIDAD	NEFELOMETRÍA	MANUALES
☑ 521-074 AC. ANTINUCLEARES INMUNOFLUORESCENCIA	☐ 521-024 FACTOR REUMATOIDE	☐ 521-034 V.D.R.L.
☐ 521-075 ANTICUERPOS CONTRA EL ÁCIDO DESOXIRRIBONUCLEICO (ANTI DNA)	☐ 521-015 ANTIESTREPTOLISINAS	☐ 521-069 REACCIONES FEBRILES
☐ 521-076 ANTICUERPOS ANTI SMITH (Sm)	☐ 521-031 PROTEÍNA C REACTIVA	☐ 521-076 PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA
☐ 521-077 ANTICUERPOS RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	☐ 521-025 INMUNOLOBULINA A	☐ 521-071 CITOLOGÍA NASAL
☐ 521-078 ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENOS CITOPLASMICOS SS-A(ro)	☐ 521-026 INMUNOLOBULINA G	☐ 522-041 ESPERMATOBIOSCOPÍA
☐ 521-079 ANTICUERPOS CONTRA ANTÍGENOS CITOPLASMICOS SS-B(la)	☐ 521-027 INMUNOLOBULINA M	
☐ 521-080 ANTICUERPO ANTI Scl 70(Scl-70)	☐ 521-060 IgE TOTAL	
☐ 521-081 ANTICUERPOS CONTRA LA HISTIDIL ARN SINTETASA (Jo-1)	☐ 521-018 C3 (COMPLEMENTO)	
☐ 521-082 ANTICARDIOLIPINAS IgG	☐ 521-019 C4 (COMPLEMENTO)	
☐ 521-083 ANTICARDIOLIPINAS IgM	☐ 521-072 BETA 2 MICROGLOBULINA	
☐ 521-084 ANTICARDIOLIPINAS IgA	☐ 521-061 PROTEÍNA BENCE JONES EN SUERO U ORINA (KAPPA)	
☐ 521-085 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILO(P-anca MPO)	☐ 521-062 PROTEÍNA BENCE JONES EN SUERO U ORINA (LAMDA)	
☐ 521-086 ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTROFILO(C-anca PR3)		

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

PARASITOLOGIA
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA — **EDAD:** 41 AÑOS — **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO — **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS — **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 — **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- ☑ **517-001 AMIBA EN FRASCO (PLATINA CALIENTE)**
- ☐ 517-003 COPROPARASITOSCÓPICO EN SERIE DE TRES
- ☐ 517-005 CITOLOGÍA DE MOCO FECAL
- ☐ 517-007 RASPADO PERIANAL (TECNICA DE GRAHAM)
- ☐ 517-020 INVESTIGACÍON DE SEGMEN PARÁSITOS ADULTOS POR TAMIZADOS DE HECES
- ☐ 517-021 INVESTIGACÍON DE SANGRE OCULTA
- ☐ 517-022 COPROLÓGICO
- ☐ 517-023 INVESTIGACIÓN DE PARÁSITOS EMERGENTES POR TÉCNICA DE KIN YOUN

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

BIOQUIMICA CLINICA I
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- [x] 512-044 GLUCOSA
- [ ] 512-045 UREA
- [ ] 512-046 CREATININA
- [ ] 512-047 ÁCIDO ÚRICO
- [ ] 512-008 COLESTEROL TOTAL
- [ ] 512-029 TRIGLICÉRIDOS
- [ ] 513-002 LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD HDL
- [ ] 513-003 LIPOPROTEÍNAS DE BAJA DENSIDAD LDL
- [ ] 512-003 BILIRRUBINA DIRECTA E INDIRECTA
- [ ] 512-065 BILIRRUBINA TOTAL
- [ ] 512-030 PROTEÍNAS TOTALES
- [ ] 512-048 ALBÚMINA
- [ ] 512-056 AMINO TRANSFERASA ALANINA (TGP) ALT
- [ ] 512-057 AMINO TRANSFERASA DE ASPARTATO (TGO) AST
- [ ] 512-062 FOSFATASA ALCALINA
- [ ] 512-063 GAMMAGLUTAMIL TRANSFERASA
- [ ] 512-060 DESHIDROGENASA LÁCTICA DHL
- [ ] 512-055 AMILASA
- [ ] 512-064 LIPASA
- [ ] 512-058 CREATINIFOSFOQUINASA EN SANGRE (CPK)
- [ ] 512-059 CREATIN-KINASA ISOENZIMA MB
- [ ] 512-043 SODIO
- [ ] 512-042 POTASIO
- [ ] 512-041 CLORO
- [ ] 512-040 CALCIO
- [ ] 512-010 FÓSFORO
- [ ] 512-033 MAGNESIO
- [ ] 512-014 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA
- [ ] 512-012 GLUCOSA POSTPRANDIAL 2 HRS
- [ ] 512-019 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA 2 HRS
- [ ] 512-052 CURVA PARA PACIENTE EMBARAZADA
- [ ] 512-053 CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA PEDIÁTRICA
- [ ] 512-051 TAMIZ GINECOLÓGICO

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HEMATOLOGIA
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- [x] **510-001 BIOMETRÍA**
- [ ] 510-018 VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
- [ ] 510-009 HEMATOZOARIO DE LAVERAN
- [ ] 510-014 RETICULOCITOS
- [ ] 510-017 CÉLULAS L.E.
- [ ] 537-029 INVESTIGACIÓN DE ANTICUERPOS INMUNES COOMBS DIRECTOS
- [ ] 510-016 GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

BIOQUIMICA CLINICA II
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

☑ **511-001 AC. ÚRICO EN ORINA**	☐ 521-050 ÁCIDO VALPROICO
☐ 511-003 ALBUMINURIA DE 24 HRS.	☐ 521-051 CARBAMACEPINA
☐ 511-004 AMILASA EN ORINA	☐ 521-052 DIGOXINA
☐ 511-007 CREATININA EN ORINA	☐ 511-053 DIFENIL HIDANTOINA
☐ 511-015 NITRÓGENO UREICO EN ORINA	☐ 511-054 FENOBARBITAL
☐ 511-020 CALCIO DE ORINA	☐ 511-055 TEOFILINA
☐ 511-021 CLORO EN ORINA	
☐ 511-022 POTASIO EN ORINA	
☐ 511-023 SODIO EN ORINA	
☐ 511-024 PROTEÍNAS EN ORINA DE 24 HRS	
☐ 511-014 DEPURACIÓN DE CREATININA/FILTRADO GLOMERULAR	

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

VIROLOGIA II
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

PERFIL HEPATITIS	**PERFIL HIV**
☑ **539-032 HBs Ag TOT CONFIRMATORIA**	☐ 539-064 CONFIRMATORIA HIV 1/2 (WESTERN BLOT)
☐ 539-015 ANTICUERPOS CONTRA VHC CONFIRMATORIA	

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

INMUNOLOGIA II
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

LIQUIDOS BIOLOGICOS

- [x] 521-063 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. CEFALORRAQUÍDEO
- [ ] 521-064 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. SINOVIAL
- [ ] 521-065 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. PLEURAL
- [ ] 521-066 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. ASCITIS O PERITONEAL
- [ ] 521-067 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. DE DIÁLISIS
- [ ] 521-068 ESTUDIO CITOLÓGICO Y CITOQUÍMICO DE LIQ. PERICÁRDICO

HORMONAS

- [ ] 520-010 HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (F.S.H)
- [ ] 520-013 HORMONA LUTEINIZANTE(L.H)
- [ ] 520-016 PROLACTINA
- [ ] 520-003 ESTRADIOL
- [ ] 520-030 PROGESTERONA
- [ ] 520-045 TESTOSTERONA
- [ ] 520-040 HORMONA ESTIMULANTE DE TIROIDES (T.S.H.)
- [ ] 520-041 TRIYODOTIRONINA(T3 TOTAL)
- [ ] 520-042 TRIYODOTIRONONINA LIBRE(T3 LIBRE)
- [ ] 520-043 TETRAYODOTIRONINA (T4 TOTAL)
- [ ] 520-044 TETRAYODOTIRONINA LIBRE(T4 LIBRE)
- [ ] 520-046 TUP TAKE

MARCADORES TUMORALES

- [ ] 521-010 ANTÍGENO CA 125
- [ ] 521-011 ANTÍGENO CA 15,3
- [ ] 521-056 ANTÍGENO CA 19,9
- [ ] 521-002 ALFAFETOPROTEÍNA
- [ ] 521-016 ANTÍGENO CARCINOEMBRIONARIO
- [ ] 521-017 ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECIFICO
- [ ] 521-058 ANTÍGENO PROSTÁTICO LIBRE
- [ ] 520-004 FRACCIÓN BETA DE LA HCG
- [ ] 521-057 TROPONINA I
- [ ] 521-059 MIOGLOBINA

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D. "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

HEMATOLOGIA ESPECIAL
NO. SOLICITUD 8757
SIN VALIDEZ OFICIAL

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

- [x] 537-003 ANTITROMBINA III FUNCIONAL
- [ ] 537-006 FACTOR II
- [ ] 537-007 FACTOR IX
- [ ] 537-008 FACTOR V
- [ ] 537-009 FACTOR VIII
- [ ] 537-010 FACTOR XIII
- [ ] 537-013 LISIS DE EUGLOBULINAS
- [ ] 537-019 PROD. DEGRADACION FIBRONOG/FIBRINA
- [ ] 537-020 RESISTENCIA A LA PROTEÍNA "C" ACTIVADA
- [ ] 537-021 PROTEINA "C"(INHIBIDOR)
- [ ] 537-011 CITOQUÍMICA EN LEUCEMIAS
- [ ] 537-022 PROTEINA "S" ANTIGÉNICA
- [ ] 537-025 TIEMPO DE REPTILASA
- [ ] 537-026 TIEMPO DE SANGRADO(M.DUKE)
- [ ] 537-027 FACTOR VON WILLEBRAD ANTIGÉNICO
- [ ] 537-028 ESTUDIO DE LA MÉDULA ÓSEA
- [ ] 537-030 ANTICUERPOS ANTIPLAQUETAS
- [ ] 537-040 FACTOR VII
- [ ] 537-041 FACTOR X
- [ ] 537-042 FACTOR XI
- [ ] 537-043 FACTOR XII
- [ ] 537-044 FACTOR V DE LEIDEN
- [ ] 537-045 ANTICOAGULANTE LÚPICO (SCREENING)
- [ ] 537-046 ANTICOAGULANTE LÚPICO (CONFIRMATORIO)
- [ ] 537-047 HEPARINA
- [ ] 537-048 ALFA 2 ANTIPLASMINA
- [ ] 537-049 PAI(INHIBIDOR DEL ACTIVADOR DE PLASMINÓGENO)
- [ ] 537-050 DD(DÍMEROS D)
- [ ] 537-051 PLASMINÓGENO
- [ ] 526-003 RETRACCIÓN DEL COÁGULO
- [ ] 537-052 PRUEBA DE HAM
- [ ] 537-053 PRUEBA DE SUCROSA
- [ ] 537-054 PRUEBA DE INULINA
- [ ] 537-055 PRUEBA DE FRAGILIDAD OSMÓTICA DE LOS ERITROCITOS

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA -

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

DIRECCIÓN DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

NEUMOLOGIA
NO. SOLICITUD 8757
LICENCIA SANITARIA 20060376339

NOMBRE DEL PACIENTE: RODRIGUEZ PACHECO ROSA ISELA **EDAD:** 41 AÑOS **SEXO:** FEMENINO
TIPO DE PACIENTE: EXTERNO **NÚMERO DE EXPEDIENTE:** 1111111
SERVICIO QUE SOLICITA: SUBDIRECCION DE SISTEMAS ADMINISTRATIVOS **FECHA DE SOLICITUD:** 20-ENE-14 **HORA:** 13:49:50
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: PRUEBAS LABORATORIO

DOMICILIO:5 DE MAYO N 3 INT 52 COL EJERCITO DE AGUA PRIETA
TELEFONO:26-92-66-49

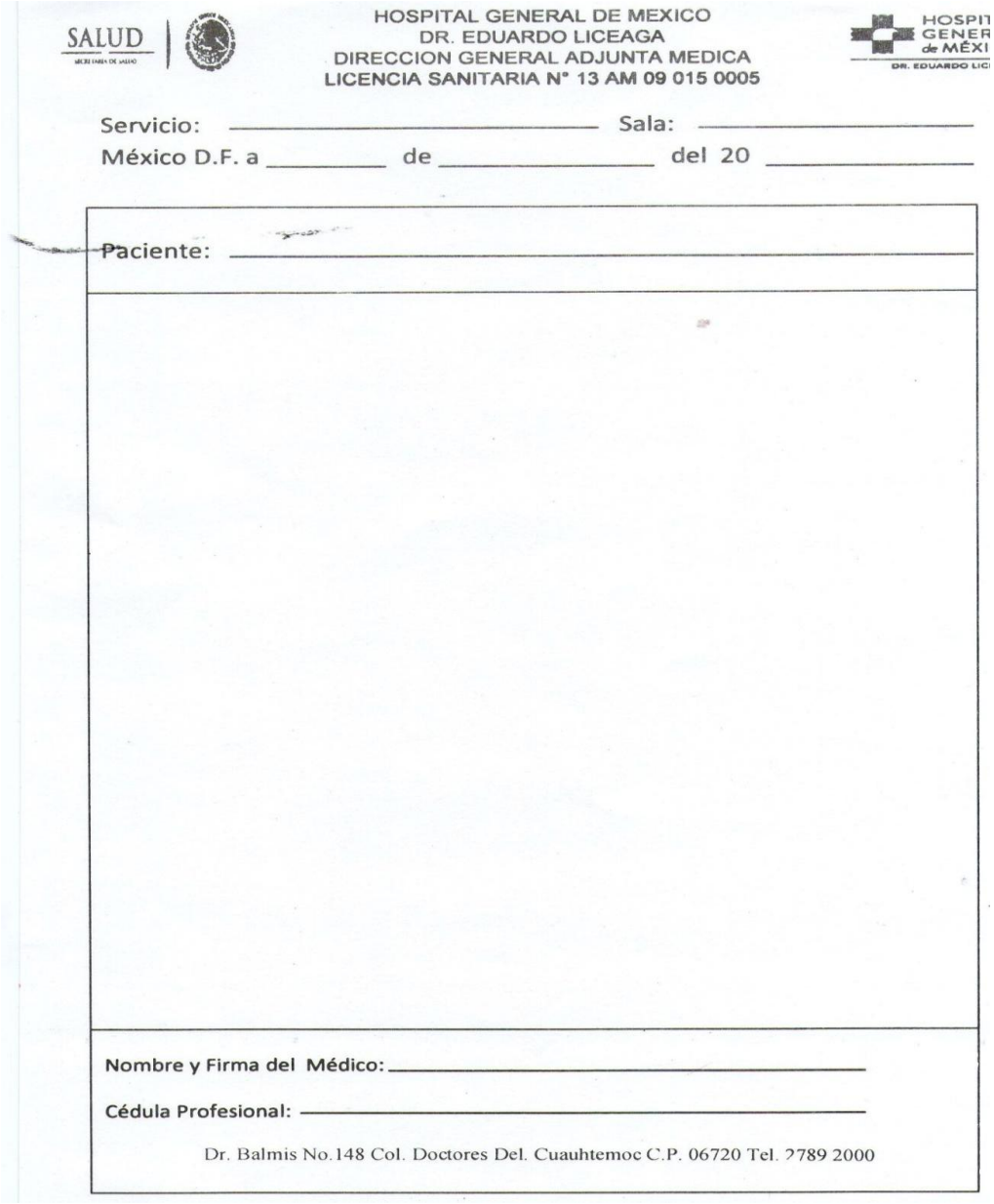
MUESTRA:

- [x] 522-031 CULTIVO E IDENTIFICACIÓN PARA MICOBACTERIAS
- [ ] 522-032 PATRON DE SENSIBILIDAD PARA MICOBACTERIAS
- [ ] 522-033 ADENOSINA DESAMINASA (ADA)
- [ ] BARR EN TRES MUESTRAS

Nombre, Firma y Cédula Profesional del Médico

MÉD. ESLAVA PACHECO VERONICA
CÉDULA-

10.7 Receta médica.



SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

Servicio: _____ Sala: _____

México D.F. a _____ de _____ del 20 _____

Paciente: _____

Nombre y Firma del Médico: _____

Cédula Profesional: _____

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores Del. Cuauhtemoc C.P. 06720 Tel. 2789 2000

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CITADO PARA PRUEBAS CUTÁNEAS Y REVISIÓN DE EXPEDIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Probar la reactividad cutánea del paciente a alérgenos (previa historia clínica y estudios de laboratorio) que demuestren eosinofilia en secreciones, en biometría hemática, niveles elevados de IgE. (Sustancias capaces de causar reacción inmediata o alérgica) o a antígenos que dan reacción tardía (para demostrar respuesta inmune celular).

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Servicio de Alergia e Inmunología, proporciona atención al paciente en la ralización de pruebas cutáneas, los Servicios de Pediatría, Cirugía General y otros Servicios del Hospital, solicitan la interconsulta requerida de los pacientes que requieren este procedimiento.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El paciente ambulatorio programado para pruebas cutáneas acudirá a su cita según la hora programada en su carnet, con su comprobante de pago, acompañado de un familiar preferentemente adulto y en las condiciones que se le hayan señalado por escrito.

3.2 Si el paciente con solicitud de pruebas con antígenos de reacción tardía, (inmunidad celular) está hospitalizado, los técnicos del laboratorio del Servicio de Alergia e Inmunología acudirán hasta su cama y ahí aplicarán los antígenos de prueba PPD. Candidina, SK/SD, histoplasmina y testigo. Dos días después 48 a 72 hs. harán la lectura en mm., de la reacción de eritema e induración.

3.3 El expediente del paciente programado para pruebas cutáneas con alérgenos, deberá contar con hoja de consentimiento informado. En el caso de niños que sean enviados del Servicio de Pediatría, la solicitud del procedimiento deberá señalar que el paciente cuenta con ese requisito, la responsabilidad de su obtención corresponde a su médico tratante.

3.4 El incumplimiento de las condiciones señaladas en los puntos 1 y 2, puede justificar la cancelación del procedimiento, sobre todo cuando la técnica de las pruebas sea intradérmica.

3.5 La edad mínima para aplicar es de 2 años en general, sin embargo en casos justificados se podrán efectuar las pruebas a edades menores.

3.6 Las pruebas cutáneas con alérgenos, por rutina se efectuarán por la técnica de punción percutánea (prick) y por excepción en casos justificados se realizarán por la técnica intradérmica a petición del médico tratante y bajo su responsabilidad.

3.7 La lectura de las pruebas la realizará la enfermera, técnico o médico que efectuó el procedimiento, preferentemente el médico tratante o el médico residente.

3.8 El paciente deberá permanecer en el Servicio de Alergia e Inmunología, una hora después de terminado el procedimiento, aprovechando el tiempo disponible para concluir la revisión de su expediente y la programación de cita para consulta subsecuente.

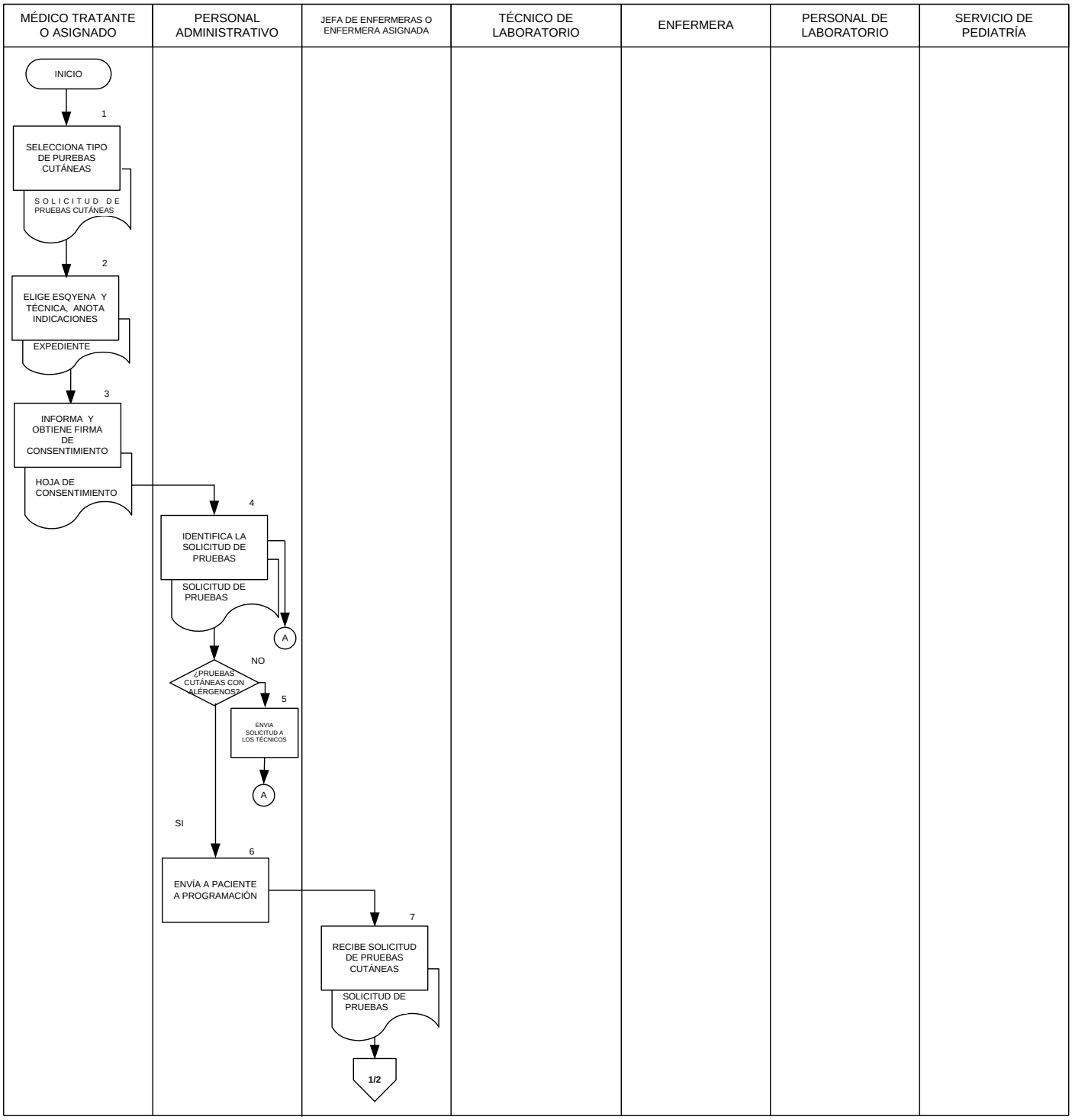
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

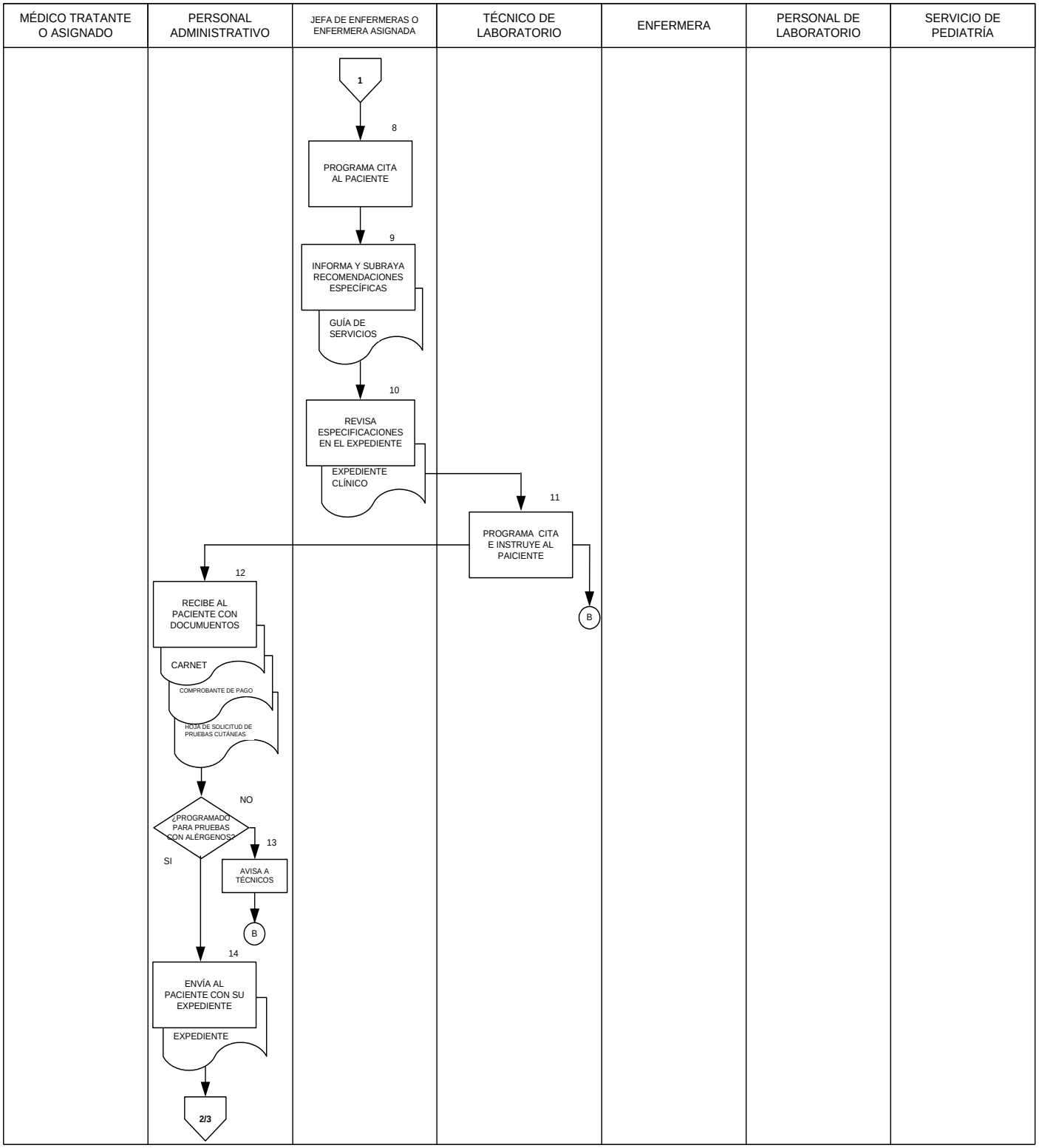
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Tratante o asignado	1	Selecciona el tipo de pruebas cutáneas: con alérgenos y/ o con antígenos de reacción tardía.	• Solicitud de pruebas cutáneas • Hoja de consentimiento informado • Expediente
	2	Elige esquema y técnica, si es procedimiento especial o con medicamentos y anota las indicaciones precisas en el expediente.	
	3	Informa y obtiene firma de consentimiento informado del paciente si son pruebas cutáneas con alérgenos.	
Personal Administrativo	4	Identifica si la solicitud es de pruebas cutáneas con alérgenos. ¿Es de pruebas cutáneas con alérgenos?	• Solicitud de pruebas cutáneas
	5	No: Envía la solicitud a los técnicos de Laboratorio y regresa a la actividad 4.	
	6	Si: Envía al paciente a programación con jefe de enfermeras.	
Jefe de Enfermeras o Enfermera asignada	7	Recibe solicitud de pruebas cutáneas. La solicitud proveniente del Servicio de Pediatría deberá señalar que cuenta con el consentimiento informado	• Guía de servicios • Expediente Clínico • Solicitud de pruebas cutáneas
	8	Programa cita al paciente, de acuerdo a edad, sexo, tipo, esquema y prioridad de la solicitud.	
	9	Informa y subraya las recomendaciones que aplican, especificadas en la Guía de servicios del Servicio de Alergia e Inmunología o en la solicitud.	
	10	Revisa que el expediente clínico contenga las especificaciones precisas del procedimiento si son pruebas con medicamentos.	
Técnico de Laboratorio	11	Programa cita e instruye al paciente ambulatorio y programa la aplicación de las pruebas en el Servicio en que esté hospitalizado el paciente.	
Personal Administrativo	12	Recibe al paciente con carnet, comprobante de pago y solicitud de pruebas cutáneas y confirma que el paciente esté programado para pruebas cutáneas con alérgenos.	

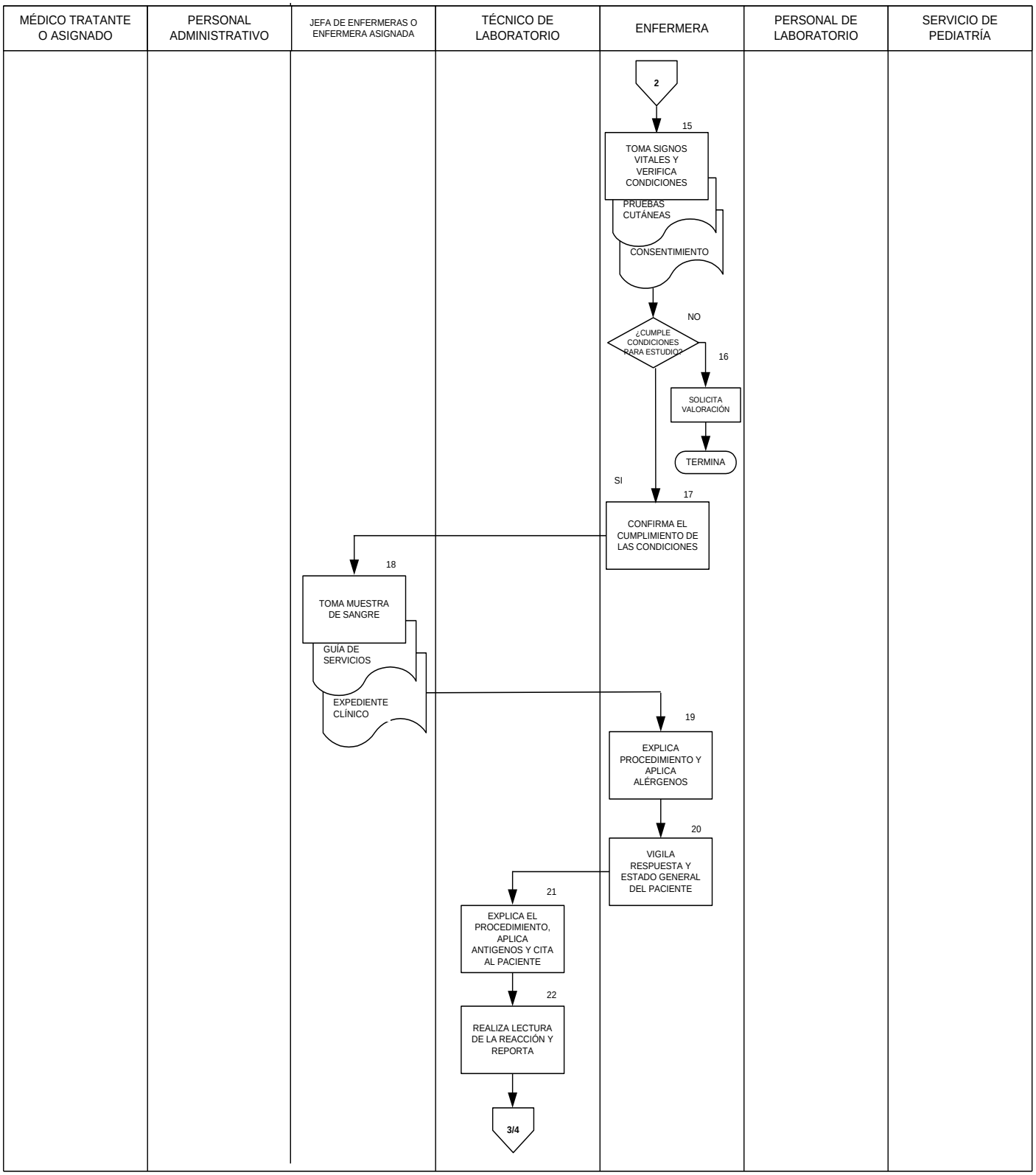
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	 13 14	¿Está programado para pruebas cutáneas con alérgenos? No: Avisa a Técnicos de Laboratorio y regresa a la actividad 11. Si: Envía o lleva al paciente y su expediente al área de diagnóstico y tratamiento.	• Carnet • Comprobante de pago • Hoja de Solicitud de pruebas cutáneas • Expediente
Enfermera	15 16 17	Toma signos vitales y verifica el cumplimiento de las condiciones para el estudio, incluyendo consentimiento firmado por el paciente. ¿Cumple con las condiciones para el estudio? No: Solicita valoración médica para la continuación o cancelación y termina el procedimiento. Si: Confirma el cumplimiento de las condiciones del estudio.	• Solicitud de pruebas cutáneas • Consentimiento infomado
Personal de laboratorio	18	Toma muestra de sangre para protocolos de asistencia o investigación, cuando lo consiente y lo requiere el paciente.	• Guía de servicios • Expediente Clínico
Enfermera	19 20	Explica el procedimiento y aplica los alérgenos según el esquema, técnica y edad del paciente. Vigila la respuesta local y el estado general del paciente puede llevar al paciente con el médico tratante para la lectura de la reacción.	
Técnico de laboratorio	21 22	Explica el procedimiento, aplica los antígenos y cita al paciente a las 72 horas. Realiza la lectura de la reacción y la reporta, con lo cual termina la atención al paciente.	
Enfermera	23 24 25	Efectúa la lectura a los 15 minutos, según los criterios establecidos y técnica realizada y llena la hoja de resultados de pruebas cutáneas Mantiene vigilancia sobre el paciente una hora antes de que el paciente se retire. Anota observaciones en hoja de resultados de las pruebas cutáneas, la anexa al expediente clínico y envía al laboratorio archiva solicitudes de pruebas atendidas y entrega comprobantes de pago en el archivo	• Hoja de resultados de pruebas cutáneas • Expediente • Solicitudes • Comprobantes de pago

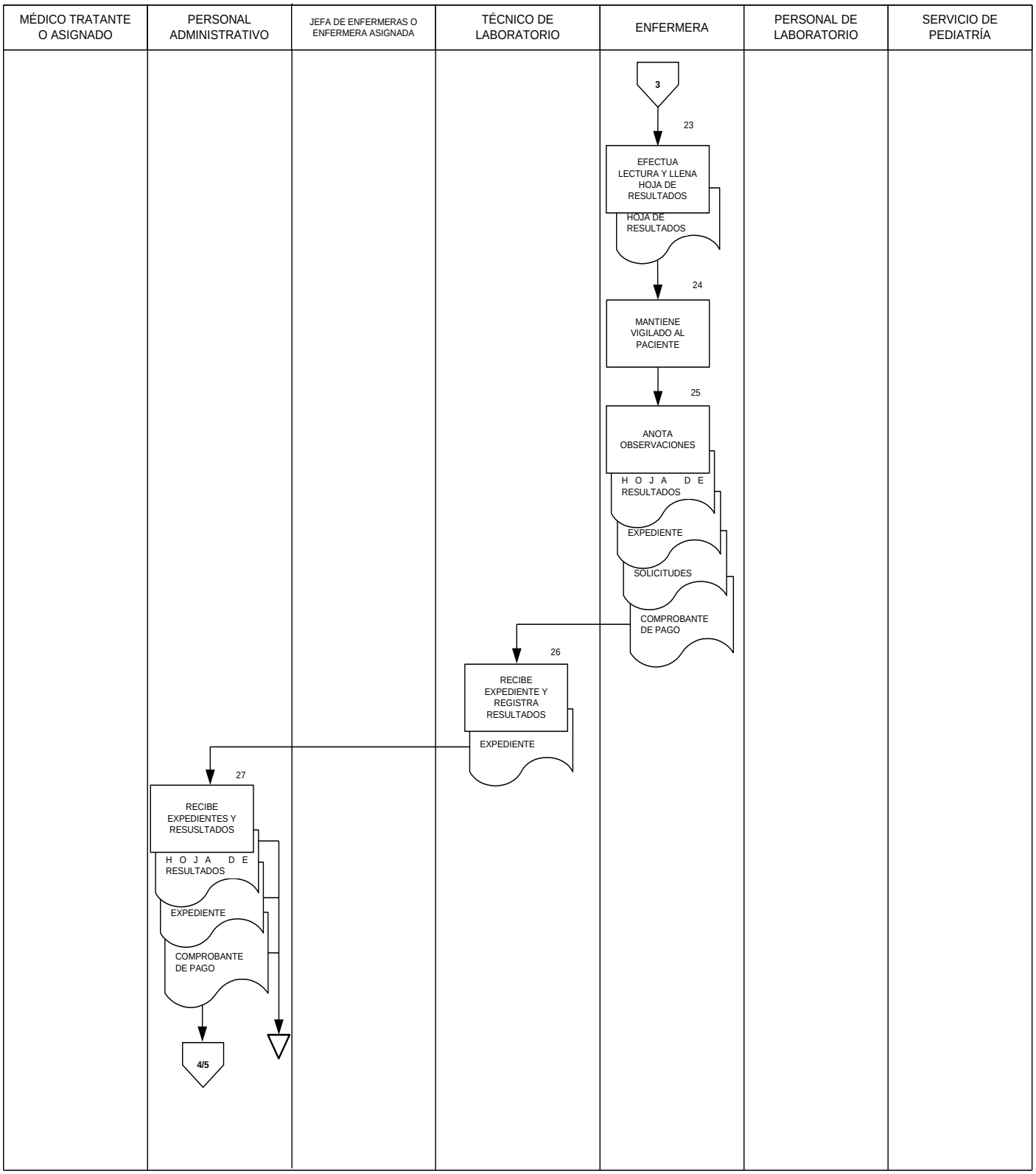
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de laboratorio	26	Recibe expediente o las hojas de resultados de las pruebas cutáneas, los registra en la base de datos y regresa los documentos al archivo	• Expediente
Personal Administrativo	27 28	Recibe expedientes, hojas de resultados y comprobantes de pago de pruebas cutáneas archiva expedientes y hojas de resultados. Captura la información anotada en los comprobantes de pago y entrega las hojas de resultados de pruebas cutáneas a empleado del Servicio de Pediatría.	• Expediente • Hoja de Resultado de Pruebas cutáneas • Comprobantes de pago
Servicio de Pediatrìa	29 30 31 32	Recibe al paciente que terminó el estudio de pruebas cutáneas y solicita programación de cita. Revisa si el expediente del paciente tiene integrados los estudios solicitados. ¿El expediente contiene los estudios requeridos? No: orienta al paciente para que él mismo consiga los reportes en el laboratorio y termina el procedimiento. Si: programa y anota en el carnet la cita para consulta subsecuente de revisión o resolutiva.	• Expediente clínico • Resultados de estudios • Carnet

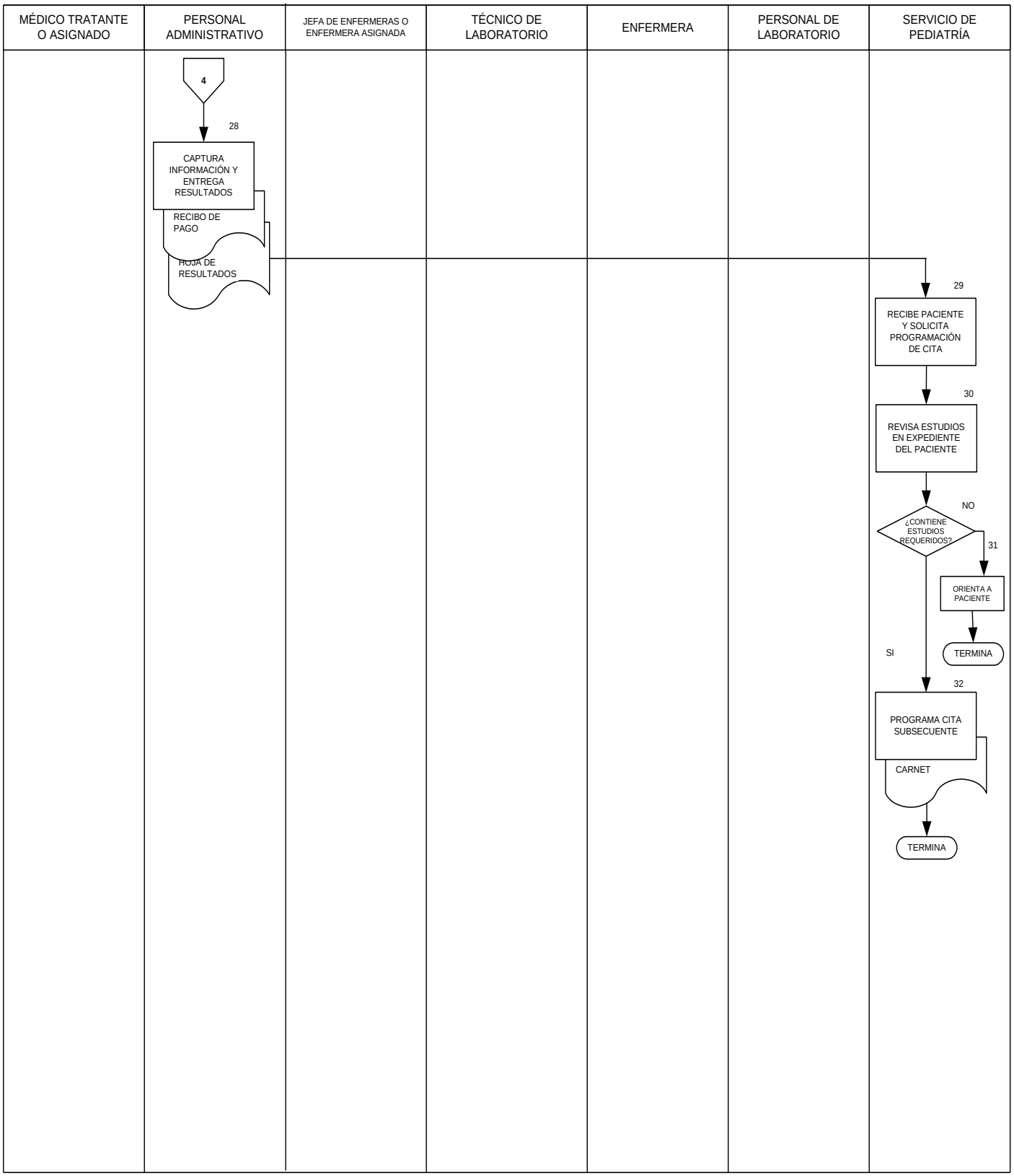
5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO TRATANTE O ASIGNADO
PERSONAL ADMINISTRATIVO
JEFA DE ENFERMERAS O ENFERMERA ASIGNADA
TÉCNICO DE LABORATORIO
ENFERMERA
PERSONAL DE LABORATORIO
SERVICIO DE PEDIATRÍA
1
8
PROGRAMA CITA AL PACIENTE
9
INFORMA Y SUBRAYA RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS
GUÍA DE SERVICIOS
10
REVISA ESPECIFICACIONES EN EL EXPEDIENTE
EXPEDIENTE CLÍNICO
11
PROGRAMA CITA E INSTRUYE AL PAICIENTE
B
12
RECIBE AL PACIENTE CON DOCUMUENTOS
CARNET
COMPROBANTE DE PAGO
HOJA DE SOLICITUD DE PRUEBAS CUTÁNEAS
¿PROGRAMADO PARA PRUEBAS CON ALÉRGENOS?
NO
SI
13
AVISA A TÉCNICOS
B
14
ENVÍA AL PACIENTE CON SU EXPEDIENTE
EXPEDIENTE
2/3


MÉDICO TRATANTE O ASIGNADO
PERSONAL ADMINISTRATIVO
JEFA DE ENFERMERAS O ENFERMERA ASIGNADA
TÉCNICO DE LABORATORIO
ENFERMERA
PERSONAL DE LABORATORIO
SERVICIO DE PEDIATRÍA
2
15
TOMA SIGNOS VITALES Y VERIFICA CONDICIONES
PRUEBAS CUTÁNEAS
CONSENTIMIENTO
¿CUMPLE CONDICIONES PARA ESTUDIO?
NO
16
SOLICITA VALORACIÓN
TERMINA
SI
17
CONFIRMA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES
18
TOMA MUESTRA DE SANGRE
GUÍA DE SERVICIOS
EXPEDIENTE CLÍNICO
19
EXPLICA PROCEDIMIENTO Y APLICA ALÉRGENOS
20
VIGILA RESPUESTA Y ESTADO GENERAL DEL PACIENTE
21
EXPLICA EL PROCEDIMIENTO, APLICA ANTIGENOS Y CITA AL PACIENTE
22
REALIZA LECTURA DE LA REACCIÓN Y REPORTA
3/4


MÉDICO TRATANTE O ASIGNADO
PERSONAL ADMINISTRATIVO
JEFA DE ENFERMERAS O ENFERMERA ASIGNADA
TÉCNICO DE LABORATORIO
ENFERMERA
PERSONAL DE LABORATORIO
SERVICIO DE PEDIATRÍA
3
23
EFECTUA LECTURA Y LLENA HOJA DE RESULTADOS
HOJA DE RESULTADOS
24
MANTIENE VIGILADO AL PACIENTE
25
ANOTA OBSERVACIONES
H O J A D E RESULTADOS
EXPEDIENTE
SOLICITUDES
COMPROBANTE DE PAGO
26
RECIBE EXPEDIENTE Y REGISTRA RESULTADOS
EXPEDIENTE
27
RECIBE EXPEDIENTES Y RESUSLTADOS
H O J A D E RESULTADOS
EXPEDIENTE
COMPROBANTE DE PAGO
4/5


MÉDICO TRATANTE O ASIGNADO
PERSONAL ADMINISTRATIVO
JEFA DE ENFERMERAS O ENFERMERA ASIGNADA
TÉCNICO DE LABORATORIO
ENFERMERA
PERSONAL DE LABORATORIO
SERVICIO DE PEDIATRÍA
4
28
CAPTURA INFORMACIÓN Y ENTREGA RESULTADOS
RECIBO DE PAGO
HOJA DE RESULTADOS
29
RECIBE PACIENTE Y SOLICITA PROGRAMACIÓN DE CITA
30
REVISA ESTUDIOS EN EXPEDIENTE DEL PACIENTE
¿CONTIENE ESTUDIOS REQUERIDOS?
NO
31
ORIENTA A PACIENTE
TERMINA
SI
32
PROGRAMA CITA SUBSECUENTE
CARNET
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica
6.3 Manual de Organización del Servicio de Alergia e Inmunología.	No aplica
6.4 Guías de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Alergia e Inmunología.	No aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Personal Administrativo	No aplica
7.2 Comprobante de pago	5 años	Personal Administrativo	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Alérgenos.- Sustancias capaces de causar reacción alérgica.

8.2 Alergia.- Reactividad exagerada específica hacia un alérgeno.

8.3 Carnet.- Documento que rige como identificación del paciente dentro del Hospital en cualquiera de las especialidades.

8.4 Diagnóstico clínico.- Nombre de enfermedad según los síntomas signos que le son característicos.

8.5 Estudios de laboratorio.- Estudios que requieren procedimiento y técnicas de laboratorio, sobre muestras de productos obtenidas del paciente: sangre, saliva, orina, materia fecal, etc.

8.6 Expediente Clínico Único (ECU).- Documento integrado por la Hoja Frontal, Nota de valoración Inicial, Historia clínica, Notas médicas, Estudio socio económico y los resultados de estudios.

8.7 Médico tratante.- Médico responsable del tratamiento del paciente.

8.8 Paciente.- Individuo enfermo o no que requiere atención (médica o no) para su salud.

8.9 Paciente de primera vez.- Paciente no conocido por el médico y que no cuenta con expediente o antecedente de atención previa.

8.10 Pruebas cutáneas.- Procedimiento de diagnóstico para conocer la reactividad específica ante alergenos o antígenos de reacción tardía.

8.11 Signos vitales.- Conjunto de datos medidos de las constantes vitales del individuo.

8.12 Somatometría.- Es la medición de la talla y peso y otras variables del cuerpo de una persona.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de consentimiento informado
10.2 Estudios de Laboratorio*
10.3 Carnet*
10.4 Comprobante de pago*
10.5 Hoja de solicitud de pruebas cutáneas
10.6 Hoja de resultado de pruebas cutáneas

*Ver formatos del procedimiento 1.

10.1 Formato de Consentimiento informado para Ingreso Hospitalario

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA INGRESO HOSPITALARIO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto que el Dr. _____, del Servicio de _____ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo, realizando todas las observaciones, aclaró todas las dudas que he planteado las cuales he entendido a mi satisfacción del (los) probable (s) padecimiento (s) que presento, por lo que será necesario someterme a estudios de laboratorio y gabinete para integrar mi diagnóstico y establecer el tratamiento correspondiente, para lo cual **requiero ser hospitalizado**.

También me explicó ampliamente los beneficios _____, riesgos _____ y probables complicaciones_____, como resultado del tratamiento médico y /o quirúrgico a que pueda ser sometido durante mi estancia hospitalaria.

Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento en mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicológos, trabajadores sociales etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que autorizo el ingreso hospitalario, así como la atención de urgencias y contingencias que pudieran presentarse durante la hospitalización, comprometiéndome a respetar el Reglamento y las normas de la Institución, lo anterior con fundamento en la normatividad vigente.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y **llenarse un formato para cada ingreso hospitalario**. En caso de traslado hospitalario interno no será necesario llenar un nuevo formato, solamente en caso de **reingreso hospitalario.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos anestésicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la técnica anestésica** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.5 Hoja de solicitud de pruebas cutáneas

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
ALERGIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

SERVICIO QUE SOLICITA	☐ PACIENTE EXTERNO ☐ PACIENTE HOSP. CAMA	NUM. DE EXPEDIENTE
LABORATORIOS ☐ CENTRAL ☐ PERIFERICOS	FECHA DE SOLICITUD DIA: MES: HORA: ____:____	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO
NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO M ____ F ____	EDAD
NOMBRE, FIRMA Y CEDULA DEL MEDICO QUE SOLICITA		

524-01 PRUEBAS DE INMUNIDAD CELULAR (I.D.R.)

ANTIGENO	A LAS 24 HORAS	A LAS 48 HORAS
P.P.D.		
VARIDASA		
CANDIDINA		
TRICOFITINA		
HISTOPLASMINA		
COCCIDIODINA		

524-06 ☐ PRUEBAS CUTANEAS ALIMENTOS
524-07 ☐ 2 SERIES 524-08 ☐ 3 SERIES

524-06 ☐ PRUEBAS CUTANEAS MEDICINAS
524-07 ☐ 2 SERIES 524-08 ☐ 3 SERIES

524-06 ☐ PRUEBAS CUTANEAS INHALABLES
524-07 ☐ 2 SERIES 524-08 ☐ 3 SERIES

524-05 ☐ PRECIPTINAS CUATANEAS CONTRA ANTIGENOS AVIARIOS

524-05 ☐ PRECIPTINAS CONTRA LA LECHE DE VACA

524-02 ☐ VACUNA HIPOSENSIBILIZANTE

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores; Deleg. Cuauhtemoc C.P 06726 Tel. 2789-2000.

10.6 Hoja de resultado de pruebas cutáneas

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
ALERGIA E INMUNOLOGIA
RESULTADO DE PRUEBAS CUTANEAS

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

SIS-HGM-ALEI-003

NOMBRE: _____ EDAD: _____ EXPEDIENTE: _____

SIGNOS VITALES: T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____ TEMP. _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ FIRMA Y CEDULA PROF. _____

NOMBRE DE LA ENFERMERA: _____

FECHA: _____ HORA: _____ FECHA: _____ HORA: _____

MENORES DE 10 AÑOS

MÉTODO: PRICK | I. D.

ESQUEMA 1

	PÓLENES	
1	Amaranthus palmeri	
2	Atriplex bracteosa	
3	Chenopodium album	
4	Salsola Kali	
5	Fraxinus americana	
6	Ligustrum spp.	
7	Rumex crispus	
8	Ambrosia spp.	
9	Artemisia spp.	
10	Cosmos bipinnatus	
11	Helianthus annus	
12	Alnus spp.	
13	Quercus alba	
14	Prosopis spp.	
15	Schinus molle	
16	Populus alba	
17	Cynodon dactylon	
18	Lolium perenne	
19	Phleum pratense	
20	Holcus spp.	
21	Zea maya	
	HONGOS	
22	Alternaria spp.	
23	Aspergillus niger	
24	Candida albicans	
25	Cephalosporium spp.	
26	Helminthosporium spp.	
27	Hormodendrum spp.	
28	Mucor spp.	
29	Penicillium notatum	
30	Rhizopus spp.	
	ARTRÓPODOS	
31	Dermatophagoides spp.	
32	Periplaneta americana	
	OTROS INHALABLES	
33	Pelo de gato	
34	Pelo de perro	
	OTROS	
	LINAZA	
	TESTIGOS	
39	DILUYENTE	
40	HISTAMINA	

MÉTODO: PRICK | I. D.

ESQUEMA 2

	HONGOS	
22	Alternaria alternata	
23	Aspergillus niger	
24	Candida albicans	
25	Cephalosporium spp.	
26	Helminthosporium spp.	
27	Hormodendrum spp.	
28	Mucor plumbeus	
29	Penicillium notatum	
30	Rhizopus arrhizus	
	ARTRÓPODOS	
31	Dermatophagoides spp.	
32	Periplaneta americana	
	OTROS INHALABLES	
33	Pelo de gato	
34	Pelo de perro	
	TESTIGOS	
	DILUYENTE	
	HISTAMINA	
	ALIMENTOS	
1	Cacahuate	
2	Soya	
3	Trigo	
4	Camarón	
5	Nuez	
6	Pescado	
7	Pollo	
8	Puerco	
9	Res	
10	Huevo	
11	Leche	
12	Latex	
13	Tartrazina	
	OTROS ALIMENTOS (PRICK + PRICK)	
	TESTIGOS	
	DILUYENTE	
	HISTAMINA	

OBSERVACIONES: _____

3. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN SUBSECUENTE DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico necesarios para brindar la atención adecuada a los pacientes que acuden de manera subsecuente a la Consulta Externa de Alergia e Inmunología del Hospital General de México."Dr. Eduardo Liceaga" con la finalidad de que ésta sea otorgada de manera adecuada, con calidad y calidez, enfocados a lograr la satisfacción del usuario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, la Direccion Médica supervisa que las Subdirecciones de área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdireccion Médica "B" supervisa que se cumplan los lineamientos, los Servicios que solicitan interconsulta a Alergia e Inmunología, solicitan segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario y el Servicio de Alergia e Inmunología sefectúa las actividades necesarias para el diagnóstico y tratamiento del paciente que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo este procedimiento tiene alcance para los pacientes referidos de otras instituciones de Salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Jefe de Servicio en colaboración con los coordinadores de Consulta Externa, Cirugía y Hospitalización del Servicio son responsables de la difusión y vigilancia adecuada para que se lleve a cabo este procedimiento, además de darlo a conocer a todos los médicos para su conocimiento y el buen funcionamiento de las actividades dentro del Hospital y del propio servicio, además de verificar que se cumpla con el horario de atención médica para consulta externa, que será: de 8:00 a 15:00.

3.2 Es responsabilidad del personal administrativo del servicio de Consulta Externa de Alergia e Inmunología revisar y verificar que el paciente cuente con el carnet de citas, el comprobante de pago y la solicitud de interconsulta (si se requiere) para poder ser atendido de manera subsecuente, además de entregar la ficha con el número de consultorio asignado para su atención.

3.3 El Personal de Enfermería asignado a la Consulta Externa del Servicio Alergia e Inmunología es el responsable de verificar los datos proporcionados por el paciente, identificándolo a través de una credencial de elector, además de realizar la obtención de dos datos de identificación institucionales (nombre completo y Número de expediente, o fecha de nacimiento si no cuenta con expediente, en los servicios de Urgencias) y de presentarse con él, tomar signos vitales y coadyuvar al médico en la atención del paciente.

3.4 El Jefe de Servicio es responsable de realizar la distribución y establecimiento de un rol de médicos asignados para la consulta externa del Servicio y de los médicos encargados de atender las interconsultas que se soliciten por otros servicios, mismo que debéra enviar a la Dirección Quirúrgica correspondiente con periodicidad mensual.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio supervisar y verificar que el Médico tratante de Alergia e Inmunología realice diagnóstico y tratamiento adecuados, además de que, en los casos de pacientes periféricos, se proporcione el seguimiento clínico hasta que suceda una de las siguientes situaciones: el alta definitiva o el traslado al servicio correspondientes, además de supervisar las actividades de los médicos residentes que rotan con él.

3.6 Será responsabilidad del Médico tratante de Alergia e Inmunología valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva, para garantizar que existen niveles de prioridades la misma, de acuerdo a las políticas establecidas. En caso de urgencia, enviará al paciente con su familiar al Servicio de Urgencias Adultos para que sea atendido de manera inmediata, de acuerdo a disponibilidad de recursos (humanos, materiales y de infraestuctura), en caso necesario, acompañado de enfermera, camillero y médico residente.

3.7 Es responsabilidad del Médico tratante de Alergia e Inmunología proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas del tratamiento propuesto en un lenguaje claro y sencillo, asegurando la total comprensión por parte del enfermo, y/o su famliar, así como de informar que, por ser un hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico, de enfermería, nutriología, etc) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo supervisión de médicos de base.

3.8 Es responsabilidad del Médico tratante de Alergia e Inmunología que asiste a la Consulta Externa en los turnos matutino y vespertino, realizar una evaluación al paciente con calidad y calidez, de acuerdo a los resultados de laboratorio y gabinete solicitados, establecer un diagnóstico clínico integral, siempre con calidad y calidez, decidir su tratamiento definitivo (conservador o quirúrgico) con apego a las Guías de Práctica Clínica institucionales vigentes, además de extender, en caso necesario la receta médica correspondiente, colocando en el formato proporcionado para ello su nombre completo, el número de cédula profesional y firma.

3.9 El médico tratante del Servicio de Alergia e Inmunología asignado a la Consulta Externa será responsable de realizar, si considera necesario, las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades para garantizar un diagnostico integral adecuado y el tratamiento que requiera el paciente, a través del formato de interconsulta, con apego al procedimiento “Para la solicitud y realización de interconsultas médicas” difundido por la Dirección General Adjunta Médica.

3.10 Es responsabilidad del Médico tratante de Alergia e Inmunología que acude a proporcionar la consulta, realizar el adecuado llenado del formato electrónico de la “Hoja diaria de Consulta” imprimirla y entregarla al personal administrativo del servicio al término de la jornada con el fin de concentrar los datos y elaborar el reporte de productividad mensual de la Unidad, para enviarlo en tiempo y forma a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos.

3.11 El personal de Seguridad del Servicio Alergia e Inmunología, es responsable de controlar la entrada y salida de toda persona ajena al mismo, solicitando una identificación oficial que canjeará por un gafete de visitante, que se deberá portar en sitio visible durante su estancia y deberá entregar a la salida.

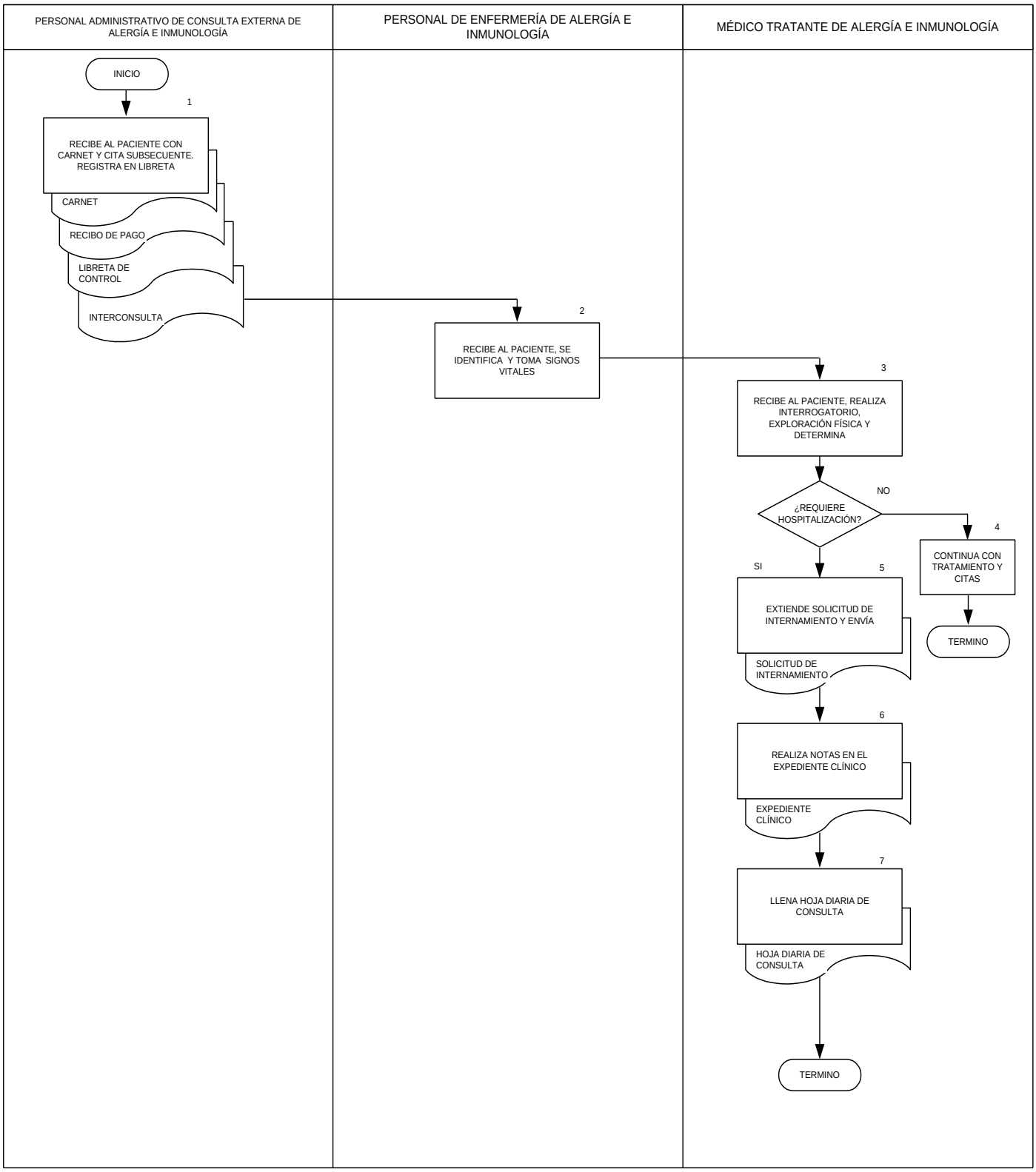
3.12. Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de servicios.

3.13 En casos de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento “Para la identificacion y atención de pacientes pertencientes a grupos vulnerables”, difundido por la Dirección General Adjunta Médica.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo de Consulta Externa de Alergia e Inmunología	1	Recibe al paciente, verifica que cuente con carnet, fecha de consulta subsecuente comprobante de pago, localiza expediente, proporciona ficha de atención y avisa a personal de enfermería. Registra en libreta de control.	• Carnet. • Recibo de pago. • Libreta de control. • Solicitud de interconsulta
Personal de Enfermería de Alergia e Inmunología	2	Recibe e identifica al paciente, se presenta con él, realiza toma signos vitales e informa al médico.	
Médico tratante de Alergia e Inmunología	3	Recibe al paciente, se identifica con él, realiza interrogatorio y exploración física, revisa evolución del padecimiento y los resultados de exámenes de laboratorio y gabinete solicitados y determina si requiere hospitalización el paciente.	• Orden de internamiento • Expediente clínico • Hoja diaria de consulta
		¿Requiere hospitalización?	
	4	NO: Continua tratamiento conservador, y continua con citas subsecuentes hasta el alta y termina procedimiento.	
	5	SI: Extiende solicitud de internamiento y envía al paciente a Trabajo Social para continuar trámites. (Ver procedimiento 3)	
	6	Realiza notas en el expediente clínico del paciente con apego a la NOM 004-SSA3-2012 del expediente clínico.	
	7	Llena hoja diaria de consulta electrónica, la imprime y entrega a personal administrativo de la Consulta externa al terminar la jornada.	
		TERMINA	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Manual de Organización del Servicio de Alergía e Inmunología	No Aplica
6.3 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.	No Aplica
6.4 Guías de Diagnostico y Tratamiento del Servicio de Alergía e Inmunología.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Libreta de control de citas subsecuentes	5 Años	Personal Administrativo del Servicio	No Aplica
7.2 Hoja diaria de consulta	5 Años	Archivo	No Aplica
7.3 Expediente clínico	5 Años	Archivo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Consulta médica.- La atención que imparten los médicos a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y de las especialidades: puede ser de primera vez o subsecuente.

8.2 Consulta Subsecuente.- La atención que imparten los médicos especialistas a pacientes ambulatorios de las cuatro especialidades médicas básicas y todas las demás especialidades; puede ser de primera vez o subsecuente.

8.3 Exploración clínica.- Conjunto de maniobras propedéuticas encaminadas a establecer un diagnóstico.

8.4 Historia Clínica.- Documento que elabora el médico consta de: interrogatorio, exploración física, diagnóstico y tratamiento, se apega a los lineamientos de la NOM-004-SSA3-2012.

8.5 Signos vitales.- Variables clínica que pueden medirse cualitativa y cuantitativamente, incluyen la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet.*
10.2 Comprobante de pago (RUI).*
10.3 Solicitud de interconsulta.*
10.4 Historia clínica de Consulta Externa.*
10.5 Hoja diaria de Consulta.*

* Ver anexos del procedimiento No.1

4. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE LA CONSULTA SUBSECUENTE NO PROGRAMADA

1. PROPÓSITO

1.1 Atender la demanda de atención inmediata en pacientes con problemas alérgicos emergentes, reacciones adversas a los medicamentos o inmunoterapia, solicitar nuevos estudios, resolver dudas o elaboración de informes, para su tratamiento oportuno, con calidad y calidez.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno este procedimiento: El Servicio de Alergia e Inmunología, coordina y supervisa la atención del paciente en la Consulta Subsecuente que requeire atención inmediata.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 En caso de que el paciente presente crisis asmática, urticaria aguda, angioedema, exacerbación de dermatitis, piquetes de insectos hay prioridad para su atención.

3.2 Serán motivo de envío al Servicio de Urgencias, la severidad del problema, el horario de la solicitud de atención y la carencia de recursos para el tratamiento del paciente.

3.3 En caso de que el problema del paciente no requiera atención inmediata, se atenderá como consulta subsecuente ordinaria, en el momento que sea posible según las posibilidades del médico tratante y sin afectar la atención de los pacientes programados.

3.4 La necesidad y prioridad de la atención al paciente la determinará el Médico, quien tiene la facultad de identificar una urgencia médica, una urgencia administrativa o la exigencia injustificada de prontitud en la atención por impaciencia, prepotencia o intereses particulares.

3.5 Al paciente faltista habitual que acude solo cuando, y a la hora que le conviene, se le invitará a respetar los horarios del Servicio de Alergia e Inmunología. Su Médico Tratante le dará una cita o lo atenderá como se señala en el punto 3.3.

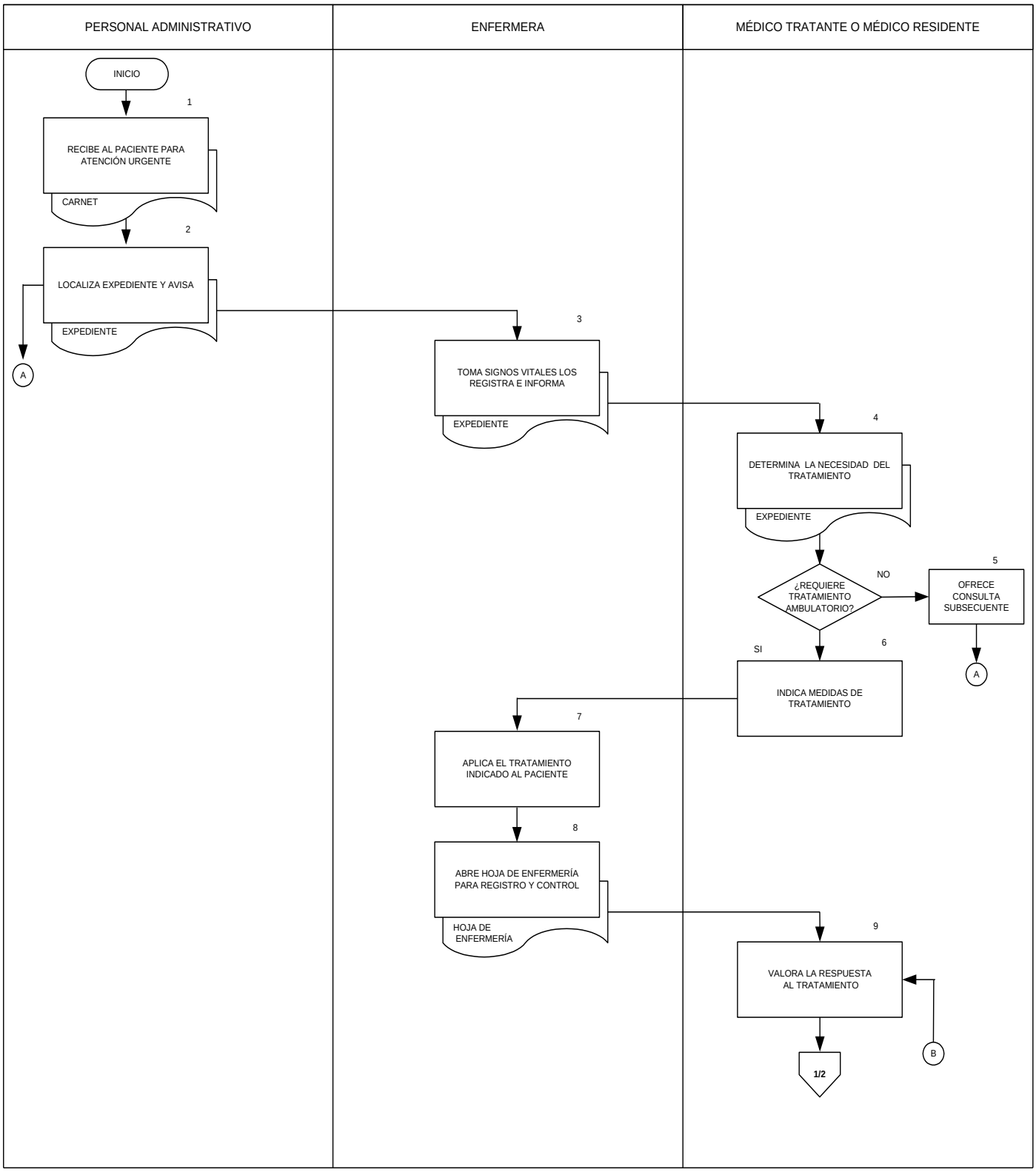
3.6 Se recomienda que el paciente con necesidad de tratamiento inmediato de este Servicio no acuda solo.

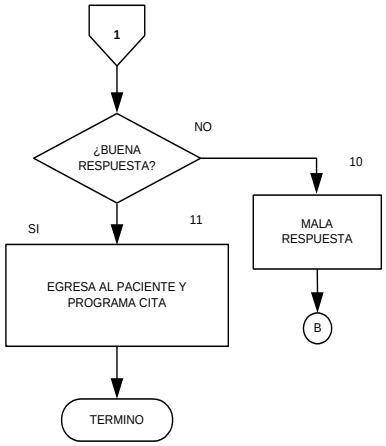
3.7 El paciente o su familiar cubrirán el costo correspondiente al tratamiento y la consulta requeridos.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	1 2	Recibe al paciente no citado que solicita atención "urgente" y solicita el carnet. Localiza el expediente y avisa a la enfermera y/o al médico residente.	• Carnet • Expediente
Enfermera	3	Toma signos vitales, oximetría de pulso y flujometría, los registra en el expediente informa al médico de tratante o residente.	• Expediente
Médico Tratante o Mèdico Residente	4 5 6	Determina la necesidad de tratamiento inmediato ¿Requiere tratamiento ambulatorio?. No: Ofrece consulta subsecuente ordinaria pero sin turno, según tiempo disponible, el mismo día, informa al familiar o paciente la necesidad del pago de la consulta y el tratamiento y regresa a la actividad 2. Si: Indica medidas de tratamiento ambulatorio para el paciente.	• Carnet
Enfermera	7 8	Aplica el tratamiento indicado la paciente: inhaloterapia, soluciones y medicamentos IV, IM o vía oral. Abre hoja de enfermería para el registro y control del procedimiento del paciente.	• Hoja de Enfermería
Médico Tratante o Mèdico Residente	9 10 11	Valora la respuesta al tratamiento del paciente. ¿Buena respuesta al tratamiento? No: Mala respuesta, modifica tratamiento o envía al Servicio de Urgencias, en su caso, regresa a la actividad 9. Si: Egresa al paciente a su domicilio y programa cita subsecuente.	• Carnet

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PERSONAL ADMINISTRATIVO	ENFERMERA	MÉDICO TRATANTE O MÉDICO RESIDENTE
	7	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Manual de Organización del Servicio de Alergía e Inmunología.	No Aplica
6.4 Guia de Servicios a pacientes.	No Aplica
6.5 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud.	No Aplica
6.6 Guías de Diagnostico y Tratamiento del Servicio de Alergía e Inmunología.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 Años	Personal Administrativo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Aplicación de soluciones parenterales. Administración intravenosa (IV) de líquidos con glucosa (azúcares) o electrolitos (sales).

8.2 Atención inmediata. Medidas de tratamiento para solucionar o mejorar la condición urgente o emergente de pacientes ambulatorios.

8.3 Flujometría. Medición del flujo espiratorio máximo para conocer el grado o severidad de obstrucción en vías aéreas.

8.4 Hoja de enfermería. Documento para registro de las acciones de enfermería durante la atención de pacientes hospitalizados o bajo tratamiento ambulatorio.

8.5 Inhaloterapia. Tratamiento médico aplicado por vía aérea con medicamentos inhalados con dispositivos de dosis, medida o con micronebulizador: oxígeno, salbutamol, budesonida, fluticazona, ipatropio, etc.

8.6 Medicamentos IV, IM y Orales. Broncodilatadores, analgésicos, antibióticos y otros que se requieren o son de uso preferente intravenoso (IV) o Intramuscular (IM)

8.7 Médico residente. Médico graduado en formación como especialista médico o quirúrgico.

8.8 Médico tratante. Médico responsable del tratamiento del paciente.

8.9 Oximetría. Medición de la saturación de oxígeno arterial.

8.10 Paciente subsecuente-. Paciente que acude para seguimiento del control de su enfermedad.

8.11 Signos vitales. Conjunto de datos medidos que marcan las constantes vitales del individuo.

8.12 Tratamiento ambulatorio. Medidas de atención inmediata en pacientes que no requieren hospitalización.

8.13 Urgencia médica: Situación que pone en peligro la vida, a un órgano o a una función.

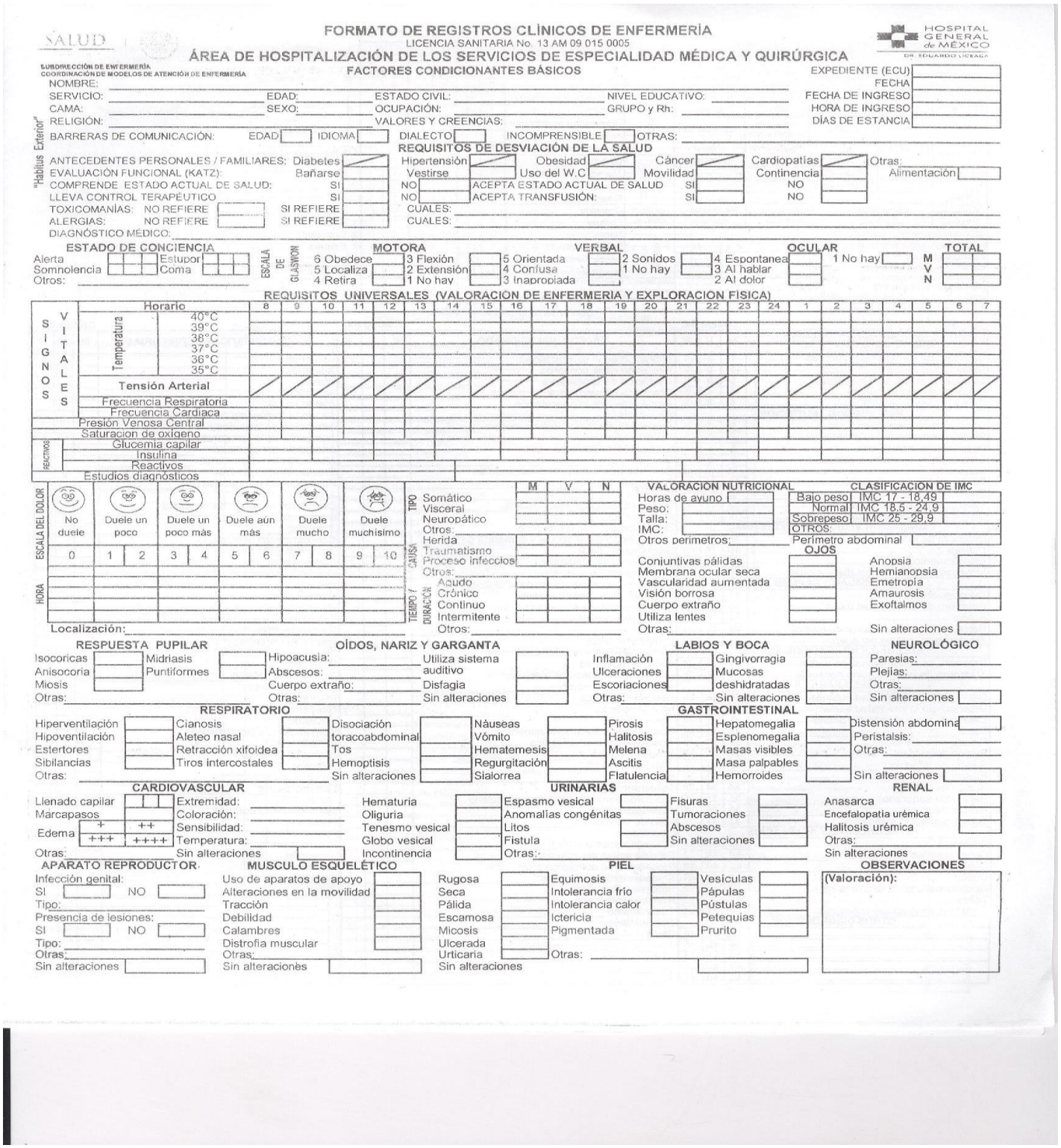
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver formato del procedimiento 1)
10.2 Hoja de Enfermería

10.2 Hoja de Enfermería



FORMATO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA Y QUIRÚRGICA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. COORDINACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

NOMBRE: | EXPEDIENTE (ECU) | FECHA | FECHA DE INGRESO | HORA DE INGRESO | DÍAS DE ESTANCIA

SERVICIO: | EDAD: | ESTADO CIVIL: | NIVEL EDUCATIVO:

CAMA: | SEXO: | OCUPACIÓN: | GRUPO y Rh:

RELIGIÓN: | VALORES Y CREENCIAS:

"Habitus Exterior"

BARRERAS DE COMUNICACIÓN: EDAD | IDIOMA | DIALECTO | INCOMPRENSIBLE | OTRAS:

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

ANTECEDENTES PERSONALES / FAMILIARES: Diabetes | Hipertensión | Obesidad | Cáncer | Cardiopatías | Otras:

EVALUACIÓN FUNCIONAL (KATZ): Bañarse | Vestirse | Uso del W.C | Movilidad | Continencia | Alimentación

COMPRENDE ESTADO ACTUAL DE SALUD: SI / NO | ACEPTA ESTADO ACTUAL DE SALUD SI / NO

LLEVA CONTROL TERAPÉUTICO SI / NO | ACEPTA TRANSFUSIÓN: SI / NO

TOXICOMANÍAS: NO REFIERE / SI REFIERE | CUALES:

ALERGIAS: NO REFIERE / SI REFIERE | CUALES:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta | Somnolencia | Otros: | Estupor | Coma

ESCALA DE GLASGOW — MOTORA: 6 Obedece, 5 Localiza, 4 Retira, 3 Flexión, 2 Extensión, 1 No hay — VERBAL: 5 Orientada, 4 Confusa, 3 Inapropiada, 2 Sonidos, 1 No hay — OCULAR: 4 Espontanea, 3 Al hablar, 2 Al dolor, 1 No hay — TOTAL: M V N

REQUISITOS UNIVERSALES (VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y EXPLORACIÓN FISICA)

SIGNOS VITALES — Horario: 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 1 2 3 4 5 6 7

Temperatura: 40°C, 39°C, 38°C, 37°C, 36°C, 35°C

Tensión Arterial

Frecuencia Respiratoria

Frecuencia Cardiaca

Presión Venosa Central

Saturacion de oxigeno

REACTIVOS: Glucemia capilar, Insulina, Reactivos, Estudios diagnósticos

ESCALA DEL DOLOR: No duele (0) | Duele un poco (1, 2) | Duele un poco más (3, 4) | Duele aún más (5, 6) | Duele mucho (7, 8) | Duele muchisimo (9, 10)

HORA

Localización:

TIPO: Somático, Visceral, Neuropático, Otros — M V N

CAUSA: Herida, Traumatismo, Proceso infeccios, Otros:

TIEMPO / DURACIÓN: Agudo, Crónico, Continuo, Intermitente, Otros:

VALORACIÓN NUTRICIONAL: Horas de ayuno, Peso:, Talla:, IMC:, Otros perimetros:

CLASIFICACIÓN DE IMC: Bajo peso IMC 17 - 18,49 | Normal IMC 18,5 - 24,9 | Sobrepeso IMC 25 - 29,9 | OTROS: | Perímetro abdominal

OJOS: Conjuntivas pálidas, Membrana ocular seca, Vascularidad aumentada, Visión borrosa, Cuerpo extraño, Utiliza lentes, Otras: | Anopsia, Hemianopsia, Emetropia, Amaurosis, Exoftalmos, Sin alteraciones

RESPUESTA PUPILAR: Isocoricas, Anisocoria, Miosis, Midriasis, Puntiformes, Otras:

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: Hipoacusia:, Abscesos:, Cuerpo extraño:, Otras:, Utiliza sistema auditivo, Disfagia, Sin alteraciones

LABIOS Y BOCA: Inflamación, Ulceraciones, Escoriaciones, Otras:, Gingivorragia, Mucosas deshidratadas, Sin alteraciones

NEUROLÓGICO: Paresias:, Plejias:, Otras:, Sin alteraciones

RESPIRATORIO: Hiperventilación, Hipoventilación, Estertores, Sibilancias, Otras:, Cianosis, Aleteo nasal, Retracción xifoidea, Tiros intercostales, Disociación toracoabdominal, Tos, Hemoptisis, Sin alteraciones

GASTROINTESTINAL: Náuseas, Vómito, Hematemesis, Regurgitación, Sialorrea, Pirosis, Halitosis, Melena, Ascitis, Flatulencia, Hepatomegalia, Esplenomegalia, Masas visibles, Masa palpables, Hemorroides, Distensión abdomina, Peristalsis:, Otras:, Sin alteraciones

CARDIOVASCULAR: Llenado capilar, Marcapasos, Edema (+ ++ +++ ++++), Otras:, Extremidad:, Coloración:, Sensibilidad:, Temperatura:, Sin alteraciones

URINARIAS: Hematuria, Oliguria, Tenesmo vesical, Globo vesical, Incontinencia, Espasmo vesical, Anomalías congénitas, Litos, Fistula, Otras:, Fisuras, Tumoraciones, Abscesos, Sin alteraciones

RENAL: Anasarca, Encefalopatia urémica, Halitosis urémica, Otras:, Sin alteraciones

APARATO REPRODUCTOR: Infección genital: SI / NO, Tipo:, Presencia de lesiones: SI / NO, Tipo:, Otras:, Sin alteraciones

MUSCULO ESQUELÉTICO: Uso de aparatos de apoyo, Alteraciones en la movilidad, Tracción, Debilidad, Calambres, Distrofia muscular, Otras:, Sin alteraciones

PIEL: Rugosa, Seca, Pálida, Escamosa, Micosis, Ulcerada, Urticaria, Sin alteraciones, Equimosis, Intolerancia frío, Intolerancia calor, Ictericia, Pigmentada, Otras:, Vesículas, Pápulas, Pústulas, Petequias, Prurito

OBSERVACIONES (Valoración):

ESCALA DE RIESGO UPP (BRADEN BERGSTROM)

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Totalmente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda	Continuamente húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula solo
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
ROCE, PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1 Paciente con problemas	2 Paciente con problemas	3 Sin Problema aparente	

ALTO RIESGO: menor a 12 puntos
RIESGO MODERADO: entre 13-14 puntos
RIESGO BAJO: entre 15 a 16 puntos en pacientes menores de 75 años o de 15 a 18 puntos si el paciente es mayor o igual a 75 años.

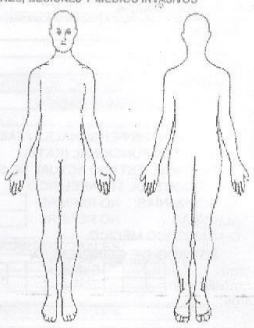
	M	V	N
TOTAL			
HORA			
TOTAL			
HORA			

E.RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON

		M		V		N	
CAÍDAS PREVIAS	No	0	0	0	0	0	0
	Si	1	1	1	1	1	1
MEDICAMENTOS	No	0	0	0	0	0	0
	Tranquilizantes-sedantes	1	1	1	1	1	1
	Diurético	1	1	1	1	1	1
	Hipotensores no diuréticos	1	1	1	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1	1	1	1
	Otros Medicamentos	1	1	1	1	1	1
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0	0	0	0	0	0
	Alteraciones visuales	1	1	1	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1	1	1	1
	Extremidades	1	1	1	1	1	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0	0	0	0	0	0
	Confuso	1	1	1	1	1	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0	0	0	0	0	0
	Seguro con ayuda	1	1	1	1	1	1
	Inseguro con o sin ayuda	1	1	1	1	1	1
	Imposible	1	1	1	1	1	1
Bajo riesgo: 0 a 2 pts. Moderado riesgo: 3 a 4 ptos. Alto riesgo: igual o mayor a 5 ptos.	TOTAL						
	HORA						

IDENTIFICACIÓN DEL MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO, ACCESOS VASCULARES, LESIONES Y MEDIOS INVASIVOS

- Acceso vascular
- Herida quirúrgica
- Úlcera por presión
- Marcado quirúrgico



1. Sonda
2. Drenajes
3. Estoma
4.
5
6
7

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (PROBLEMA)	Código Dx. M	V	N
AIRE Y CARDIOVASCULAR			
Deterioro del intercambio gaseoso	1	1	1
Disminución del gasto cardiaco	2	2	2
Limpieza ineficaz de vías aéreas	3	3	3
Patrón respiratorio ineficaz	4	4	4
Perfusión tisular inefectiva:	5	5	5
HIDRATACIÓN - NUTRICIÓN			
Déficit de volumen de líquidos	6	6	6
Riesgo de desequilibrio nutricional	7	7	7
Deterioro de la deglución	8	8	8
Exceso de volumen de líquidos	9	9	9
Náuseas	10	10	10
Desequilibrio hidroelectrolítico	11	11	11
Desequilibrio nutricional	12	12	12
Deterioro de la función hepática	13	13	13
Nivel de glucemia inestable	14	14	14
ELIMINACIÓN VESICAL Y/O INTESTINAL			
Deterioro de la eliminación urinaria	15	15	15
Diarrea	16	16	16
Estreñimiento	17	17	17
Motilidad gastrointestinal disfuncional	18	18	18
ACTIVIDAD Y REPOSO			
Deprivación del sueño	19	19	19
Deterioro de la movilidad física	20	20	20
Fatiga	21	21	21
Retraso en la recuperación quirúrgica	22	22	22
Trastorno del patrón del sueño	23	23	23
SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL			
Deterioro de la comunicación verbal	24	24	24
Trastorno de la percepción sensorial:	25	25	25
PELIGROS PARA LA VIDA			
Deterioro de la integridad cutánea	26	26	26
Deterioro de la integridad tisular	27	27	27
Deterioro generalizado del adulto	28	28	28
Dolor:	29	29	29
Riesgo de aspiración	30	30	30
Riesgo de caídas	31	31	31
Riesgo de infección:	32	32	32
Riesgo de intoxicación	33	33	33
Riesgo de lesión	34	34	34
Riesgo de sangrado:	35	35	35
Riesgo de shock:	36	36	36
Termoregulación ineficaz	37	37	37
AUTOCONCEPTO Y ACEPTACIÓN			
Ansiedad	38	38	38
Conocimientos deficientes:	39	39	39
Déficit de autocuidado:	40	40	40
Duelo	41	41	41
Gestión ineficaz de la propia salud	42	42	42
Temor	43	43	43
Trastorno de la imagen corporal	44	44	44
OTROS DIAGNÓSTICOS			
	45	45	45
	46	46	46
	47	47	47
	48	48	48
	49	49	49

FACTOR RELACIONADO	Código Dx. M	V	N
Alteración de la contractilidad			
Alteración de la poscarga			
Alteración de la precarga			
Alteración inmunológica			
Alteraciones de la coagulación			
Amputación:			
Anomalías de la vía aérea superior:			
Ayuno prolongado			
Cambios del estado de salud			
Cirugía:			
Compromiso mecanismos reguladores			
Cuerpo extraño:			
Defectos anatómicos:			
Defensas primarias inadecuadas:			
Depresión del reflejo nauseoso			
Depresión del reflejo tusígeno			
Desequilibrio entre aporte y demanda de O2			
Destrucción tisular			
Deterioro de la circulación			
Deterioro sensitivo-motor			
Deterioro del metabolismo de la glucosa			
Deterioro musculoesqueletico			
Disminución de la capacidad pulmonar			
Diferencias culturales			
Edema:			
Estrés emocional			
Efectos adversos de medicamentos			
Falta de movilidad			
Fatiga de los músculos respiratorios			
Falta de conocimiento:			
Herida quirúrgica			
Hiperventilación			
Hipoxia tisular			
Incapacidad para ingerir alimentos			
Inestabilidad hemodinamica			
Inmunosupresión			
Irritación gástrica			
Infección:			
Malestar prolongado			
Microorganismos del medio hospitalario			
Mucosidad excesiva			
Nivel de conciencia:			
Obesidad			
Pefil sanguíneo anormal:			
Pérdida activa del volumen de líquidos			
Procedimiento quirúrgico prolongado			
Procedimientos invasivos:			
Proceso inflamatorio			
Reposo prolongado			
Traumatismo:			
Tumoraciones:			
Otras:			

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Código Dx. M	V	N
Acúfenos			
Adinamia			
Afasia			
Agitación			
Aleteo nasal			
Alt. de la frecuencia cardiaca:			
Alteración de la glucosa:			
Alteración de la temperatura:			
Alteración del equilibrio:			
Alteración tensión arterial:			
Presión venosa central:			
Alteraciones respiratorias:			
Angustia			
Cambio en el patrón de conducta			
Cansancio			
Cianosis:			
Conocimientos deficientes			
Desorientación			
Diaforesis			
Dilatación pupilar:			
Disfagia			
Dislexia			
Edema:			
Escalofrío			
Facies de dolor			
Falta de concentración			
Flebitis			
Fosfenos			
Gasometría anormal:			
Habla inapropiada			
Hemorragia			
Hiperemia			
Inquietud			
Interrupción de cicatrización			
Irritabilidad			
Lesiones cutáneas			
Letargo			
Llanto			
Llenado capilar:			
Mareo			
Mucosas deshidratadas			
Palidez			
Parálisis facial			
Piloerección			
Secreción:			
Sonidos respiratorios:			
Vertigo			
Otras:			

APOYO NUTRICIONAL

Nutrición Parenteral Total
Nutrición Parenteral Parcial
Nutrición Enteral
Otros:

EVALUACIÓN DE LAS HERIDAS

HERIDA SI NO CUBIERTA SI NO

CURACIÓN:

ETIOLOGÍA	Quirúrgica	Quemadura
	Ulcera por presión	Otras

BORDES	Afrontados	Inflamados	Dehiscente

CANTIDAD EXUDADO	Sin exudado	Moderado
	Escaso	Abundante
EXUDADO	Seroso	Serohematico
	Hematico	Purulento

DATOS DE INFECCIÓN	Sin datos	Dolor	Eritema
	Calor		Edema

Otras:

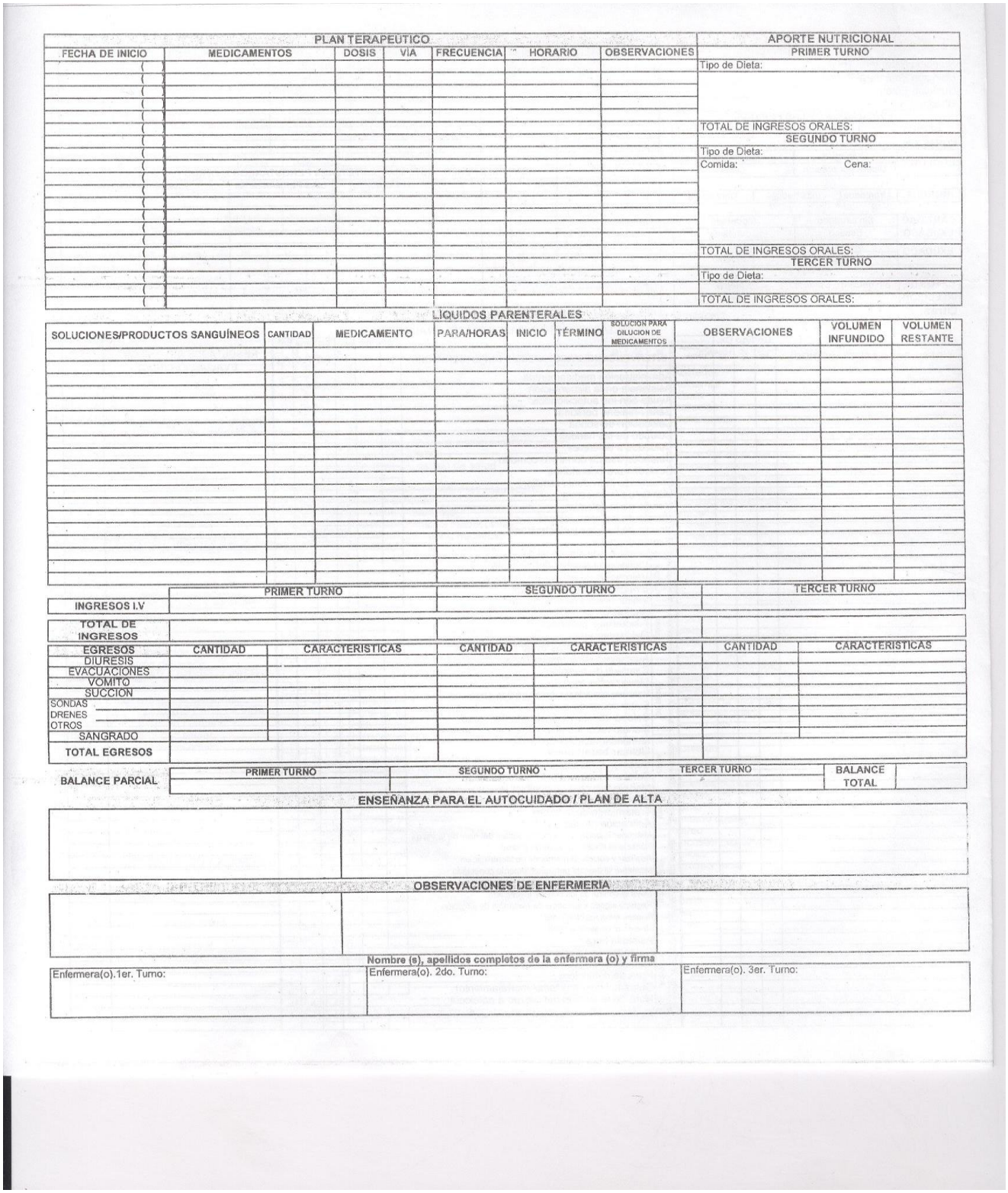
ACCESO VASCULAR	CALIBRE	SITIO	FECHA INSTALACIÓN	CARACTERÍSTICAS

SONDAS, DRENES, OSTOMÍAS, CATETÉRES PERCUTÁNEOS U OTROS

TIPO/CALIBRE	FECHA DE INSTALACIÓN	DIAS PERMANENCIA	CARACTERÍSTICAS

RESULTADOS INTERVENCIONES Y EVALUACIÓN

RESULTADO ESPERADO NOC	Código Dx. M	V	N	P. DIANA INICIAL		INTERVENCIONES/ACCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	Código Dx. M	V	N	Sistema Enf. T.C	P.C	A.E	RESULTADOS OBTENIDOS / EVALUACIÓN (NOC)	P.DIANA FINAL
						Administración medicamentos:								
						Asistencia en la alimentación:								
						Ayuda con los autocuidados:								
						Baño / higiene personal								
						Colocación de sonda:								
						Cuidado de las heridas:								
						Cuidados a catéteres:								
						Cuidados uso de orinal y/o comodo								
						Cuidados pre-operatorios								
						Enseñanza individual / familiar:								
						Manejo de la glucemia:								
						Manejo de la volemia:								
						Manejo de las convulsiones								
						Manejo de liquidos y electrolitos								
						Manejo del dolor								
						Monitorización de signos vitales								
					Monitorizacion neurológica	Vigilar alteraciones del lenguaje								
						Valoración de escala de Glasgow								
						Evaluar funciones mentales								
						Vigilar niveles de conciencia								
					Monitorizacion respiratoria	Aspiración de secreciones:								
						Fisioterapia pulmonar								
						Oxigenoterapia:								
						Precauciones paras evitar la aspiración								
						Auscultar ruidos respiratorios								
					Prevención de ulceras por presión	Cambios de posición:								
						Movilización asistida								
						Mantener la piel limpia, seca,lubricada y protegida								
						Evitar zonas de presión								
						Colocar tarjeta y/o brazalete de riesgo								
						Manejo recursos disponibles (colchon de agua,protectores)								
					Prevención de caidas	Identificar factores de riesgo								
						Utilizar barandales								
						Sujeción terapéutica								
						Colocar tarjeta y/o brazalete de riesgo								
						Manejo recursos disponibles (lamparas, luz, pasamanos, etc.)								
					Control temp.	Regulación de temperatura (curva térmica)								
						Tratamiento de la fiebre								
						Aplicación de calor o frio								
					Cuidados del catéter urinario (sonda vesical)	Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga								
						Realizar la fijación de acuerdo al sexo								
						Realizar y colocar el membrete de identificacion								
						Mantener el drenaje permanentemente conectado								
						Verifica el funcionamiento de la sonda								
						Lleva el control de los dias de instalacion								
						Registra signos y sintomas de evidencia de infección								
						Realiza medidas higiénicas								
						Orienta al paciente o familia								
					Manejo del codigo de emergencia	Asistolia hora:								
						Cuidados en la emergencia								
						Maniobras de RCP avanzado								
						Hora de defunción:								
						Cuidados post-mortem(Amortajamiento)								
						Hora de recepción del cuerpo a patologia:								
					Otras:									



PLAN TERAPEUTICO

FECHA DE INICIO	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	HORARIO	OBSERVACIONES

APORTE NUTRICIONAL

PRIMER TURNO

Tipo de Dieta:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

SEGUNDO TURNO

Tipo de Dieta:

Comida: Cena:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

TERCER TURNO

Tipo de Dieta:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

LIQUIDOS PARENTERALES

SOLUCIONES/PRODUCTOS SANGUÍNEOS	CANTIDAD	MEDICAMENTO	PARA/HORAS	INICIO	TÉRMINO	SOLUCIÓN PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS	OBSERVACIONES	VOLUMEN INFUNDIDO	VOLUMEN RESTANTE

	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO
INGRESOS I.V			
TOTAL DE INGRESOS			

EGRESOS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS
DIURESIS						
EVACUACIONES						
VOMITO						
SUCCION						
SONDAS						
DRENES						
OTROS						
SANGRADO						
TOTAL EGRESOS						

BALANCE PARCIAL	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO	BALANCE TOTAL	

ENSEÑANZA PARA EL AUTOCUIDADO / PLAN DE ALTA

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

Nombre (s), apellidos completos de la enfermera (o) y firma

Enfermera(o).1er. Turno:	Enfermera(o). 2do. Turno:	Enfermera(o). 3er. Turno:

5.- PROCEDIMIENTO PARA LA DOSIFICACIÓN, ELABORACIÓN Y ENTREGA DE VACUNAS (INMUNOTERAPIA)

1. PROPÓSITO

1.1 Satisfacer la demanda de tratamiento inmunológico (inmunoterapia) con oportunidad, eficiencia, calidad y suficiencia de acuerdo a buenas prácticas clínicas, medicina basada en evidencia y estándares de seguridad, y calidad a fin de brindar la atención requerida a los pacientes.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El Servicio de Alergia e Inmunología proporciona el tratamiento inmunológico y la entrega de vacunas requeridas por los Servicios.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Se entenderá por dosificación de vacuna, a la indicación de la fórmula de alérgenos, concentración (dilución), cantidades, volumen de aforo y frecuencia de aplicación que realiza el médico especialista alergólogo e inmunólogo, según las necesidades específicas de cada paciente.

3.2 La selección de alérgenos está basada en el reporte de las pruebas cutáneas por técnica de prick o intradérmica. En casos especiales, podrá estar basada en resultados de pruebas in vitro.

3.3 La dosificación se realizará en la hoja de inmunoterapia y se hará una breve anotación en el expediente. En el caso de pacientes del Servicio de Pediatría, la fórmula y la dosis de la vacuna se especificará en una receta médica firmada por el médico alergólogo tratante.

3.4 La elaboración de las vacunas se realizará con apego a condiciones de esterilidad y seguridad para el manejo de reactivos y biológicos, por personal técnico y profesional capacitado.

3.5 Cuando el paciente inicie el tratamiento, la primera dosis de vacuna, se aplicará en el área de diagnóstico y tratamiento, con objeto de tener el control inmediato de posibles reacciones adversas, dar información verbal y escrita sobre el la duración del tratamiento, fases y frecuencia de aplicación, recomendaciones de higiene ambiental y adiestramiento en la técnica de aplicación subcutánea.

3.6 Se notificará al paciente la necesidad de transportar su vacuna en un termo o recipiente con hielo o gel congelado para evitar la alteración del reactivo biológico de las vacunas (alérgenos).

3.7 La duración del tratamiento con alérgenos será en promedio 2 años; de vacuna bacteriana o de histamina un año.

3.8 El médico tratante solo con base en evidencias documentadas tendrá la facultad de modificar el tratamiento de acuerdo al caso específico, a fin de mantener un estándar unificado que permita auditar la calidad y resultados del tratamiento.

3.9 El jefe de laboratorio deberá considerar la demanda diaria de alergenos a fin de contar con los insumos para la producción oportuna y suficiente de alérgenos para diagnóstico tratamiento.

3.10 Cuando no se encuentre el médico tratante para la dosificación de la vacunas de sus pacientes, esta quedará a cargo de otro médico adscrito al Servicio.

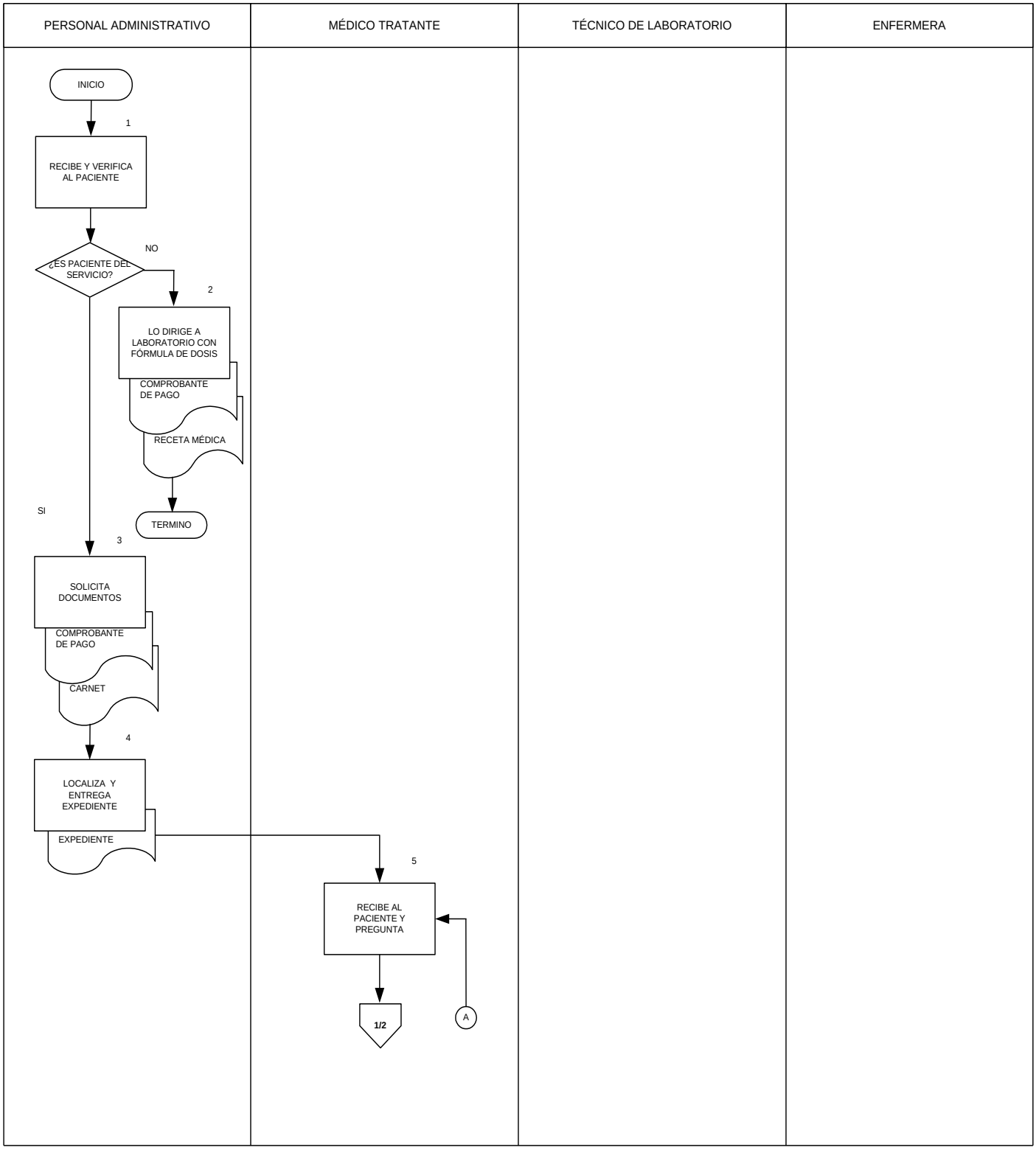
3.11 El paciente deberá saber que la dosificación, elaboración y entrega de las vacunas requieren tiempo y paciencia, ya que se atienden muchas otras solicitudes y todas en suma consumen un tiempo a veces prolongado por razones de calidad y seguridad.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

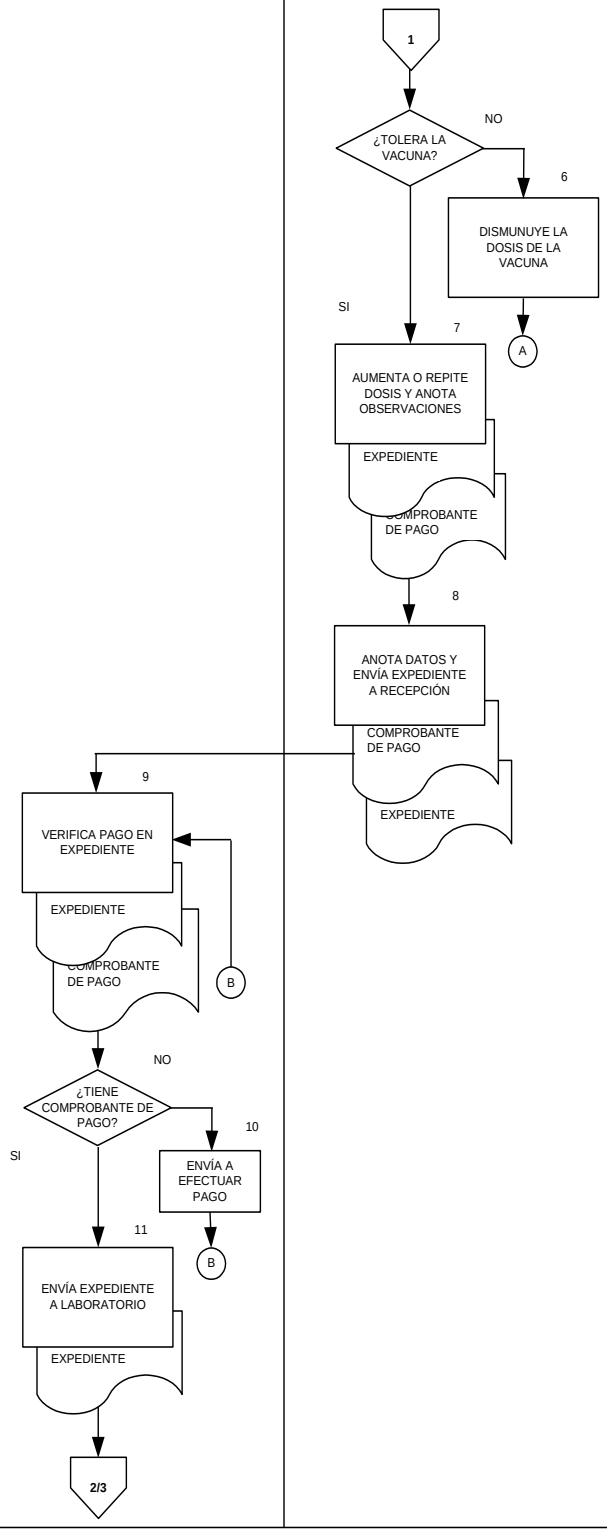
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	1	Recibe al paciente y verifica si es paciente del Servicio de Alergia e Inmunología. ¿Es paciente del Servicio?	• Carnet • Comprobante de pago • Expediente Clínico • Receta médica
	2	No: Lo dirige a la ventanilla del Laboratorio con su comprobante de pago y receta médica con fórmula y dosis de la vacuna indicada por el médico alergólogo del Servicio de Pediatría y termina el procedimiento.	
	3	Si: Solicita carnet y comprobante de pago al paciente.	
	4	Localiza el expediente clínico y lo lleva al consultorio del médico tratante.	
Médico Tratante	5	Recibe al al paciente o al familiar y pregunta si tolera la vacuna. ¿Tolera la vacuna?	• Expediente Clínico • Comprobante de pago
	6	No: Disminuye la dosis de la vacuna y regresa a la actividad 5	
	7	Si: Aumenta o repite la dosis de la vacuna. Anota observaciones en el expediente, dosis en la hoja de inmunoterapia y medicamentos e indicaciones especiales en receta médica.	
	8	Anota código CIE del diagnóstico, número de expediente y nombre del médico en el comprobante de pago de la vacuna y envía expediente a la recepción.	
Personal Administrativo	9	Verifica la presencia del comprobante de pago en el expediente. ¿Tiene comprobante de pago?	• Expediente Clínico • Comprobante de pago
	10	No: Lo envía a efectuar el pago y regresa a la actividad 9.	
	11	Si: Envía el expediente al laboratorio, lo lleva o pide que vengan por el paciente.	

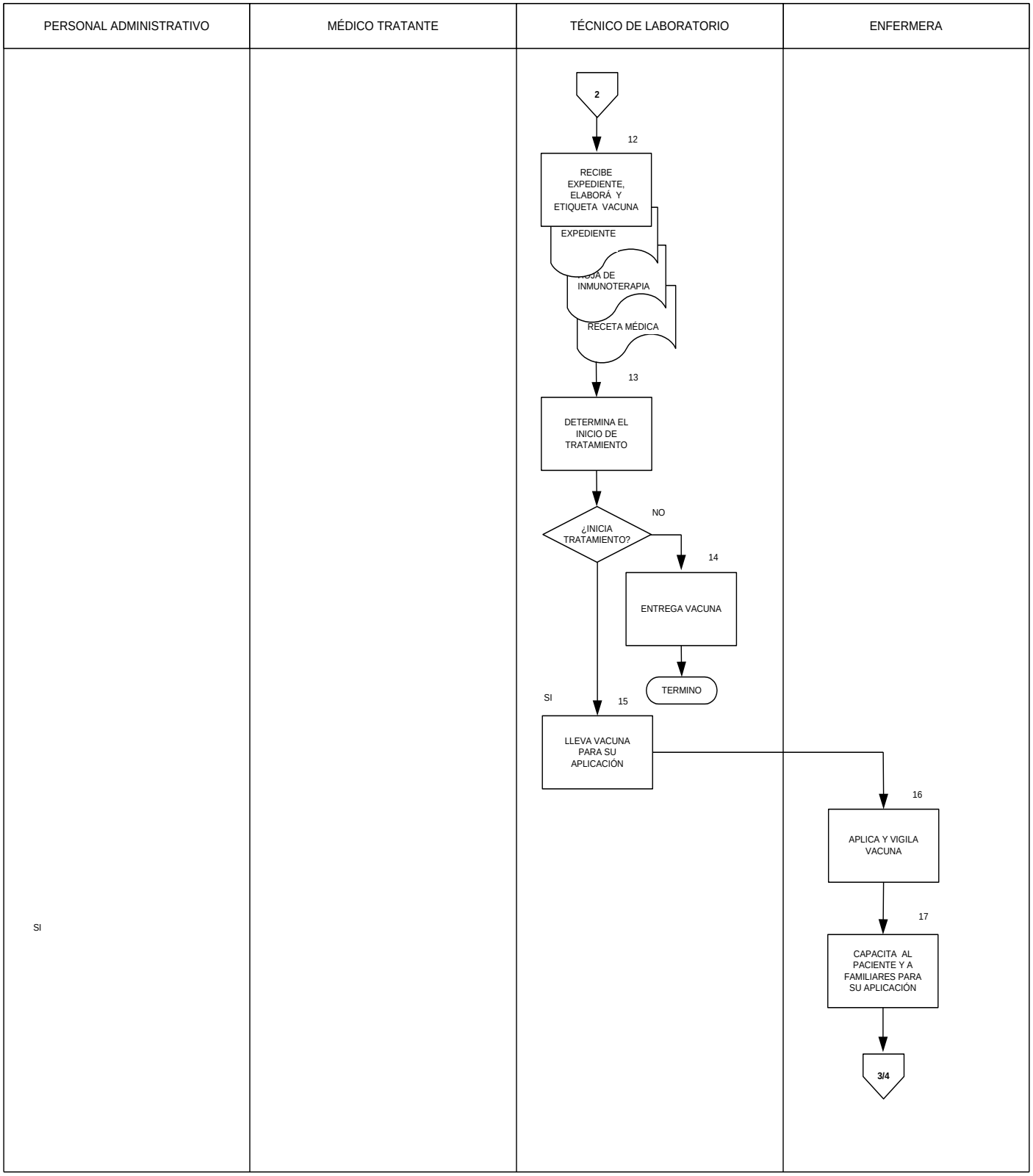
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Técnico de Laboratorio	12	Recibe o va por el expediente clínico, elabora y etiqueta la vacuna según la dosis y fórmula de la hoja de inmunoterapia o la receta médica del alergólogo del Servicio de Pediatría.	• Expediente Clínico • Hoja de inmunoterapia • Receta médica
	13	Determina si el paciente inicia el tratamiento ¿Inicia tratamiento?	
	14	No: Entrega la vacuna y termina la atención al paciente.	
	15	Si: Lleva la vacuna al área de diagnóstico y tratamiento para su aplicación y vigilancia.	
Enfermera	16	Aplica y vigila el inicio de la inmunoterapia por 30 a 60 minutos.	• Guía de inmunoterapia • Expediente • Receta médica • Comprobante de pago
	17	Capacita al paciente y sus familiares para la aplicación de la vacuna.	
	18	Explica y da guía de inmunoterapía impresa con la duración fases y frecuencia de aplicación de las vacunas, reacciones adversas, transporte, conservación e higiene ambiental.	
	19	Termina la atención si no hay eventos adversos, egresa al paciente a su domicilio.	
	20	Regresa expedientes, recetas de pediatría y comprobantes de pago al archivo para su resguardo y captura de la información para informe estadístico de las atenciones efectuadas.	
Personal Administrativo	21	Recibe expedientes, recetas médicas del Servicio de Pediatría y comprobantes de pago, archiva los documentos y captura los datos para el informe estadístico. **TERMINA**	• Expedientes • Receta médica • Comprobante de pago

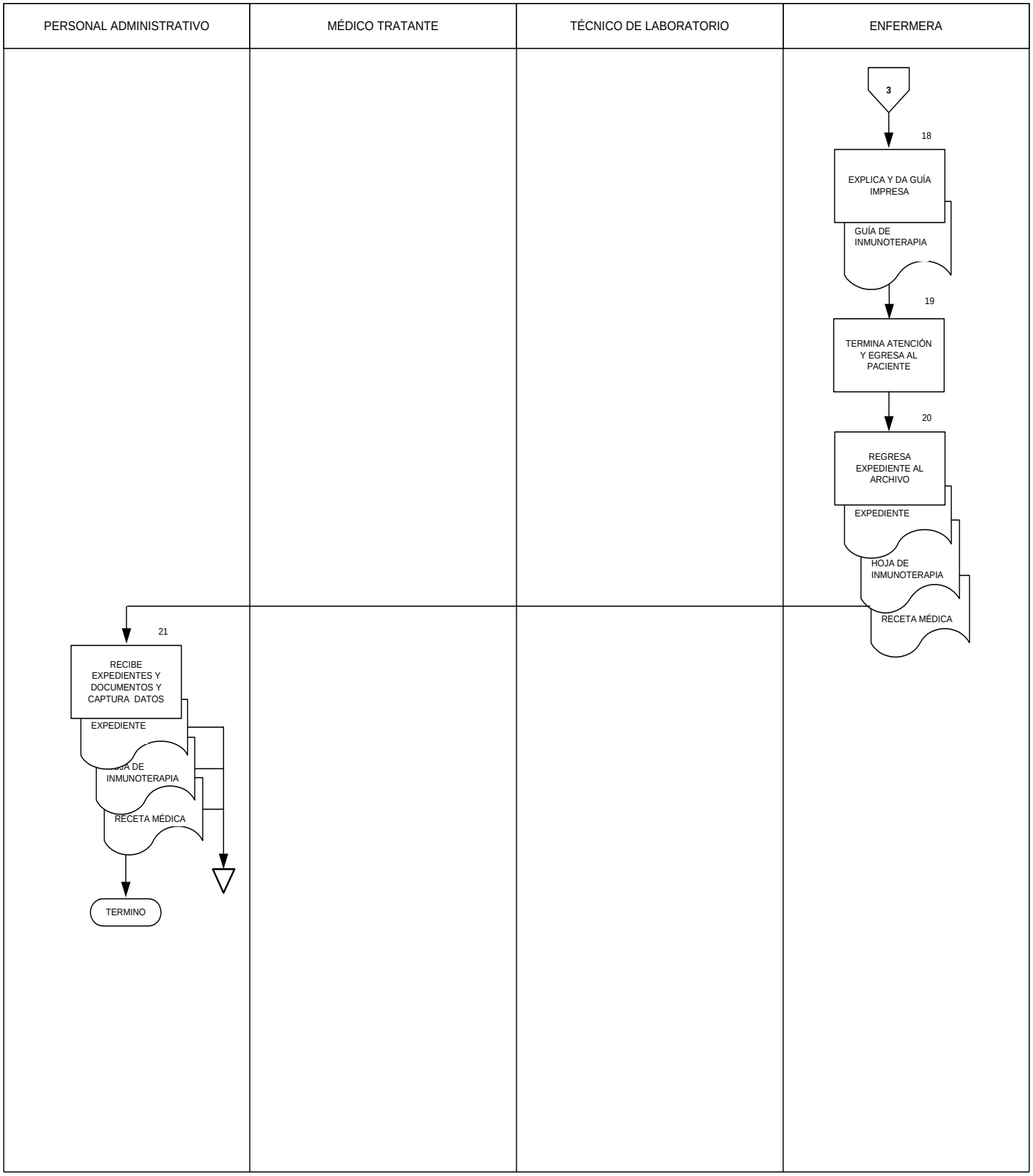
5. DIAGRAMA DE FLUJO



PERSONAL ADMINISTRATIVO	MÉDICO TRATANTE	TÉCNICO DE LABORATORIO	ENFERMERA




PERSONAL ADMINISTRATIVO
MÉDICO TRATANTE
TÉCNICO DE LABORATORIO
ENFERMERA
2
12
RECIBE EXPEDIENTE, ELABORÁ Y ETIQUETA VACUNA
EXPEDIENTE
HOJA DE INMUNOTERAPIA
RECETA MÉDICA
13
DETERMINA EL INICIO DE TRATAMIENTO
¿INICIA TRATAMIENTO?
NO
14
ENTREGA VACUNA
TERMINO
SI
15
LLEVA VACUNA PARA SU APLICACIÓN
16
APLICA Y VIGILA VACUNA
17
CAPACITA AL PACIENTE Y A FAMILIARES PARA SU APLICACIÓN
3/4
SI


PERSONAL ADMINISTRATIVO
MÉDICO TRATANTE
TÉCNICO DE LABORATORIO
ENFERMERA
3
18
EXPLICA Y DA GUÍA IMPRESA
GUÍA DE INMUNOTERAPIA
19
TERMINA ATENCIÓN Y EGRESA AL PACIENTE
20
REGRESA EXPEDIENTE AL ARCHIVO
EXPEDIENTE
HOJA DE INMUNOTERAPIA
RECETA MÉDICA
21
RECIBE EXPEDIENTES Y DOCUMENTOS Y CAPTURA DATOS
EXPEDIENTE
INMUNOTERAPIA
RECETA MÉDICA
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Manual de Organización del Servicio de Alergía e Inmunología.	No Aplica
6.4 Guia de Servicios a pacientes.	No Aplica
6.5 Guías de Diagnostico y Tratamiento del Servicio de Alergía e Inmunología.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 Años	Personal Administrativo	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Alergenos – Sustancias capaces de causar reacción alérgica.

8.2 Alergia – Reactividad exagerada específica hacia un alérgeno.

8.3 Buenas practicas clínicas. Estándar de calidad ético y científico internacional para el diseño, realización, registro e informe de pruebas que implican participación de seres humanos.

8.4 Carnet – Documento que rige como identificación del paciente dentro del Hospital en cualquiera de las especialidades.

8.5 Consulta de revisión de expediente. Consulta cuyo fin es revisar resultados de estudios de laboratorio y gabinete.

8.6 Dosificación de vacuna. Formulación del contenido, cantidades de alérgeno, del volumen de aforo y la frecuencia de aplicación.

8.7 Elaboración de vacuna

8.8 Expediente Clínico Único (ECU).- Documento integrado por la Hoja Frontal, Nota de valoración Inicial, Historia clínica, Notas médicas, Estudio socio económico y los resultados de estudios.

8.9 Inmunoterapia. (vacunas dealergia) Tratamiento para con la modificación de la respuesta inmune. En alergia el tratamiento con alérgenos o inmunomoduladores.

8.10 Medicina basada en evidencias.- Experiencia clínica, publicada y catalogada en función de su calidad y apego estricto al método científico.

8.11 Médico tratante. Médico responsable del tratamiento del paciente.

8.12 Pruebas cutáneas. Procedimiento de diagnóstico para conocer la reactividad específica ante alergenos o antígenos de reacción tardía.

8.13 Técnica de Prick. Aplicación de gotas de alergenos con alta concentración y punción percutanea superficial con lanceta.

8.14 Técnica Intradérmica. Aplicación de 0.1 ml. de alergenos a dilución 1:1000 con jeringa para insulina.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de inmunoterapia.
10.2 Carnet*
10.3 Guía de Inmunoterapia
10.4 Receta Médica*
10.5 Comprobante de pago*

*Ver formato del procedimiento 1.

10.1 Hoja de inmunoterapia.

Martes- Viernes

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

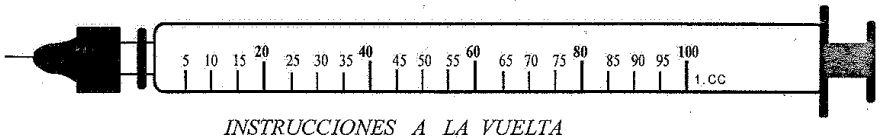
SERVICIO DE ALERGIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE DEL PACIENTE_____EXPEDIENTE No. _____

FECHA					
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

NO APLICAR MAS VACUNA QUE LA QUE SEÑALA ESTA HOJA



INSTRUCCIONES A LA VUELTA

10.3 Guía de Inmunoterapia.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

INSTRUCCIONES PARA ADMINISTRACIÓN DE VACUNA

NOMBRE DEL MEDICO_____

1.- El extracto debe guardarse en refrigeración.
2.- Aplicar la vacuna con precauciones de esterilidad, subcutánea usar jeringa INSULINA
3.- Las inyecciones se aplican en la parte superior del brazo. Cuando la aguja este en la piel, aspirar y observar si no sale sangre.
4.- Si después de cualquier aplicación de vacuna exista REACCION LOCAL, con enrojecimiento, además comezón, roncha aplicar hielo local, no se aumente en la siguiente dosis, sino repítase la dosis. Si hay una reacción GENERAL O CONSTITUCIONAL como estertor, dificultad para respirar fiebre y ronchas después de una inyección
"POR FAVOR VEA O HABLE A SU MEDICO.
5.- NINGUNA VACUNA SE DA A EL ENFERMO SIN LLEVAR ESTA INFORMACIÓN.
Empezar con 0,10 de c.c./mL y aumentar cada vez 0.10 de c.c./mL hasta llegar a un c.c./mL continuando con una c.c./mL hasta terminar el contenido del frasco. SUBCUTÁNEA 2 VECES POR SEMANA.
6.- Lavado de manos, alternar sitios de aplicación en ambos brazos, mismo horario los 2 días de la semana, frasco nuevo se inicia con 10 unidades. FAVOR DE TRAER TERMO CON GEL REFRIGERANTE CONGELADO PARA TRASLADAR SU VACUNA

NOMBRE DE ENFERMERA

6. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y REALIZACIÓN DE INTERCONSULTAS MÉDICAS

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para la solicitud y realización de las interconsultas médicas como mecanismo para brindar la atención médica adecuada e integral a los pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, con el fin de proporcionar una atención médica interdisciplinaria con calidad y calidez y lograr la satisfacción del usuario que solicita sus servicios.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, las Direcciones de Área supervisan que las Subdirecciones de área verifiquen el correcto funcionamiento, las Subdirecciones de área, supervisan que se cumplan los lineamientos, los Servicios médicos que solicitan interconsulta y segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario, necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente hospitalizado y al que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica será la responsable de establecer los lineamientos para la solicitud y realización de Interconsultas Médicas, así como de verificar su adecuado funcionamiento.

3.2 Será responsabilidad de las Direcciones Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento la difusión, vigilancia y verificación de este procedimiento a todos los servicios correspondientes a sus áreas de mando, respecto a la solicitud y realización de Interconsultas Médicas.

3.3 El médico tratante de los Servicios médico-quirúrgicos será responsable de realizar, si considera necesario, las solicitudes de interconsulta a las diferentes especialidades para garantizar un diagnóstico integral adecuado y el tratamiento que requiera el paciente, a través del formato de interconsulta, debidamente requisitado y firmado por un Médico de Base.

3.4 Para garantizar la respuesta oportuna del servicio al que se solicita la interconsulta, el Jefe de Servicio es responsable de realizar la distribución y establecimiento de un rol de médicos encargados de atender las interconsultas que se soliciten por otros servicios, mismo que deberá enviar a la Dirección de Área correspondiente con periodicidad mensual. La atención de interconsultas deberá realizarse en un lapso no mayor a 3 horas, en casos de urgencia, (identificados en la solicitud de interconsulta con la leyenda “urgente”) no deberá exceder al lapso de 30 minutos.

3.5 La solicitud de Interconsultas del Servicio de Urgencias Médicas se hará apegada a los lineamientos establecidos en los Procedimientos Generales para la Atención de los Pacientes Hospitalizados en Servicios Periféricos.

3.6 La solicitud de Interconsultas del servicio de Anestesiología al servicio de Terapia Médica Intensiva se apegará al Reglamento de Quirófanos Central y Periféricos.

3.7 La toma de decisiones, el seguimiento y el manejo de los pacientes será facultad y responsabilidad exclusiva de los médicos tratantes.

3.8 En las jornadas que no cuenten con un médico de base, la interconsulta será atendida por el médico residente de mayor jerarquía, y deberá notificar el caso interconsultado con el Médico de Base del Servicio a la brevedad, para su supervisión y evaluación.

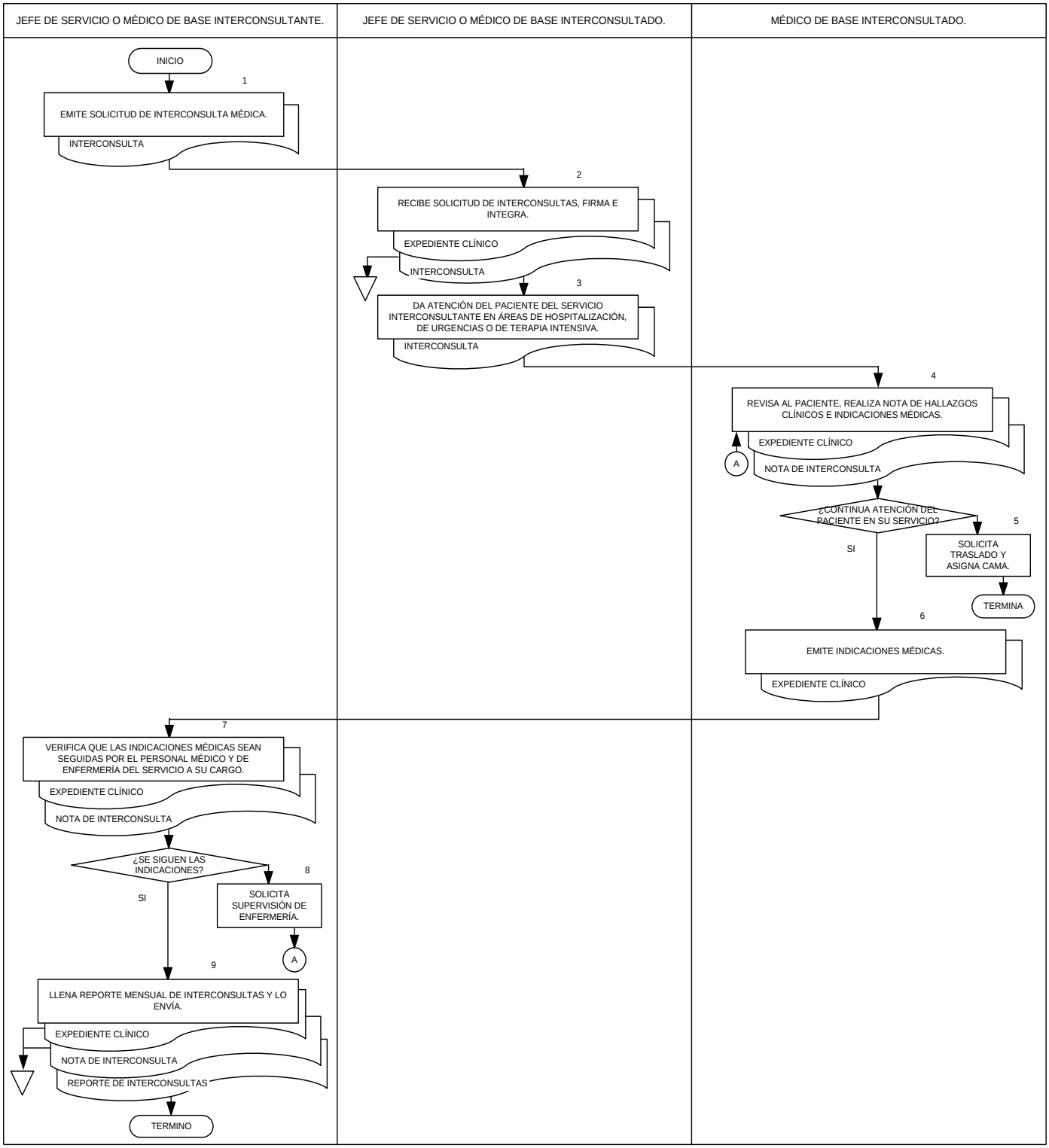
3.9 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

3.10 En caso de que el paciente sea identificado como parte de un grupo vulnerable, se le deberá dar prioridad a su atención, dentro de lo posible, con apego al procedimiento “Para la identificación y atención de pacientes pertenecientes a grupos vulnerables”, difundido por la Dirección General Adjunta Médica.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio o Médico de Base Interconsultante.	1	Emite la solicitud de Interconsulta Médica, de acuerdo a la evolución clínica del paciente hospitalizado en el Servicio a su cargo, a través del formato de interconsulta firmado en original y copia, lo turna al médico residente o médico interno de pregrado para su trámite.	• Formato de Interconsulta
Jefe de Servicio o Médico de Base Interconsultado.	2 3	Recibe el formato original de la solicitud de interconsultas médicas, firma la copia del formato, anotando fecha y hora de recepción y la archiva en el expediente clínico del enfermo. Asigna el caso, de acuerdo a rol proporcionado a la Dirección General Adjunta Médica a médico de base de su servicio, motivo de interconsulta, enfatizando en la atención del paciente del Servicio interconsultante en un lapso no mayor de 3 horas, en áreas de hospitalización y no mayor a 1 hora, cuando la interconsulta sea solicitada para un paciente de Urgencias o de Terapia Intensiva, o bien que tenga en su formato la leyenda “urgente” y entrega original del formato de interconsulta al médico asignado.	• Expediente clínico • Formato de Interconsulta
Médico de Base Interconsultado.	4 5 6	Acude al Servicio interconsultante, revisa al paciente, realiza nota de hallazgos clínicos e indicaciones médicas en el expediente del paciente, con apego a la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico y determina. ¿Continua atención del paciente en su Servicio? NO: Solicita traslado, asigna cama en el Servicio interconsultado y termina el procedimiento. SI: Emite y plasma en el expediente las indicaciones médicas.	• Expediente Clínico • Nota de interconsulta.
Jefe de Servicio o Médico de Base Interconsultante.	7 8 9	Verifica que las indicaciones médicas anotadas por el Servicio interconsultado sean seguidas por el personal médico y de enfermería del Servicio a su cargo. ¿Se siguen las indicaciones adecuadamente? No: Solicita supervisión a la Jefatura de Enfermería y regresa a la actividad 4. Sí: Archiva original de interconsulta en el expediente clínico del paciente, llena formato de reporte mensual de interconsultas realizadas y lo envía a la Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas Administrativos. **TERMINA**	• Expediente Clínico • Nota de interconsulta. • Reporte de Interconsultas.

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Hospital General de México “Eduardo Liceaga”	No Aplica
6.3 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.4 NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico	No Aplica
6.5 Reglamento Interno de Quirófanos Central y Periféricos.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de solicitud de Interconsultas Médicas.	5 años	Encargado de Archivo de Expedientes	No aplica
7.2 Expediente Clínico.	5 años	Encargado de Archivo de Expedientes.	No aplica
7.3 Reporte Mensual de Interconsultas.	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Formato de Interconsulta Médica: Documento mediante el cual se solicita la Interconsulta Médica del Servicio Interconsultante.

8.2 Médico Interno de Pregrado: Médico que se encuentra realizando su Internado Rotatorio de Pregrado, según lineamientos de la carrera de Médico Cirujano, de cualquier Universidad o Escuela con reconocimiento oficial.

8.3 Médico Residente: Médico en fase de entrenamiento en cualquier especialización médica.

8.4 Servicio Interconsultado: Servicio que otorga la interconsulta médica.

8.5 Servicio Interconsultante: Servicio que solicita la interconsulta médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualizació	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Interconsulta. (Ver anexo del procedimiento 1)
10.2 Historia Clínica.
10.3 Formato de reporte Mensual de Interconsultas.

10.2 Historia Clínica.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
"DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA Nº 13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de elaboración:	Haga clic aquí para escribir una fecha.	**Hora de elaboración:**	Haga clic aquí para escribir texto.	h.

I. DATOS GENERALES:

Nombre:	Haga clic aquí para escribir texto.

ECU:	Haga clic aquí para escribir texto.	**Servicio / Unidad:**	Haga clic aquí para escribir texto.	**Cama:**	Haga clic aquí para escribir texto.
Fecha de ingreso:	Haga clic aquí para escribir una fecha.	**Hora de ingreso:**	Haga clic aquí para escribir texto.	**Ingreso previo:**	Haga clic aquí para escribir texto.
Fecha de nacimiento:	Haga clic aquí para escribir texto.	**Edad:**	Haga clic aquí para escribir texto.	**Género:**	Elija un elemento.
Estado Civil:	Elija un elemento.	**Ocupación:**	Haga clic aquí para escribir texto.	**Religión:**	Haga clic aquí para escribir texto.
Teléfono:	Haga clic aquí para escribir texto.	**Familiar responsable:**	Haga clic aquí para escribir texto.	**Interrogatorio:**	Haga clic aquí para escribir texto.
Lugar de origen:	Haga clic aquí para escribir texto.		**Lugar de residencia:**	Haga clic aquí para escribir texto.	
Escolaridad:	Elija un elemento.		Elija un elemento.	**Años cursados:**	Haga clic aquí para escribir texto.

II. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

	SI / NO	FAMILIAR		SI / NO	FAMILIAR / TIPO
Diabetes II	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.	**Cáncer**	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
HTA	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.	**Enfermedades Autoinmunes**	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Ins. Renal	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.	**Malformaciones**	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Obesidad	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.	**Otras**	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATÓLÓGICOS:

	Opciones	Comentarios	
Habita en casa propia	Elija un elemento.	**Número de habitantes**	Haga clic aquí para escribir texto.
Zoonosis	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.	
Combe	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.	
Baño y cambio de ropa diario	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.	
Vacunas	Haga clic aquí para escribir texto.		

Dieta:	Haga clic aquí para escribir texto.		
Grupo sanguíneo:	Elija un elemento.	**Factor Rh**	Elija un elemento.

Antecedentes Ginecoobstetricos

FUM	Gesta	Para	Aborto	IVSA
Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.
Método anticonceptivo	Haga clic aquí para escribir texto.			

IV. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

	Comentario
Alergias	Haga clic aquí para escribir texto.
Tabaquismo	Haga clic aquí para escribir texto.
Alcoholismo	Haga clic aquí para escribir texto.
Toxicomanías	Haga clic aquí para escribir texto.
Cirugías previas	Haga clic aquí para escribir texto.
Tatuajes	Haga clic aquí para escribir texto.
Hospitalizaciones	Haga clic aquí para escribir texto.

V. PADECIMIENTO ACTUAL:

Haga clic aquí para escribir texto.

1

VI. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

	DESCRIPCION	
Síntomas generales	Haga clic aquí para escribir texto.	
Respiratorio	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Digestivo	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Cardiovascular	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Genitourinario	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Hematopoyético	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Endocrinológico	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Nervioso	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Piel y anexos	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.
Músculo-esquelético	Elija un elemento.	Haga clic aquí para escribir texto.

VII. EXPLORACIÓN FÍSICA (Signos vitales y somatometría):

F. cardiaca (lpm)	Haga clic aquí para escribir texto.	**F. respiratoria (rpm)**	Haga clic aquí para escribir texto.	**Temperatura (°C)**	Haga clic aquí para escribir texto.
Presión arterial (mm Hg)	Haga clic aquí para escribir texto.	**Peso (Kg)**	Haga clic aquí para escribir texto.	**Talla (Cm)**	Haga clic aquí para escribir texto.

Habitus exterior:
Haga clic aquí para escribir texto.

Cabeza:
Haga clic aquí para escribir texto.

Cuello:
Haga clic aquí para escribir texto.

Tórax:
Haga clic aquí para escribir texto.

Abdomen:
Haga clic aquí para escribir texto.

Extremidades:
Haga clic aquí para escribir texto.

Genitales:
Haga clic aquí para escribir texto.

Otros:
Haga clic aquí para escribir texto.

VIII. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y OTROS:

Previos:
Haga clic aquí para escribir texto.

Actuales :
Haga clic aquí para escribir texto.

IX. TERAPEÚTICA EMPLEADA Y RESULTADOS OBTENIDOS (medicamento, dosis, vía, periodicidad):

Previos:
Haga clic aquí para escribir texto.

X. DIAGNÓSTICO (S) O PROBLEMAS CLÍNICOS:

Haga clic aquí para escribir texto.

XI. ABORDAJE DIAGNÓSTICO:

Haga clic aquí para escribir texto.

XII. PLAN TERAPÉUTICO:

Haga clic aquí para escribir texto.

XIII. PRONÓSTICO:

Haga clic aquí para escribir texto.

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
"DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA Nº 13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HISTORIA CLÍNICA

XIV. EVALUACIÓN INICIAL

Paciente:	Elija un elemento.	de	Haga clic aquí para escribir texto.	de edad.	**Nivel socioeconómico:**	Elija un elemento.	
Con diagnósticos:	Haga clic aquí para escribir texto.						
Escala visual análoga de dolor (verificar en hoja de enfermería) :	Elija un elemento.		**Riesgo de caída (verificar en hoja de enfermería):**		Elija un elemento.		
Grado funcional de Steinbrocker:	Elija un elemento.						
Evaluación psicológica de tamizaje:	Elija un elemento.						
	Requiere evaluación del área de Salud Mental:		Elija un elemento.				
Evaluación nutricional:	IMC=(Peso/Talla^2):		Haga clic aquí para escribir texto.				
	En caso de:		Elija un elemento.				
	Requiere interconsulta al área de Nutrición:		Elija un elemento.				
Evaluaciones especializadas adicionales:	Elija un elemento.		Otras evaluaciones, especifique: Haga clic aquí para escribir texto.				

Evaluación social					
Menor de edad.	☐	Adultos mayores.	☐	Refugiados	☐
Embarazada.	☐	Comatosos.	☐	Enfermos en estadios terminales	☐
Sobrepeso u obesidad.	☐	Dependencia a drogas.	☐	Migrantes.	☐
Víctimas de abuso.	☐	Pacientes indígenas.	☐	Jornaleros agrícolas.	☐
Discapacitados.	☐	Pacientes en situación de calle.	☐	Dependencia al alcohol.	☐
Trastornos psiquiátricos o emocionales.	☐	Negligencia o violencia familiar.	☐	Preferencias sexuales no heterosexual	☐

Evaluación cultural (creencias y valores)	
¿Tiene usted alguna religión o creencia?	Elija un elemento.
Si la respuesta anterior es **SI**: ¿Cuál?	Haga clic aquí para escribir texto.
Si la respuesta es **NO**: ¿Cree Usted en un Dios o ser superior?	Elija un elemento.
¿Necesita usted apoyo espiritual o religioso?	Elija un elemento.
¿Existe algún factor como parte de sus creencias que interfiera en su atención médica?	Elija un elemento.
Si la respuesta es SI: ¿Cuál?	Haga clic aquí para escribir texto.

Barreras para el aprendizaje (condiciones que limitan el aprendizaje)			
Comunicación:	Elija un elemento.	¿Cuál?	Haga clic aquí para escribir texto.
Alteraciones visuales :	Elija un elemento.		
Alteraciones auditivas (hipoacusia, sordera, etc.):	Elija un elemento.		
Retraso mental:	Elija un elemento.		
Otras:	Haga clic aquí para escribir texto.		

Necesidades de educación		
Escolaridad del jefe de familia y/o familiar responsable:	Elija un elemento.	Elija un elemento.
Paciente y/o familiar requiere capacitación:	Elija un elemento.	
Especifique tipo de capacitación:	Haga clic aquí para escribir texto.	

Disposición para aprender			
¿Actualmente con respecto a su enfermedad Usted se siente?			
Elija un elemento.			
¿Conoce Usted acerca de su enfermedad?	Elija un elemento.	¿Le gustaría o estaría dispuesto a aprender acerca de ella?	Elija un elemento.

Planeación temprana del alta (orientación y entrenamiento para cuidados del paciente una vez que sea egresado).							
Hemodiálisis o diálisis peritoneal ambulatoria.	☐	Traqueostomizados.	☐	Pacientes ostomizados.	☐	Tratamiento con insulina.	☐
Úlceras por presión o heridas.	☐	Dependientes de oxígeno.	☐	Amputación reciente.	☐	Clase funcional IV de Steinbrocker.	☐
Otro (s):	Haga clic aquí para escribir texto.						

XV. PERSONAL HOSPITALARIO.

SALUD

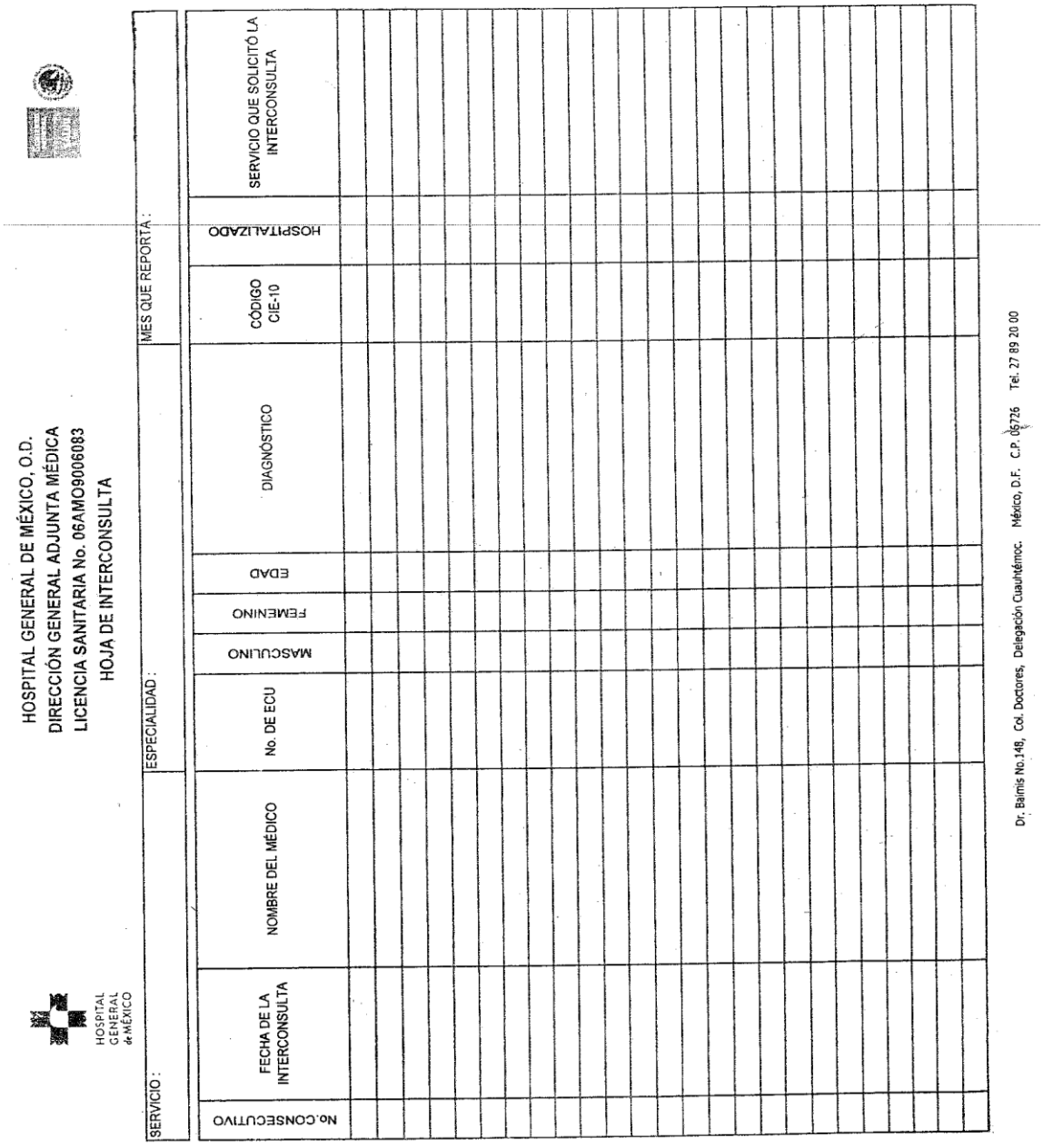
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
"DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA Nº 13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HISTORIA CLÍNICA

	Nombre completo / Cargo	Cédula Profesional	Firma
Elaboró:	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	
Revisor:	Haga clic aquí para escribir texto.	Haga clic aquí para escribir texto.	

10.3 Formato de reporte Mensual de Interconsultas



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 06AM09006083
HOJA DE INTERCONSULTA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

SERVICIO : ESPECIALIDAD : MES QUE REPORTA :

No. CONSECUTIVO	FECHA DE LA INTERCONSULTA	NOMBRE DEL MÉDICO	No. DE ECU	MASCULINO	FEMENINO	EDAD	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CIE-10	HOSPITALIZADO	SERVICIO QUE SOLICITÓ LA INTERCONSULTA

Dr. Balmis No.148, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc. México, D.F. C.P. 06726 Tel. 27 89 20 00

7. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN SERVICIOS PERIFÉRICOS VÍA CONSULTA EXTERNA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico de los Servicios que cuentan con hospitalización para los casos de pacientes que acuden a solicitar los servicios médicos a través de la Consulta Externa y requieran internamiento, éste se haga en los servicios periféricos, independientemente del servicio tratante, con el fin de optimizar recursos humanos, materiales y la infraestructura instalada, para obtener la satisfacción del usuario del Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento tiene alcance para todo el personal médico y paramédico de los Servicios que cuentan con camas censables disponibles para hospitalización, la Subdirección de Enfermería el Departamento de Trabajo Social y al personal administrativo de Admisión.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Los pacientes podrán ser hospitalizados en las camas censables que se encuentren disponibles en los servicios y/o unidades, de acuerdo al registro del sistema CORTEX del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y el personal administrativo del Departamento de Admisión será responsable de asignar la cama censable disponible, en los casos que el servicio tratante se encuentre con ocupación del 100%.

3.2 Si el paciente ingresa a través de la Consulta Externa de cualquier especialidad médica o quirúrgica, el departamento de Trabajo Social del edificio 401 (Consulta Externa) será responsable de elaborar el estudio socioeconómico, para otorgar la clasificación del nivel de pago, misma que se anexará al formato de solicitud de internamiento y se enviará al departamento de Admisión hospitalaria del mismo edificio 401.

3.3 El médico tratante del servicio de Consulta Externa que indique el internamiento del paciente será responsable de informar por escrito en el formato correspondiente al Jefe de Servicio y/o Unidad del servicio periférico asignado la cama donde se ingresó al paciente y al Jefe de Servicio y/o Unidad que estará a cargo del paciente como servicio tratante.

3.4 Al ingreso del paciente a la cama del Servicio periférico que le fue asignada, el Personal Médico y de Enfermería del mismo serán los responsables de otorgar atención médica adecuada, en base a las indicaciones giradas por el servicio tratante; ante cualquier eventualidad médica, que requiera la atención urgente, la atenderá e informará de la misma a los médicos del servicio tratante.

3.5 Es responsabilidad del Personal Médico y Paramédico del Servicio Periférico donde físicamente el paciente permanecerá de manera temporal, otorgar los recursos materiales e insumos necesarios para la atención del paciente, de acuerdo a las indicaciones del servicio tratante.

3.6 Los Médicos del Servicio tratante serán responsables de la atención médica, asistirán al paso de visita y revisiones médicas, con la periodicidad que el estado clínico del paciente lo requiera, con estricto apego a la NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.

3.7 Será responsabilidad del Jefe del Servicio tratante el traslado del paciente hospitalizado en un servicio periférico tan pronto como se cuente con la disponibilidad de espacio físico (cama censable desocupada) y de realizar el trámite de traslado correspondiente, con estricto apego al procedimiento de Ingresos, Egresos y Traslados emitido por la Dirección General Adjunta Médica.

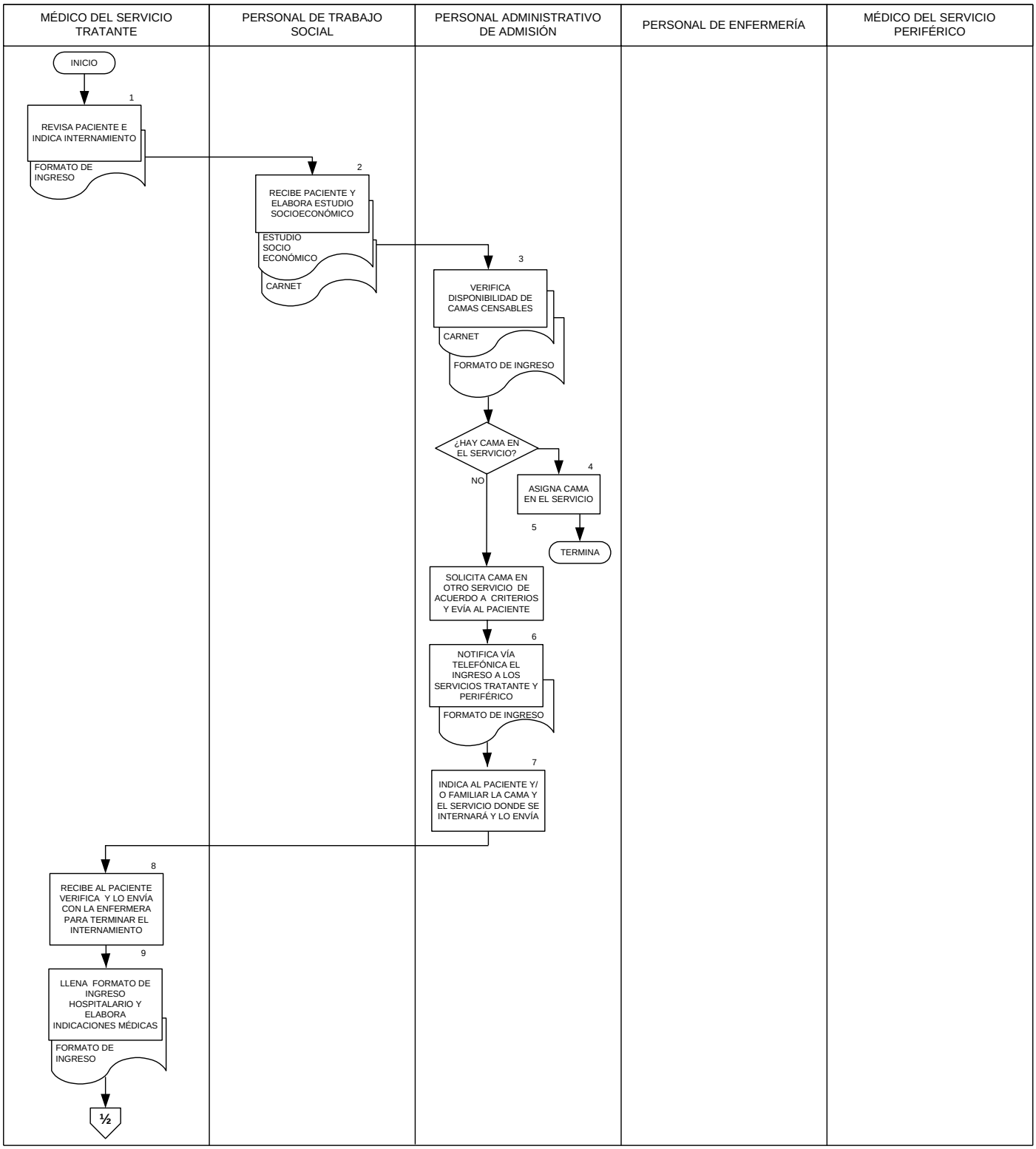
3.8 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se realizarán con apego a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética y al Decálogo de Ética vigentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

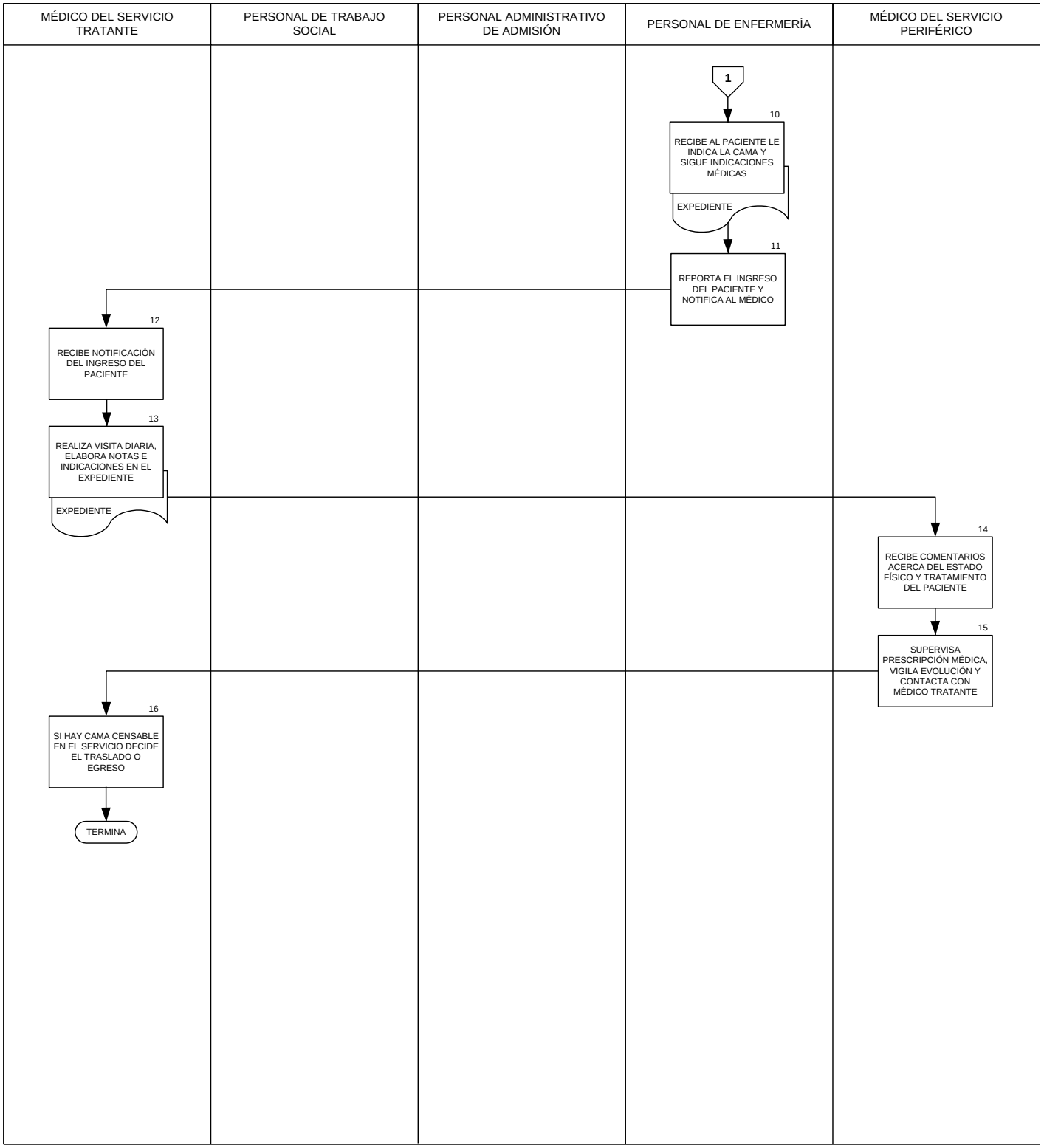
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico del Servicio Tratante	1	Revisa al paciente y de acuerdo a condiciones clínicas, indica que deberá internarse para tratamiento médico quirúrgico, llena formato de indicación de ingreso hospitalario y envía al paciente a Trabajo Social.	• Formato de ingreso.
Personal de Trabajo Social	2	Recibe al paciente, realiza el estudio socioeconómico, indica en el carnet el nivel de pago correspondiente y anexa la ficha socioeconómica al formato de ingreso y envía al paciente al Departamento de Admisión.	• Carnet. • Estudio socioeconómico.
Personal Administrativo de Admisión	3	Recibe al paciente, verifica falta de disponibilidad de camas censables en el Servicio tratante que indica el internamiento. ¿Hay cama disponible en el Servicio?	• Carnet. • Formato de ingreso.
	4	Si: Asigna cama censable disponible en el Servicio y termina procedimiento.	
	5	No: Confirma disponibilidad de camas censables en otros Servicios (Servicios periféricos) de acuerdo a “Criterios de asignación de servicio equitativo por especialidad”.	
	6	Notifica vía telefónica al Servicio Tratante y Periférico del ingreso del paciente.	
	7	Indica al paciente y/o familiar la cama y el Servicio donde se va a internar y lo envía con el médico tratante para notificación.	
Médico del Servicio Tratante	8	Recibe al paciente, quien le notifica la cama y servicio asignado, lo envía con el personal de enfermería del Servicio periférico para continuar proceso de internamiento.	• Formato de ingreso.
	9	Llena formato de notificación de ingreso hospitalario en servicio periférico y lo envía al Jefe del Servicio periférico y elabora indicaciones médicas y las envía con el paciente.	
Personal de Enfermería de Servicio Periférico	10	Recibe al paciente, le indica cama asignada, revisa y sigue las indicaciones del médico tratante.	• Expediente clínico
	11	Reporta al Jefe de Servicio y/o Unidad acerca del ingreso del paciente y que Servicio es tratante responsable, notifica al médico del Servicio tratante acerca del ingreso del paciente en el Servicio periférico.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico del Servicio Tratante	12	Recibe notificación de ingreso de paciente en Servicio periférico por la enfermera encargada.	• Expediente clínico
	13	Realiza paso de visita diaria, elabora notas e indicaciones en el expediente clínico, comenta con el personal médico de Servicio Periférico para comentar el tratamiento.	
Médico del Servicio Periférico	14	Recibe comentarios acerca del estado físico y tratamiento del paciente por parte del médico tratante.	
	15	Supervisa el cumplimiento de la prescripción médica indicada por Servicio tratante, vigila la evolución del paciente y está en contacto con el médico tratante para el momento del traslado a su Servicio.	
Médico del Servicio Tratante	16	Una vez que hay disponibilidad de espacio físico (cama censable), decide el traslado del paciente, o de ser necesario y el egreso del Hospital. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DEL SERVICIO TRATANTE
PERSONAL DE TRABAJO SOCIAL
PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN
PERSONAL DE ENFERMERÍA
MÉDICO DEL SERVICIO PERIFÉRICO
1
10
RECIBE AL PACIENTE LE INDICA LA CAMA Y SIGUE INDICACIONES MÉDICAS
EXPEDIENTE
11
REPORTA EL INGRESO DEL PACIENTE Y NOTIFICA AL MÉDICO
12
RECIBE NOTIFICACIÓN DEL INGRESO DEL PACIENTE
13
REALIZA VISITA DIARIA, ELABORA NOTAS E INDICACIONES EN EL EXPEDIENTE
EXPEDIENTE
14
RECIBE COMENTARIOS ACERCA DEL ESTADO FÍSICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE
15
SUPERVISA PRESCRIPCIÓN MÉDICA, VIGILA EVOLUCIÓN Y CONTACTA CON MÉDICO TRATANTE
16
SI HAY CAMA CENSABLE EN EL SERVICIO DECIDE EL TRASLADO O EGRESO
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Organización del Servicio de Alergía y Inmunología	No aplica
6.3 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica
6.4 Guías de Diagnóstico y Tratamiento del Servicio de Alergía y Inmunología	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- Cama en servicio instalada en el área de hospitalización para uso de pacientes internos, debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica de un paciente. El servicio de admisión la controla o asigna al paciente al momento de su ingreso al Hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento.

8.2 Ficha socioeconómica.- Documento que resume la situación socio económica del paciente, para fines de categorización de cuotas de recuperación, es realizada por el Departamento de Trabajo Social.

8.3 Hospitalización.- Procedimiento mediante el cual un paciente es ingresado en una cama censable para su atención y/o vigilancia estrecha, si sus condiciones clínicas lo ameritan.

8.4 Servicio Periférico.- Servicio que recibe al paciente durante su ingreso temporal por falta de espacio físico disponible (cama censable) en el servicio tratante.

8.5 Servicio Tratante.- Servicio que genera el ingreso del paciente.

8.6 Sistema CORTEX.- Programa de computación tipo administrativo que sirve para realizar el control de las camas, para ingresos, egresos y traslados, contiene además otras aplicaciones de información de los pacientes como diagnósticos de ingreso y egreso, fechas de ingreso y egreso, etc.

8.7 Traslado.- Es la transferencia de un paciente de un servicio a otro dentro del mismo hospital con el propósito de que continúe con el tratamiento.

|9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver anexos del procedimiento 1)
10.2 Formato de indicación hospitalaria.
10.3 Ficha socioeconómica (Ver anexos del procedimiento 3)
10.4 Formato de notificación de ingreso hospitalario en Servicio periférico.

10.2 Formato de indicación hospitalaria.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
HOJA DE INDICACION DE INGRESO HOSPITALARIO

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

México D.F. a _____ de _____ 20 _____

Realizar tramite de ingeso hospitalario a:
Nombre del paciente: _____
Numero de (ECU): _____

Tipo de Internamiento: ☐ Normal ☐ Con estancia

Servicio: _____ Cama: _____

Procedencia: ☐ Consulta externa ☐ Urgencias ☐ Referido

Diagnóstico (s) de ingeso: _____

Tipo de Ingreso: ☐ Primera vez ☐ Subsecuente

Médico que indica el Ingreso: _____
(NOMBRE COMPLETO)

Caso: ☐ Médico ☐ Quirúrgico

Cédula Profesional: _____ Firma _____

DGAM/DEM

DR. BALMIS N° 148 COL. DOCTORES, DELEGACION CUAUHTEMOC, C.P. 06726, MEXICO D.F. TEL 27-89-2000

10.3 Ficha socioeconómica

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

T.S E.Soc 1

No. Expediente 1 **Servicio:** 2 **fecha** 3

I. DATOS GENERALES DEL PACIENTE:

Nombre: 4 **Sexo** 5

Apellido paterno materno nombre (s)

Fecha de Nacimiento: 6 **Edad:** 7 **Edo. Civil:** 8

Escolaridad: 9 **Ocupación:** 10 **Referencia:** 11

Derechohabiente o Beneficiario (12) SÍ ( ) NO ( ) Cuál?_____ **Religión:** 13

Tipo de Estudio (14): **1ra Vez:** **Actualización:**

Domicilio permanente (15):

Calle	No. Ext. – Int.	Colonia//Localidad	C.P.

Municipio/Delegación **Estado** **Tel:**

Familiar responsable (16): **Parentesco:** 17

Domicilio (18):

Calle	No. Ext. – Int.	Colonia//Localidad	C.P.

Municipio/Delegación **Estado** **Tel:**

II.-CONDICIONES ECONÓMICAS

Personas que aportan	$ INGRESO MENSUAL (19)
Jefe de Familia	
Esposa (o)	
Hijo (a)	
Otro (s)	
Total	

Núm. Integrantes (21)

Desglose de gastos:	$ EGRESO MENSUAL (20)
Alimentación/Despensa	
Renta/hipoteca/predio	
Agua	
Luz	
combustible	
Transporte	
Educación	
Teléfono	
Salud	
Serv. Doméstico	
Consumos Adicionales	
TOTAL	

Relación Ingreso- Egreso (22)

Situación Económica: (24)

Déficit ☐ **Equilibrio** ☐ **Superávit** ☐

Ocupación del principal proveedor económico (25): _____ ☐

III. VIVIENDA:

Tipo de Tenencia (26): **Propia (3)** **Prestada (2)** **Rentada (1)** **Otro: (0)**_____ ☐

Grupo	Tipo de vivienda (27)	Ptos.
Grupo 1	Institución de protección social, cueva, choza, jacal, casa rural, barraca, tugurio o cuarto redondo, o sin vivienda.	0
Grupo 2	Vecindad o cuarto de servicio.	1
Grupo 3	Departamento o casa popular, unidades habitacionales (interés social)	2
Grupo 4	Departamento o casa clase media con financiamiento propio o hipoteca	3
Grupo 5	Departamento o casa residencial.	5

Servicios Públicos (28)

alumbrado público **pavimentación** **alcantarillado** **recolección de basura** _____

4 o más (3) **3 serv. (2)** **2 serv. (1)** **0-1 serv. (0)** ☐

Servicios Intradomiciliarios (29) **4 o más (3)** **3 serv. (2)** **2 serv. (1)** **0-1 serv. (0)** ☐

Material de Construcción (30) **Mampostería (2)** **Mixta (1)** **Lámina, Madera, material de la región (0)** ☐

Número de Dormitorios (31) **5 ó + (2)** **3-4 (1)** **1-2 (0)** ☐

Número de Personas por dormitorio (32) **1-2 (2)** **3 per (1)** **4 o más (0)** ☐

IV. ESTADO DE SALUD

DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL PACIENTE (33): _____

¿Desde hace cuánto tiempo está enfermo el paciente? (34)

Menos de 3 meses o sin (2) **De 3/6 meses (1)** **Más de 6 meses (0** 0

¿El paciente tiene otros problemas de Salud además del que presenta y por el cual se atiende en otra institución? (35)

NO (1) **SÍ (0)** **¿Cuál?** _____ **¿Dónde se atiende?** _____

Estado de Salud de los integrantes de la familia (36):

Ningún enfermo (2) **Un enfermo (1)** **Dos o el principal proveedor económico (0)** 0

Familiograma: (37) (hoja anexa)

Paciente en condiciones de vulnerabilidad (87)	S/N
Habla alguna lengua indígena (39)	S/N

I. NOMBRE DEL FORMATO: Estudio Socioeconómico TSE.Soc 1
II. OBJETIVO: Contar con un instrumento que permita recabar información para evaluar la situación socioeconómica del paciente y su familia.
III. RESPONSABLE: Para fines de elaboración, el Trabajador Social del área operativa. Para fines de supervisión, la Supervisora de Trabajo Social.
IV. PERIODICIDAD: Cada vez que el trabajador social asigne nivel de clasificación de primera vez o subsecuente.
V. NUMERO DE TANTOS: En original.
VI. DISTRIBUCIÓN: Para el expediente clínico del paciente.

VII. INSTRUCCIONES DE LLENADO:

No. A N O T A R

1. El número de ECU que se le asigna al paciente cuando ingresa a la institución.
2. Especialidad o área donde se realizó el estudio socioeconómico.
3. Día, mes y año en que se elabora el documento.
4. Nombre y apellidos completos del paciente sin abreviaturas.
5. Masculino o Femenino
6. Día, mes y año en que nació el paciente. (día00/mes00/año0000)
7. Con número la edad del paciente.
8. Situación legal del paciente. (Soltero, casado, viudo).
9. Año escolar que está cursando el paciente o grado máximo de estudios cursado.
10. Nombre de la actividad que desempeña laboralmente el paciente.
11. Institución médica de donde fue derivado el paciente.
12. Nombre de la Institución que le proporciona Seguridad Social
13. El nombre de la doctrina religiosa que profesa el paciente.
14. Anotar si es primera vez o actualización de datos.
15. Lugar donde vive el paciente, incluyendo calle, número exterior e interior, colonia, localidad, código postal, Estado, País y número telefónico con lada.
16. Nombre y apellidos completos de la persona que se hace responsable del paciente ante la institución.
17. Relación que tiene con el paciente la persona que firma como responsable.
18. Lugar donde reside el responsable del paciente en forma permanente (calle, número exterior e interior, colonia, código postal, delegación o municipio, estado y número telefónico incluyendo clave lada).
19. Registrar ingresos mensuales de las personas que aportan al gasto familiar y obtener la suma total.
20. Desglose de egresos mensuales referidos en los diferentes rubros, promedio mínimo estimado.
21. Registrar el número total de los integrantes que dependen económicamente del mismo ingreso y que viven en el mismo núcleo familiar.
22. Anotar el % que se obtiene en la relación ingreso – egreso (de acuerdo a la tabla A mayor porcentaje de gasto, menor puntaje) y en la casilla correspondiente, la calificación resultado del % obtenido.
23. Relación ingreso-número de dependientes económicos y anotar puntaje de acuerdo a la tabla correspondiente a la zona geográfica donde se realiza el estudio socioeconómico.
24. Una “X” en la categoría que corresponda a la situación socioeconómica del paciente y su familia.
25. Nombre de la actividad que desempeña al momento del estudio el principal proveedor económico (de acuerdo al catálogo de ocupación) y la calificación correspondiente.
26. Con una “X” la condición en que se encuentra la vivienda que habita el paciente y su familia (Propia, rentada, prestada, etc.) Si se encuentra en proceso de pago, se considera rentada.
27. Con una “X” el tipo de vivienda en que vive l paciente y su familia (Vecindad, depto., casa, etc) y la calificación correspondiente.

28. Marcar con una “X” la cantidad de servicios con que cuenta la vivienda que habita el grupo familiar. (Alumbrado público, pavimentación, alcantarillado, recolección de basura, agua y teléfono público) y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
29. Marcar con una “X” el número total de servicios con que se cuenta dentro de la vivienda (agua, luz, drenaje, gas, teléfono, otros) y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
30. Marcar con una “X” el tipo de material prevaleciente en la construcción de la vivienda y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
31. Marcar con una “X” Total de habitaciones utilizadas para dormir, y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
32. Marcar con una “X” el número máximo de personas que ocupan un dormitorio y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
33. Anotar el diagnóstico médico probable y/o inicial que el paciente.
34. Seleccionar la categoría que corresponda al tiempo de evolución de la enfermedad del paciente y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
35. Si el paciente tiene otros problemas de salud, marcar con una “X” la variable que corresponda, tipo de padecimiento y lugar donde se atiende, asimismo el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha.
36. Marcar con una “X” la variable que corresponda, si existen más pacientes en el grupo familiar, y el puntaje correspondiente en el recuadro de la derecha
37. Elaborar en hoja anexa el diagrama de la composición familiar.
38. Anotar la palabra “SI” ó “NO” si el paciente se encuentra en condiciones de vulnerabilidad.
39. Registrar si el paciente habla alguna lengua indígena y seleccionar que dialecto es.
40. Anotar la interpretación profesional de la situación socioeconómica del paciente y grupo familiar.
41. Anotar con número el total resultado de la sumatoria de las calificaciones obtenidas en cada una de las variables.
42. Anotar con número el nivel de clasificación que corresponda al paciente con base a los puntos obtenidos.
43. Anotar nombre completo del paciente y/o familiar que proporcionó la información y su firma (opcional, de acuerdo a política interna de cada institución).
44. Anotar el nombre completo, firma y cédula profesional del T.S. que realizó el estudio socioeconómico.

10.4 Formato de notificación de ingreso hospitalario en Servicio periférico.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.
HOJA DE NOTIFICACIÓN DE INGRESO PACIENTE PERIFÉRICO

Nombre del paciente_____ No. Exp._____

Edad:_____ Sexo:_____ Diagnóstico:_____

Servicio de Procedencia:_____

Nombre y firma del médico:_____

Servicio al que ingresa:_____ Cama: _____

Servicio Responsable:_____ Unidad: _____

Nombre y Firma del Médico Responsable:_____

Fecha: _____ Hora:_____

8. PROCEDIMIENTO PARA LA RECEPCIÓN DEL PACIENTE Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PARA SU INGRESO A HOSPITALIZACIÓN VÍA CONSULTA EXTERNA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico, de enfermería, paramédico y administrativo relacionado con las acciones a desarrollar para controlar el expediente clínico y atender las solicitudes de internamiento que se generen por los Servicios médico-quirúrgicos del Hospital, en el área de admisión de la Consulta Externa, registrando a los pacientes que requieren hospitalización, referidos de la consulta externa, con la finalidad de proporcionar una adecuada atención médica, lograr la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios y llevar un control de los ingresos – egresos y del expediente clínico correspondiente.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección General Adjunta Médica, quién coordina y supervisa las actividades inherentes al mismo, a las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento), quienes verifican la realización adecuada del procedimiento, a la Subdirección de Enfermería, para supervisar las actividades del personal a su cargo, jefes de servicio, jefes de Unidad y de áreas médicas, quienes coordinan y verifican que se realice adecuadamente el procedimiento. El personal paramédico y administrativo de los Servicios Médicos, coadyuvan a la atención del paciente, el apego a los procedimientos de ingreso – egreso, el adecuado manejo del expediente clínico y en todas las actividades que le son inherentes.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de Médico de base tratante de los Servicios Médico – quirúrgicos solicitar, si se requiere, la hospitalización de los pacientes para su tratamiento en una cama censable, a través del formato “solicitud de internamiento” el cual entregará al paciente y enviará al área de admisión en la Consulta Externa para que el personal administrativo de la oficina de Admisión inicie el trámite.

3.2 El Médico especialista de base de la consulta externa, además de decidir hospitalizar al paciente, deberá:

a) Proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas de tratamiento, lo anterior es un lenguaje claro y explicito asegurando la total comprensión por parte del enfermo y sus familiares, para que realicen su toma de decisiones **y participen, dentro de lo posible, dentro de lo posible en el tratamiento instituido, acatando las indicaciones médicas y recomendaciones, con la finalidad de que la evolución del padecimiento sea satisfactoria.**
b) Informar que, por ser un Hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico, de enfermería, nutrición, psicología, etc) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo la supervisión del personal de base.
c) Dar a conocer al paciente y familiares sobre la atención propuesta, los resultados que se esperan, los estudios requeridos, **respetando en todo momento los derechos humanos individuales, tanto del paciente como de sus familiares.**

3.3 Será responsabilidad del Médico tratante asignado de la Consulta Externa valorar, de acuerdo a las condiciones del paciente, el tipo de atención que se brindará al mismo: urgente o electiva, para garantizar que existen niveles de prioridad, de acuerdo a las políticas establecidas. **En caso de urgencia, enviará al paciente con su familia al área de filtro del Servicio de Urgencias, para que sea atendido de manera inmediata, de acuerdo a disponibilidad de recursos (humanos, materiales y de infraestructura).**

3.4 **El médico tratante que indica el ingreso además deberá identificar y notificar de manera inmediata si el paciente pertenece a un grupo vulnerable, para que se aplique el procedimiento administrativo indicado en estos casos.**

3.5 En los casos que por la condición clínica del paciente se identifique que existe incapacidad para deambular o sostener en pie por sí mismo, el personal de enfermería solicitará el apoyo del personal de camillería y avisará a la Oficina de Admisión para que los trámites y traslado se agilicen.

3.6 Será responsabilidad del Médico tratante asignado de la Consulta Externa, una vez decidido el ingreso, solicitar la firma de los formatos de consentimiento informado correspondiente, de acuerdo al procedimiento establecido.

3.7 El personal de Seguridad externa es responsable de **única y exclusivamente** controlar la entrada y salida a la Institución de toda persona ajena a la misma.

3.8 Es responsabilidad del personal administrativo y de enfermería informar y dar a conocer las normas de ingreso a los pacientes con anticipación, cuando el ingreso sea solicitado por Consulta externa, además de orientar en lo posible los trámites a realizar, con la finalidad de agilizarlos, Siempre y cuando haya camas censables disponibles en el Servicio solicitante del ingreso.

3.9 El personal administrativo de la Oficina de Admisión será responsable de asignar la cama censable a los pacientes que requieran hospitalización, ya sea en la especialidad tratante o en un servicio periférico, de acuerdo al procedimiento correspondiente, dando prioridad de acuerdo al estado clínico del paciente y a los pacientes identificados como pertenecientes a grupos vulnerables.

3.10 Los trabajadores del Hospital General de México, que soliciten atención médica, serán los únicos beneficiados al pagar 50% del nivel UNO. A los familiares directos (padre, madre, cónyuge e hijos) de éstos se les cobrará basándose en el nivel UNO, siempre y cuando comprueben parentesco por medio de documentación requerida:
a) Copia del acta de nacimiento y credencial de elector del paciente, en su caso.
b) Copia de la credencial vigente y del último talón de pago del trabajador.
c) Copia del acta de matrimonio del cónyuge del trabajador, en su caso.

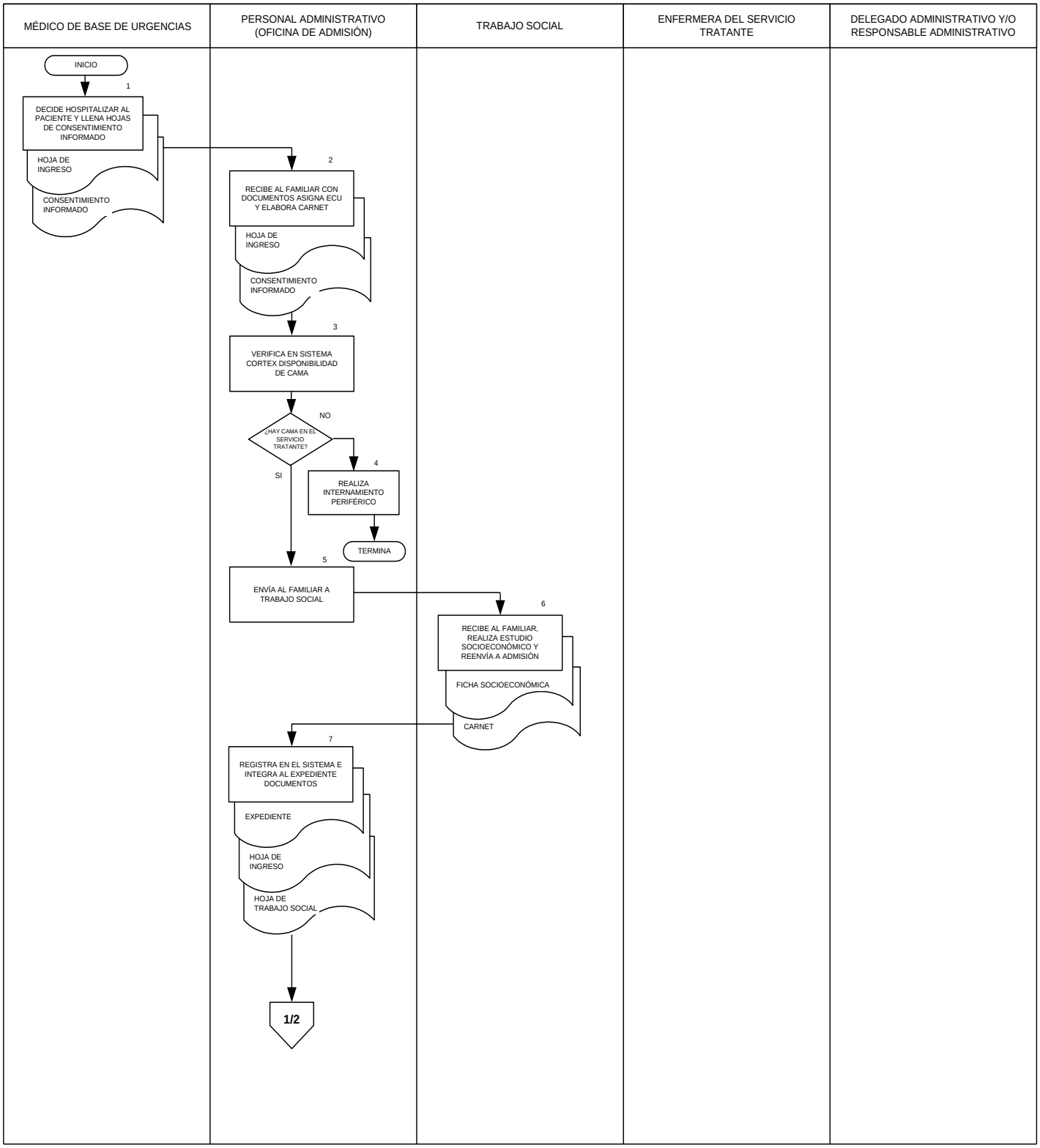
3.11 En caso de que el paciente sea un adulto mayor, se le deberá dar prioridad a su atención, para evitar tiempo de espera prolongado, de acuerdo a la Ley de los derechos de las personas adultas mayores D.O.F. 25-VI-2002.

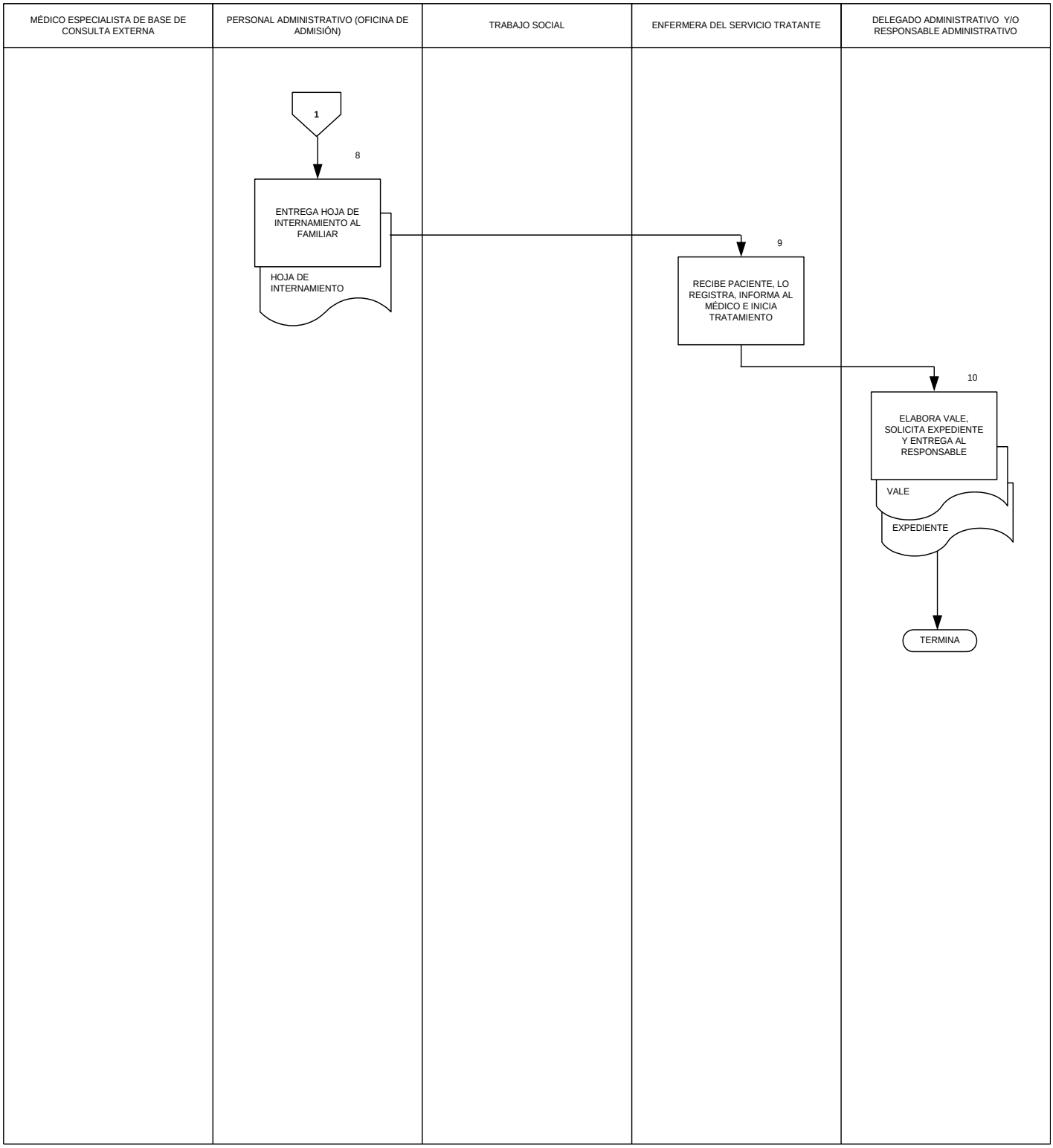
3.12 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico Especialista de Base de Consulta Externa.	1	Decide hospitalizar al paciente para estudio o tratamiento en forma integral, llena formato de admisión hospitalaria, hojas de consentimiento informado correspondientes de acuerdo con el procedimiento establecido.	• Hoja de ingreso hospitalario. • Consentimiento informado.
Personal Administrativo (Oficina de Admisión).	2	Recibe al familiar con solicitud de internamiento, hojas de consentimiento informado. Asigna número de ECU y elabora carnet.	• Solicitud de internamiento. • Consentimiento informado.
	3	Verifica en sistema de cómputo (CORTEX) disponibilidad de cama censable en el Servicio de la especialidad tratante. ¿Hay cama censable en el Servicio tratante?	
	4	No: Realiza internamiento en Servicio periférico (ver Procedimiento de atención a pacientes hospitalizados en Servicios periféricos) y termina procedimiento.	
	5	Si: Envía al familiar a Trabajo Social, para los trámites requeridos.	
Trabajo Social.	6	Recibe al familiar, realiza ficha socioeconómica inicial, clasifica el nivel de pago y lo reenvía a Oficina de Admisión. (Ver Procedimiento de Trabajo Social).	• Ficha socioeconómica. • Carnet.
Personal Administrativo (Oficina de Admisión).	7	Elabora hoja de admisión, registra en el sistema CORTEX y anota hora de elaboración de la hoja de internamiento. Registra al paciente, integra al expediente la hoja de Ingreso/Egreso, hoja de Trabajo Social y la orden de internamiento.	• Expediente clínico. • Hoja de ingreso hospitalario. • Hoja de trabajo social.
	8	Entrega hoja de internamiento al familiar.	
Enfermera del Servicio tratante.	9	Recibe al paciente, lo registra e informa del ingreso al médico tratante. Inicia tratamiento o preparación. (Ver Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería).	
Delegado Administrativo y/o Responsable Administrativo.	10	Elabora vale, solicita expediente clínico al Archivo Central y entrega el expediente al médico tratante, a la Jefe de enfermeras o responsable del Servicio. (Con vale correspondiente). **TERMINA**	• Vale. • Expediente clínico.

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO ESPECIALISTA DE BASE DE CONSULTA EXTERNA
PERSONAL ADMINISTRATIVO (OFICINA DE ADMISIÓN)
TRABAJO SOCIAL
ENFERMERA DEL SERVICIO TRATANTE
DELEGADO ADMINISTRATIVO Y/O RESPONSABLE ADMINISTRATIVO
1
8
ENTREGA HOJA DE INTERNAMIENTO AL FAMILIAR
HOJA DE INTERNAMIENTO
9
RECIBE PACIENTE, LO REGISTRA, INFORMA AL MÉDICO E INICIA TRATAMIENTO
10
ELABORA VALE, SOLICITA EXPEDIENTE Y ENTREGA AL RESPONSABLE
VALE
EXPEDIENTE
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos del Servicio de Consulta Externa	No aplica
6.3 Manual de Procedimientos del la Subdirección de Enfermería	No aplica
6.4 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- La cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama no censable.- La que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.3 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.4 Hojas de Consentimiento Informado.- Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.5 Hospital.- Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, O.D.

8.6 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.7 Ingreso.- El paciente que entra a un servicio del hospital e implica la ocupación de una cama censable; con fines de diagnóstico, tratamiento, o estudios; también se conoce como admisión.

8.8 Referencia y Contrarreferencia.- Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

8.9 Urgencia.- Es la atención médica inmediata que se proporciona a un paciente debido a una causa por él sentida o que sufre una alteración que pone en peligro su vida, una función o un órgano. Se efectúa en el área de urgencias de la unidad médica.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de Internamiento (Ingreso Hospitalario) (Ver anexos del procedimiento 7)
10.2 Hojas de Consentimiento Informado.
10.3 Hoja de Admisión Hospitalaria.
10.4 Carnet. (Ver anexos del procedimiento 1)
10.5 Ficha Socioeconómica. (Ver anexos del procedimiento 7)

10.2 Hojas de Consentimiento Informado

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA INGRESO HOSPITALARIO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto que el Dr. _____, del Servicio de _____ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo, realizando todas las observaciones, aclaró todas las dudas que he planteado las cuales he entendido a mi satisfacción del (los) probable (s) padecimiento (s) que presento, por lo que será necesario someterme a estudios de laboratorio y gabinete para integrar mi diagnóstico y establecer el tratamiento correspondiente, para lo cual **requiero ser hospitalizado**.

También me explicó ampliamente los beneficios _____, riesgos _____ y probables complicaciones_____, como resultado del tratamiento médico y /o quirúrgico a que pueda ser sometido durante mi estancia hospitalaria.

Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento en mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicológos, trabajadores sociales etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que autorizo el ingreso hospitalario, así como la atención de urgencias y contingencias que pudieran presentarse durante la hospitalización, comprometiéndome a respetar el Reglamento y las normas de la Institución, lo anterior con fundamento en la normatividad vigente.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y **llenarse un formato para cada ingreso hospitalario**. En caso de traslado hospitalario interno no será necesario llenar un nuevo formato, solamente en caso de **reingreso hospitalario.**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos anestésicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la técnica anestésica** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROCEDIMIENTO ANESTESICO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____ Sexo _____

No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **Anestesiología** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que estoy programado (a) para realizar el (a) procedimiento/cirugía: _____ para lo cual es conveniente utilizar la **técnica anestésica** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como: _____, al mismo tiempo, me explicó y entendí que todo acto anestésico-quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de las posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización de los equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y/o después del procedimiento anestésico: _____ se encuentran: _____
Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica anestésica, que consisten en: _____

He comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad). Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica anestésica a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable Que se identifica con _____	Que se identifica con _____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo
_____ Que se identifica con	_____ Que se identifica con

Nota: Esta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento anestésico a realizar**, sin excepción.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos quirúrgicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la cirugía** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento quirúrgico, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA

Nombre del paciente:_____ Edad: _____ Sexo _____
No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como_____:
_____
al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización del equipo médico. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la intervención quirúrgica denominada_____se encuentran: _____
_____, de igual forma, me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica, que son: _____

Por lo que he comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo estricta supervisión (enfermeras o médicos residentes de especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos quirúrgicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la cirugía** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento quirúrgico, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	_____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

10.3 Hoja de Admisión Hospitalaria

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 06AM09006083
OFICINA DE ADMISION

SALUD

Forma A-1

PAB. NUM._____ NUM. DE ORDEN_____

NOMBRE_____ SEXO _____

ESTADO CIVIL_____ CONYUGE_____EDAD_____

OCUPACION_____LUGAR DE NACIMIENTO_____

RADICACION_____

NOMBRE DEL PADRE_____¿VIVE? _____

NOMBRE DE LA MADRE_____¿VIVE? _____

DOMICILIO_____PROCEDENCIA_____

DIAGNOSTICO DE ENTRADA_____

MEXICO D.F , A _____ DE_____DE _____

_____
NOMBRE , FIRMA Y CEDULA
PROFESIONALDEL MEDICO DE GUARDIA

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores; Deleg. Cuauhtemoc C.P 06726 Tel. 2789-2000.

9. PROCEDIMIENTO PARA LA PREALTA, EL EGRESO DEL PACIENTE, CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LIBERACIÓN DE CAMAS CENSABLES

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los mecanismos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para la prealta y la realización del egreso hospitalario del paciente, con el fin de agilizar el trámite administrativo, disminuir los tiempos de espera, tener un control estricto y oportuno del flujo del expediente clínico y liberar de manera automática las camas censables para mayor disponibilidad de las mismas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización adecuada del procedimiento, las Direcciones Quirúrgica, Médica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento supervisan que las Subdirecciones de Área verifiquen el correcto funcionamiento, la Subdirecciones de Área supervisan que se cumplan los lineamientos, los Servicios solicitan interconsulta y segundas opiniones para integrar un diagnóstico integral y multidisciplinario, necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente hospitalizado y al que acude a la Consulta Externa del mismo.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La Dirección General Adjunta Médica en conjunto con las Direcciones y Subdirecciones de Área, se responsabilizarán de vigilar que se realice adecuadamente el presente procedimiento.

3.2 Es responsabilidad de los Jefes de Servicio en las áreas de su responsabilidad, vigilar que se aplique este procedimiento de manera correcta.

3.3 Es responsabilidad del Médico tratante identificar a los pacientes susceptibles de Prealta las 24 horas antes de su posible egreso para la iniciar los trámites administrativos de egreso hospitalario, elaborar la nota de Prealta y avisar a la enfermera responsable en turno. Generado del pase de visita médica se determinará a los pacientes que por sus condiciones de salud podrá considerarse la Prealta, así como supervisar al médico residente en la elaboración de la documentación necesaria (Prealta, nota de alta, hoja de procedimientos médicos y hoja de hospitalización SIS-HGM-HOSP-03-P) para el egreso hospitalario, las cuales deberá firmar invariablemente.

3.4 El Personal Administrativo del Servicio captura en el sistema el egreso del paciente, el día previo al egreso del paciente y será responsable de generar la captura de la información del egreso del paciente (diagnóstico, tipo de movimiento, motivo del egreso). Se ingresará en el sistema el rubro de Prealta.

3.5 El Personal Administrativo de la Oficina de Admisión deberá apoyar a la unidad en hospitalización en la captura del egreso, cuando no exista personal administrativo en el turno vespertino, nocturno, fin de semana y días festivos.

3.6 El departamento de Trabajo Social emite el pase de salida a través de su sistema de cómputo, para la liberación de la cama. Una vez realizado esto no se podrán solicitar los siguientes rubros: Solicitud de medicamentos, solicitud de mezclas, solicitud de estudios de imagenología, solicitud de estudios de laboratorios, solicitud de estudios especiales, solicitud de biopsias, realización de cirugías y procedimientos no quirúrgicos, ni traslados de cama ni de Servicio.

3.7. El día del egreso del paciente los familiares del paciente liquidarán la cuenta de hospitalización y el personal de Trabajo Social emitirá el pase de salida. Los tiempos de liberación de la cama una vez emitido el pase de salida son los siguientes:

- Egreso por mejoría del paciente, aproximadamente tardará una hora en liberarse la cama, el tiempo fue establecido por el área médica, con la finalidad de que se realice la limpieza a la cama para poder ocuparla nuevamente.

- Egreso por Fallecimiento del paciente, la cama se libera en aproximadamente 2 horas. El tiempo fue definido por el área médica, para los trámites que se tienen que realizar en Patología y a su vez la limpieza de la cama.

- Egreso por fuga del paciente, la cama se libera automáticamente y los pagos pendientes se quedan etiquetados, por si el paciente regresa posteriormente.

3.8 En el egreso hospitalario el Jefe de la Unidad donde se encuentra hospitalizado el paciente, será responsable de supervisar y confirmar el envío del expediente clínico debidamente ordenado, de acuerdo a las políticas institucionales, al archivo clínico en las primeras 24 hrs., salvo en caso de contingencia (ausencia del sistema).

3.9 El Personal de Enfermería es responsable de verificar que el expediente clínico esté ordenado, completo y cuente con los documentos necesarios para el egreso.

3.10 Personal Administrativo de la Oficina de Admisión es responsable de liberar las camas censables en el caso de traslado interno de pacientes.

3.11 En caso de egreso definitivo y directo de camas no censables, la unidad en hospitalización será responsable de realizar la captura de información (Diagnóstico, Tipo de Movimiento, Motivo del egreso) y la consecuente liberación de cama censable reservada.

3.12 En caso de ausencia del sistema en el Hospital General, el personal Administrativo de la unidad deberá capturar en la Bitácora de Egresos "Ausencia del Sistema" los movimientos de egreso generados, ingresarlos al sistema una vez restablecida la operación y enviar el expediente clínico completo a Trabajo Social, antes de 24 hrs., para la liberación de la cama censable.

3.13 En caso de ausencia temporal del sistema en el Hospital General, el personal de Trabajo Social de la Unidad deberá elaborar el Pase de Salida de Contingencia de manera manual y cuando se restablezca la operación del sistema deberá generarlos de manera electrónica, con base a la previa revisión del expediente clínico, para la liberación de la cama censable.

3.14 La "Operación en Contingencia" del personal de Trabajo Social y del personal Administrativo en la Unidad, deberá ser autorizada previamente por la Jefatura de Trabajo Social y la Coordinación de Delegados Administrativos; en ausencia de éstos, los asistentes médicos deberán dar la autorización.

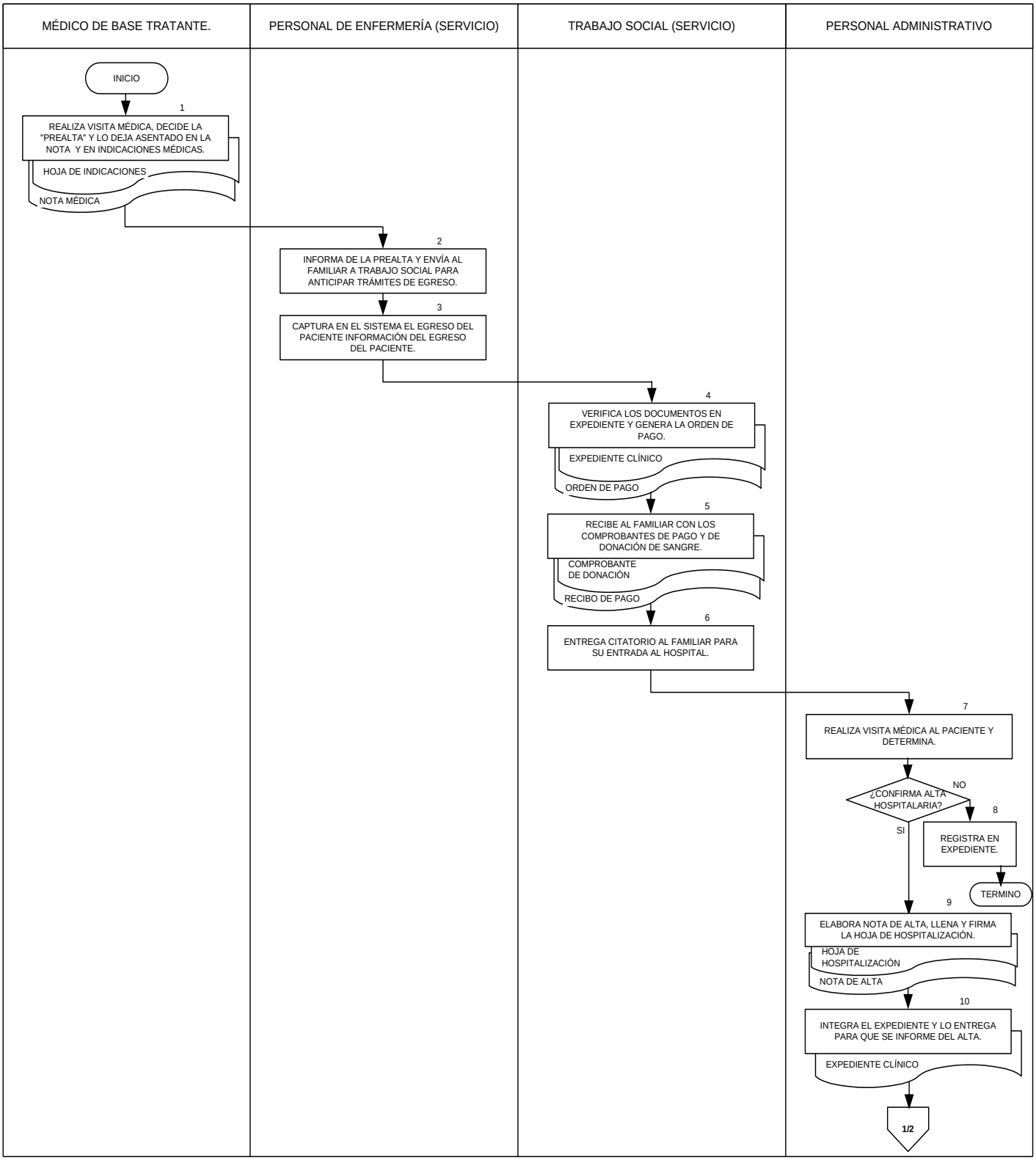
3.15 Todas las actividades que requieran interrelación personal serán realizadas con apego al Código de Ética de los Servidores Públicos vigente, con respeto a los Derechos Humanos individuales, del paciente, de su familiar y del prestador de Servicios.

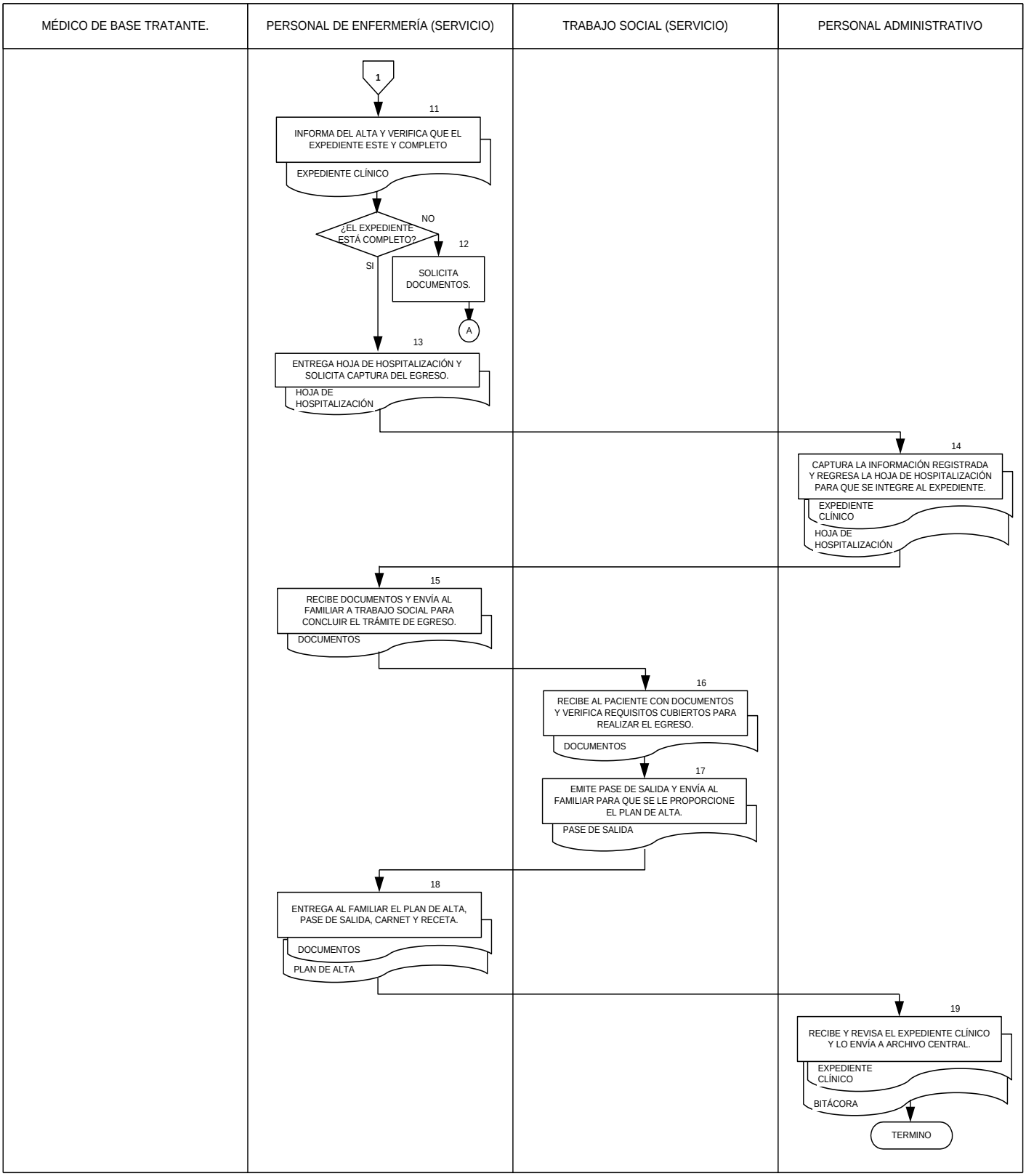
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base Tratante.	1	Realiza visita médica diaria y si existe indicación, decide la "Prealta" y lo deja asentado en la nota médica y en las indicaciones médicas. Notifica al paciente y a Enfermería para que informe a Trabajo Social.	Hoja de Indicaciones. Nota Médica
Personal de Enfermería (Servicio)	2 3	Informa al Personal Administrativo y a Trabajo Social de la Prealta y envía al familiar a Trabajo Social para anticipar trámites de egreso. Captura en el sistema el Egreso del paciente, el día previo al egreso del paciente, información del egreso del paciente (diagnóstico, tipo de movimiento, motivo del egreso).	
Trabajo Social (Servicio)	4 5 6	Verifica los documentos en expediente y genera la orden de pago al día en que será dado de alta el paciente, la entrega al familiar y lo envía a realizar el pago correspondiente. Recibe al familiar con las copias de los comprobantes de pago realizados y de la donación de sangre e integra al expediente. Entrega citatorio al familiar para facilitar su entrada al Hospital al día siguiente.	Expediente clínico Orden de pago Comprobante de Donación Recibo de pago
Médico de Base Tratante	7 8 9 10	Realiza visita médica al paciente y determina alta hospitalaria. ¿Confirma alta hospitalaria? NO: Registra en expediente y termina procedimiento. SI: Informa al paciente, a Enfermería, elabora nota de alta, llena y firma la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P). Ordena los documentos clínicos, los integra al expediente de acuerdo a formato establecido por la Dirección General Adjunta Médica y los entrega a Enfermería para que informe del alta a personal de Trabajo Social.	Expediente clínico Hoja de hospitalización Nota de alta
Personal de Enfermería (Servicio)	11 12 13	Informa a Trabajo Social del alta y verifica que el expediente este ordenado y que contenga la nota de alta, receta médica y hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-9) debidamente requisitadas. ¿El expediente está completo? NO: Solicita documentos faltantes y regresa a la actividad 10. SI: Entrega hoja de hospitalización a Personal Administrativo y solicita captura del egreso.	Expediente Clínico Hoja de hospitalización.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo	14	Captura la información registrada por los médicos en la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P): Diagnóstico CIE-10, CIE-09, Tipo de Movimiento, Motivo del Egreso y regresa la hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P) a la Enfermera para que la integre al expediente.	Expediente Clínico Hoja de hospitalización
Personal de Enfermería (Servicio)	15	Recibe documentos y envía al familiar a Trabajo Social para concluir el trámite de egreso con la siguiente documentación: Hoja de hospitalización (SIS-HGM-HOSP-03-P), ficha socioeconómica inicial (TSFSOC.1), hoja de procedimientos en hospitalización y carnet.	Documentos
Trabajo Social (Servicio)	16 17	Recibe al paciente con documentos y verifica requisitos cubiertos para realizar el egreso con base en el procedimiento correspondiente. (Ver Manual del Departamento de Trabajo Social). Emite e imprime pase de salida electrónico (dos copias), engrapa una copia a la hoja de hospitalización y la otra la entrega al familiar; envía al familiar con el Personal de Enfermería para que le proporcione el plan de alta e indicaciones médicas del paciente.	Documentos Pase de Salida
Personal de Enfermería (Servicio)	18	Recibe al paciente, entrega el plan de alta, verifica que se encuentre el pase de salida en impresión electrónica, los entrega al familiar junto el carnet y la receta para concluir con el egreso y proporciona expediente al Personal Administrativo.	Documentos Plan de alta
Personal Administrativo	19	Recibe y revisa que el expediente clínico se encuentre completo y ordenado de acuerdo al formato establecido, lo registra en bitácora de egreso y lo envía a archivo central en menos de 24 hrs., solicitando firma de recibido por el personal correspondiente. **TERMINA**	Expediente Clínico Bitácora

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE TRATANTE.
PERSONAL DE ENFERMERÍA (SERVICIO)
TRABAJO SOCIAL (SERVICIO)
PERSONAL ADMINISTRATIVO
1
11
INFORMA DEL ALTA Y VERIFICA QUE EL EXPEDIENTE ESTE Y COMPLETO
EXPEDIENTE CLÍNICO
¿EL EXPEDIENTE ESTÁ COMPLETO?
NO
SI
12
SOLICITA DOCUMENTOS.
A
13
ENTREGA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN Y SOLICITA CAPTURA DEL EGRESO.
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
14
CAPTURA LA INFORMACIÓN REGISTRADA Y REGRESA LA HOJA DE HOSPITALIZACIÓN PARA QUE SE INTEGRE AL EXPEDIENTE.
EXPEDIENTE CLÍNICO
HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
15
RECIBE DOCUMENTOS Y ENVÍA AL FAMILIAR A TRABAJO SOCIAL PARA CONCLUIR EL TRÁMITE DE EGRESO.
DOCUMENTOS
16
RECIBE AL PACIENTE CON DOCUMENTOS Y VERIFICA REQUISITOS CUBIERTOS PARA REALIZAR EL EGRESO.
DOCUMENTOS
17
EMITE PASE DE SALIDA Y ENVÍA AL FAMILIAR PARA QUE SE LE PROPORCIONE EL PLAN DE ALTA.
PASE DE SALIDA
18
ENTREGA AL FAMILIAR EL PLAN DE ALTA, PASE DE SALIDA, CARNET Y RECETA.
DOCUMENTOS
PLAN DE ALTA
19
RECIBE Y REVISA EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y LO ENVÍA A ARCHIVO CENTRAL.
EXPEDIENTE CLÍNICO
BITÁCORA
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.4 Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social.	No aplica
6.5 Código de Bioética para el personal del Hospital.	No aplica
6.6 NOM-004-SSA3- 2012 del expediente Clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Archivo Clínico	No Aplica
7.2 Bitácora de Egresos “Ausencia del Sistema”	5 años	Archivo del Servicio	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama Censable: Es la cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de paciente internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente en el momento de ingreso al Hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce los egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.
8.2 Cama Hospitalaria: Es la cama disponible para la atención continua de pacientes, admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico y no quirúrgico, comúnmente desagregadas por tipo de servicio (incluye camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedios, terapia intensiva, cunas de sanos e incubadoras de traslado).
8.3 Cama No Censable: Es la cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgico. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.
8.4 Egreso: Es la salida de un paciente de un servicio de hospitalización, se emplea también el término “Alta”, que puede ser por curación, mejoría, fuga voluntaria o traslado.
8.5 Expediente Clínico: Es el conjunto de documentos básicos escritos de manera específica, exacta y ordenada que reflejan con claridad el historial de salud de un paciente.
8.6 Ingreso: Es la entrada oficial de un paciente en un servicio de hospitalización con fines de diagnóstico, tratamiento o estudios; también se conoce como admisión.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver anexos del procedimiento 1)
10.2 Ficha Socioeconómica Inicial (Ver anexos del procedimiento 7)
10.3 Pase de Salida. (TSH9) / Impresión electrónica
10.4 Hoja de Procedimientos
10.5 Hoja de Hospitalización
10.6 Recibo de Pago (Ver anexos del procedimiento 1)
10.7 Plan de Alta
10.8 Receta médica (Ver anexos del procedimiento 1)

10.3 Pase de Salida. (TSH9) / Impresión electrónica

PASE DE SALIDA

TSH 9

PUEDE SALIR EL PACIENTE:_____(1)_____
SERVICIO: _____(2)_____ CAMA: _____(3)_____
CUBRIÓ REQUISITOS HOSPITALARIOS.

MEXICO D.F. A _____DE _____(4)_____ DEL 20__

ATENTAMENTE

_____(5)_____
TRABAJADOR SOCIAL

I. NOMBRE DEL FORMATO: Pase de salida del paciente T.S.H.9.
II. OBJETIVO: Disponer de un documento que facilite el egreso del paciente hospitalizado.
III. RESPONSABLE: De su llenado, el Trabajador Social de unidades hospitalarias
IV. PERIODICIDAD: Cada vez que egrese un paciente con requisitos cubiertos.
V. NUMERO DE TANTOS: En original y copia.
VI. DISTRIBUCIÓN: Original para el paciente que egresa o familiar del mismo, copia para el expediente clínico del paciente.

VII. INSTRUCCIONES DE LLENADO

No.	A N O T A R
1	Anotar nombre y apellidos del paciente.
2	Señalar servicio o especialidad en que se encuentra el paciente.
3	Indicar número de cama en que se encuentra el paciente.
4	Señalar el día, mes y año en que se elabora el documento.
5	Nombre (s) y apellidos del T.S que elaboró el documento, firma y sello personal.

10.4 Hoja de Procedimientos

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 06AM09006083
HOJA DE PROCEDIMIENTO EN HOSPITALIZACIÓN

SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE _____ NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE _____
FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL

DIAGNÓSTICO _____

TRABAJO SOCIAL _____ SERVICIO _____

ECU _____ FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EGRESO _____

PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL MÉDICO	FECHA	NO OTORGADO (FIRMA)	RUI	FECHA DE PAGO	RESPONSABLE PACIENTE
Llenar por el Médico				*Llenar por Trabajo Social*		
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	
		/			/	

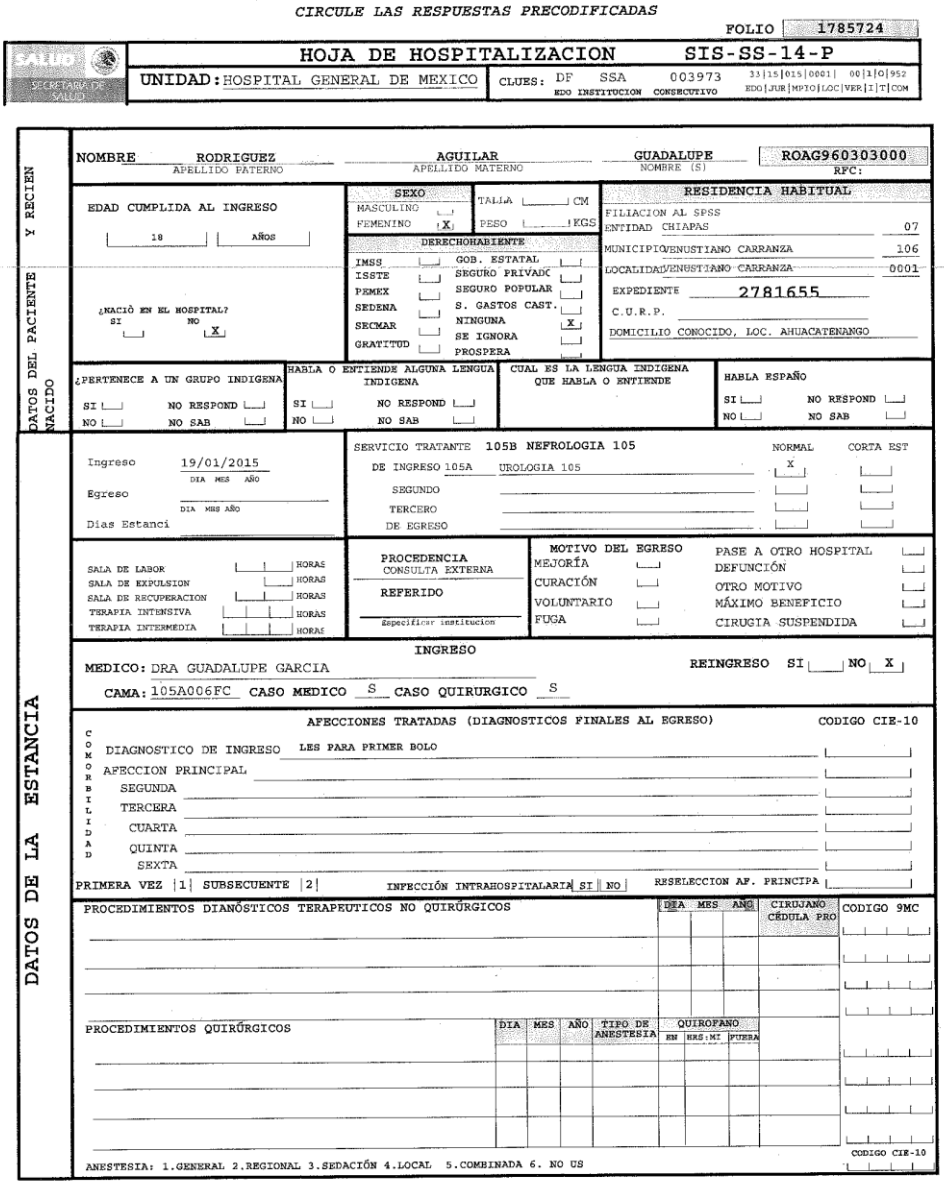
Si un procedimiento específico no fue realizado, éste debe ser encerrado en un círculo y la casilla correspondiente en la columna No otorgado debe ser firmado por el médico

REGISTRO DE VISITAS DE TRABAJO SOCIAL.

Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha	Visita	Fecha
1	/	4	/	7	/	10	/	13	/	16	/
2	/	5	/	8	/	11	/	14	/	17	/
3	/	6	/	9	/	12	/	15	/	18	/

Dr. Balmis No. 148 Col. Doctores Delegación Cuauhtémoc México D.F., C.P. 06726 Tel. 2789-2000

10.5 Hoja de Hospitalización



CIRCULE LAS RESPUESTAS PRECODIFICADAS

FOLIO 1785724

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DE HOSPITALIZACION SIS-SS-14-P

UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE MEXICO | CLUES: DF SSA 003973 (EDO INSTITUCION CONSECUTIVO) 33|15|015|0001| 00|1|0|952 (EDO|JUR|MPIO|LOC|VER.|I|T|COM)

DATOS DEL PACIENTE Y RECIEN NACIDO

NOMBRE: RODRIGUEZ (APELLIDO PATERNO) AGUILAR (APELLIDO MATERNO) GUADALUPE (NOMBRE (S)) ROAG960303000 RFC:

EDAD CUMPLIDA AL INGRESO: 18 AÑOS

¿NACIÓ EN EL HOSPITAL? SI [ ] NO [X]

SEXO: MASCULINO [ ] FEMENINO [X]

TALLA [ ] CM PESO [ ] KGS

DERECHOHABIENTE: IMSS [ ] ISSTE [ ] PEMEX [ ] SEDENA [ ] SEMAR [ ] GRATITUD [ ] GOB. ESTATAL [ ] SEGURO PRIVADO [ ] SEGURO POPULAR [ ] S. GASTOS CAST. [ ] NINGUNA [X] SE IGNORA [ ] PROSPERA [ ]

RESIDENCIA HABITUAL

FILIACION AL SPSS

ENTIDAD CHIAPAS 07

MUNICIPIO VENUSTIANO CARRANZA 106

LOCALIDAD VENUSTIANO CARRANZA 0001

EXPEDIENTE 2781655

C.U.R.P.

DOMICILIO CONOCIDO, LOC. AHUACATENANGO

¿PERTENECE A UN GRUPO INDIGENA: SI [ ] NO [ ] NO RESPOND [ ] NO SAB [ ]

HABLA O ENTIENDE ALGUNA LENGUA INDIGENA: SI [ ] NO [ ] NO RESPOND [ ] NO SAB [ ]

CUAL ES LA LENGUA INDIGENA QUE HABLA O ENTIENDE

HABLA ESPAÑO: SI [ ] NO [ ] NO RESPOND [ ] NO SAB [ ]

DATOS DE LA ESTANCIA

Ingreso 19/01/2015 (DIA MES AÑO)

Egreso (DIA MES AÑO)

Dias Estanci

SERVICIO TRATANTE 105B NEFROLOGIA 105 — NORMAL X — CORTA EST

DE INGRESO 105A UROLOGIA 105

SEGUNDO

TERCERO

DE EGRESO

SALA DE LABOR [ ] HORAS

SALA DE EXPULSION [ ] HORAS

SALA DE RECUPERACION [ ] HORAS

TERAPIA INTENSIVA [ ] HORAS

TERAPIA INTERMEDIA [ ] HORAS

PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA

REFERIDO (Especificar institución)

MOTIVO DEL EGRESO: MEJORÍA [ ] CURACIÓN [ ] VOLUNTARIO [ ] FUGA [ ] PASE A OTRO HOSPITAL [ ] DEFUNCIÓN [ ] OTRO MOTIVO [ ] MÁXIMO BENEFICIO [ ] CIRUGIA SUSPENDIDA [ ]

INGRESO

MEDICO: DRA GUADALUPE GARCIA

REINGRESO SI [ ] NO [X]

CAMA: 105A006FC CASO MEDICO S CASO QUIRURGICO S

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNOSTICOS FINALES AL EGRESO) — CODIGO CIE-10

COMORBILIDAD

DIAGNOSTICO DE INGRESO LES PARA PRIMER BOLO

AFECCION PRINCIPAL

SEGUNDA

TERCERA

CUARTA

QUINTA

SEXTA

PRIMERA VEZ |1| SUBSECUENTE |2| INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA SI NO RESELECCION AF. PRINCIPA

PROCEDIMIENTOS DIANÓSTICOS TERAPEUTICOS NO QUIRÚRGICOS — DIA MES AÑO — CIRUJANO CÉDULA PRO — CODIGO 9MC

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS — DIA MES AÑO — TIPO DE ANESTESIA — QUIROFANO (EN HRS:MT FUERA) — CODIGO CIE-10

ANESTESIA: 1.GENERAL 2.REGIONAL 3.SEDACIÓN 4.LOCAL 5.COMBINADA 6. NO US

FOLIO

SIS-SS-14-P

D. G. I. S.

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE MEXICO

CLUES: DFSSA001397 (EDO · INSTITUCIÓN · CONSECUTIVO · V.E.R.)

EDO 09 · JUR 11 · MPO 015 · LOC 0001 · VE 1 · T · COM 1

DEFUNCIÓN

Fecha y hora _____ (dd/mm/aa, hh:mm)

FOLIO DEL CERTIFICADO

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (TRANSCRIPCIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)

MINISTERIO PÚBLICO SI [ ] NO [ ] FOLIO DEL CERTIFICADO

I a) _____ Debido a (o como consecuencia de)

b) _____ Debido a (o como consecuencia de)

c) _____ Debido a (o como consecuencia de)

d) _____

II _____

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

CÓDIGO CIE-10

SELECCIÓN DE CAUSA BÁSICA

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

NÚMERO DE	¿EXTRACCIÓN O EXPULSION?	TIPO DE ATENCIÓN	SEMANAS DE GESTACIÓN	CON PRODUCTO	TIPO DE NACIMIENTO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR
GESTACIÓN [ ]	SI [1]	ABORTO [1]	[ ]	ÚNICO [1]	EUTÓCICO [1]	INSERCIÓN DIU [1] NO [4]
PARTOS [ ]	NO [2]	PARTO [2]		MÚLTIPLE [2]	DISTOCICO VAGINAL [2]	SOLO HORMONAL [2] OTRO [5]
ABORTOS [ ]					CESÁREA [3]	OCLUSIÓN TUBARIA [3]

DATOS DEL PRODUCTO	SEXO			CONDICIÓN AL NACIMIENTO		PARA TODO NACIDO VIVO				CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		
PESO AL NACER (GRAMOS)	MASCULINO	FEMENINO	NO ESPECIFICADO	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	FOLIOS DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO	APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA SI	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA NO	ESTANCIA EN CUNERO (HORAS)	VIVO: ALTA CON LA MADRE	VIVO: HOSPITALIZADO	MUERTO
	1	2	9	1	2			1	2		1	2	3
	1	2	9	1	2			1	2		1	2	3
	1	2	9	1	2			1	2		1	2	3

LESIÓN

DESCRIBA LA CIRCUNSTANCIA EN QUE SE PRODUJO LA LESIÓN

CÓDIGO CIE-10

TIPO

ACCIDENTAL	[1]	AUTOINFLIGIDO	[4]
INTENCIONAL:		DESASTRE NATURAL	[6]
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	[2]	SE IGNORA	[8]
OTRA VIOLENCIA	[3]		

SITIO DE OCURRENCIA

HOGAR	[1]	VÍA PÚBLICA: TRANSPORTE PÚBLICO	[4]	CLUB, CANTINA, BAR	[7]
ESCUELA	[2]	AUTOMÓVIL PARTICULAR	[5]	TRABAJO	[8]
RECREACIÓN Y DEPORTE	[3]	PEATÓN	[6]	OTRO	[9]

LLENADO POR

NOMBRE Y FIRMA DEL RESIDENTE
CED. PROF.

REVISADO POR

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO DE BASE
CED. PROF.

10.7 Plan de Alta

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Fecha _____ Hora _____

Nombre del paciente _____
No. expediente _____ Edad _____ Sexo _____ Fecha de ingreso _____

Diagnóstico(s) de ingreso _____ Fecha y hora de egreso _____

Diagnóstico (s) de egreso (CIE-10) _____

Motivo de egreso: Mejoría ☐ Máximo beneficio ☐ Alta Voluntaria ☐ Curación ☐ Defunción ☐

RESUMEN DE ALTA HOSPITALARIA
(Evolución Clínica- Resultado de estudios relevantes- Plan de Tratamiento, Medicamentos administrados)

Problemas clínicos pendientes o comorbilidades a atender: _____

Recomendaciones de Vigilancia Ambulatoria: _____
Referencia a: _____
Nombre, Cédula y Firma Vo.Bo. Jefe de Servicio _____
Nombre, Cédula y Firma del Médico Tratante: _____
Recibí información y resumen (Nombre y firma del paciente o familiar responsable) _____
Su próxima cita es _____

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

SERVICIO: _____

No. de Expediente: _____

DATOS DEL AGENTE DE AUTOCUIDADO (PACIENTE)

Nombre: _____

Edad _____ Sexo _____ No.de Cama _____

Diagnóstico Médico de egresos _____

Requisitos de Educación:

Medidas Higiénico-Dieteticas:

Cuidados Especificos:

Terapia Medicamentosa:

Enfermera (o) Responsable _____
Nombre y Firma

Nombre y/o firma del agente de autocuidado o familiar que recibe el plan de alta _____

Fecha de Elaboración _____

10. PROCEDIMIENTO PARA EL TRASLADO INTERNO DE PACIENTES A TERAPIA MÉDICA INTENSIVA

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los procedimientos administrativos que sirvan para realizar de manera oportuna el traslado del paciente que se encuentra hospitalizado en cualquier Servicio del Hospital y que requiera la atención en las terapias médicas intensivas, con el fin de proporcionar la atención médica adecuada y lograr la satisfacción del usuario que solicita los servicio en el Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: El procedimiento es aplicable al personal Médico de los Servicios, a los Servicios que cuentan con unidades de Terapia Médica Intensiva, a la Subdirección de Enfermería, al personal de camillería y al personal administrativo de la Oficina de Admisión.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Médico de Base del servicio tratante solicitar la interconsulta médica con apego al procedimiento correspondiente para valoración del traslado a las Unidades de Terapia Médica Intensiva.

3.2 Es responsabilidad del Médico de Base interconsultado atender la solicitud de interconsulta en un lapso máximo de 2 horas, valorar al paciente, verificar que cumpla con los criterios de ingreso a la Terapia Médica Intensiva y autorizar el traslado.

3.3 Es responsabilidad del personal de enfermería dar aviso al personal administrativo de la Oficina de Admisión acerca del traslado del paciente a la Unidad de Terapia Médica Intensiva, mediante el llenado del formado correspondiente (traslado interno).

3.4 Es responsabilidad del Personal Administrativo de la Oficina de Admisión realizar el traslado interno administrativo del paciente en el sistema de información (CORTEX) y conservar la cama asignada por el Médico del Servicio interconsultado.

3.5 Es responsabilidad del Personal de Enfermería del Servicio interconsultante acompañar y entregar al paciente al personal de Enfermería de la Unidad de Terapia Médica Intensiva, quien lo recibirá y atenderá adecuadamente, de acuerdo a las indicaciones del Médico que autorizó el traslado.

3.6 En caso de fallecimiento del paciente en las unidades de Terapia Médica Intensiva, es responsabilidad del Médico de la misma de informar del acontecimiento, con apego estricto al procedimiento para la recepción de la hoja de egreso y expediente clínico por defunción.

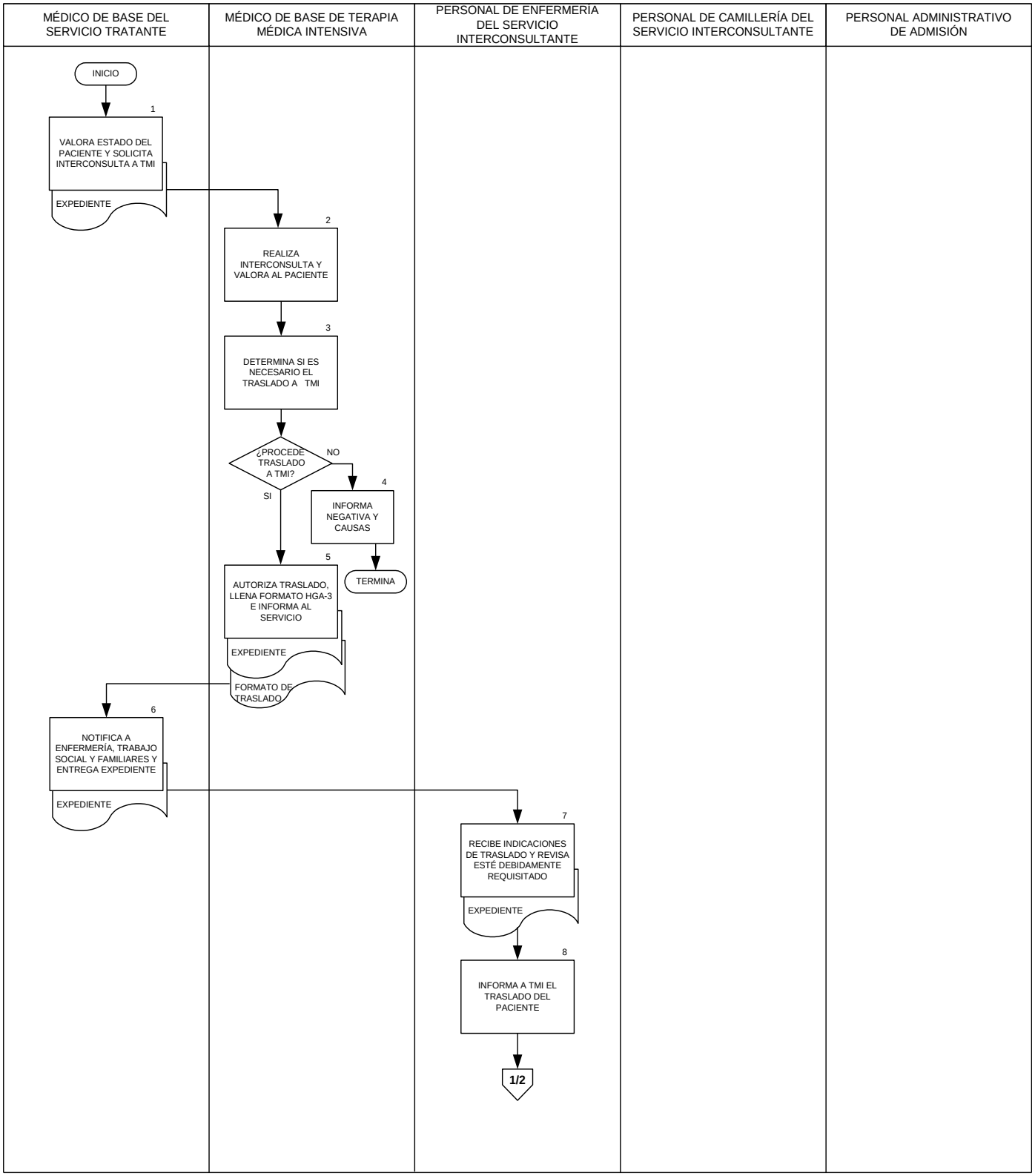
3.7 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

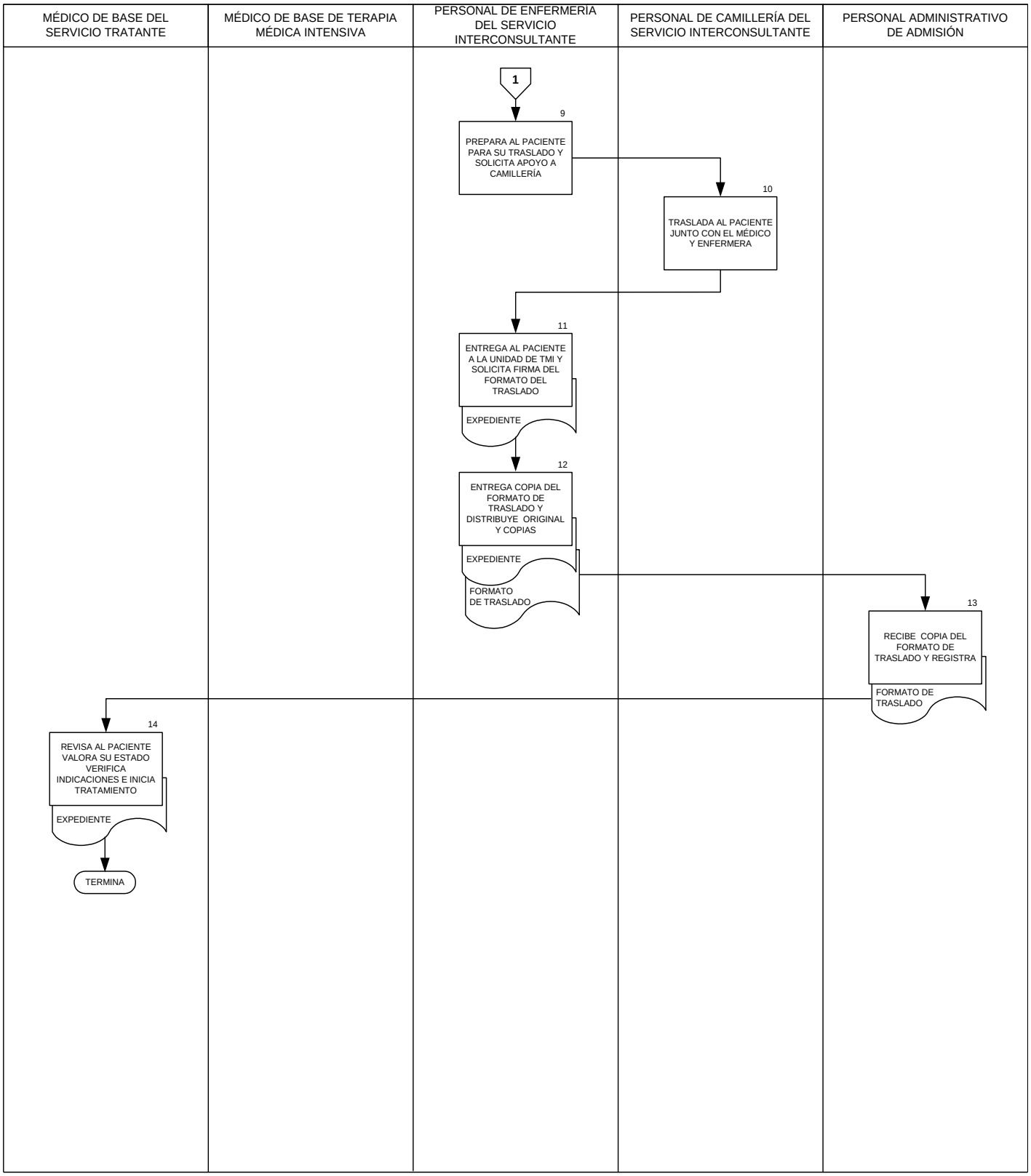
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base del Servicio Tratante	1	Valora estado clínico de paciente hospitalizado en su servicio, solicita interconsulta a las distintas Unidad de Terapia Médica Intensiva (TMI) (Ver procedimiento correspondiente).	• Interconsulta
Médico de Base de Terapia Médica Intensiva	2 3 4 5	Realiza la interconsulta y valora estado clínico del paciente, realiza nota de interconsulta en el expediente clínico. Determina traslado a la unidad de TMI. ¿Procede el traslado del paciente a TMI? NO: Informa negativa de traslado, indicando las causas y termina el procedimiento. SI: Autoriza el traslado y asigna el número de cama en la TMI en el formato de orden de traslado en original y 2 copias e informa a su Servicio.	• Expediente clínico • Formato de Traslado
Médico de Base del Servicio Tratante	6	Notifica al personal de Enfermería, Trabajo Social y a los familiares acerca de la cama asignada en la TMI y entrega al personal de enfermería el expediente clínico completo, incluyendo el formato de Traslado.	• Expediente clínico
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante	7 8 9	Recibe indicaciones del traslado del paciente y revisa expediente clínico con la nota y formato de autorización de traslado completamente requisitada Informa vía telefónica a la enfermera jefe o encargada del servicio de TMI del traslado del paciente y el estado general en que se encuentra. Realiza la preparación física del paciente para su traslado y solicita apoyo al personal de camillería para el traslado y lo realiza, acompañada del médico del Servicio interconsultante.	• Expediente clínico
Personal de Camillería del Servicio Interconsultante	10	Recibe indicaciones y procede a trasladar al paciente a la unidad de TMI, acompañado del médico y del personal de Enfermería del servicio interconsultante.	
Personal de Enfermería del Servicio Interconsultante	11 12	Realiza la entrega del paciente trasladado al personal de enfermería de la unidad de TMI, lo instala en su cama asignada y entrega el expediente completo, incluyendo la hoja de enfermería y solicita firma del formato orden de Traslado. Entrega una copia del formato de orden de Traslado al Servicio de hospitalización que corresponde al paciente, envía formato original de la orden de Traslado a la Oficina de Admisión y acuse de recibido para el servicio de origen. Todos los servicios se quedaran con 2 copias, excepto urgencias.	• Expediente clínico • Formato de Traslado

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal Administrativo de Admisión	13	Recibe el formato de autorización de traslado y registra el traslado transitorio.	• Formato de Traslado
Médico de Base de Terapia Médica Intensiva	14	Revisa al paciente, valora su estado físico y revisa el expediente clínico y realiza indicaciones médicas e inicia tratamiento. **TERMINA**	• Expediente clínico

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MÉDICO DE BASE DEL SERVICIO TRATANTE
MÉDICO DE BASE DE TERAPIA MÉDICA INTENSIVA
PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO INTERCONSULTANTE
PERSONAL DE CAMILLERÍA DEL SERVICIO INTERCONSULTANTE
PERSONAL ADMINISTRATIVO DE ADMISIÓN
1
9
PREPARA AL PACIENTE PARA SU TRASLADO Y SOLICITA APOYO A CAMILLERÍA
10
TRASLADA AL PACIENTE JUNTO CON EL MÉDICO Y ENFERMERA
11
ENTREGA AL PACIENTE A LA UNIDAD DE TMI Y SOLICITA FIRMA DEL FORMATO DEL TRASLADO
EXPEDIENTE
12
ENTREGA COPIA DEL FORMATO DE TRASLADO Y DISTRIBUYE ORIGINAL Y COPIAS
EXPEDIENTE
FORMATO DE TRASLADO
13
RECIBE COPIA DEL FORMATO DE TRASLADO Y REGISTRA
FORMATO DE TRASLADO
14
REVISA AL PACIENTE VALORA SU ESTADO VERIFICA INDICACIONES E INICIA TRATAMIENTO
EXPEDIENTE
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Organización del Servicio de Alergía e Inmunología	No aplica
6.3 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica
6.4 Manual de Procedimientos de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Cama censable.- La cama en servicio instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la controla y asigna al paciente al momento de ingreso al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia.

8.2 Cama no censable.- La que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.

8.4 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.5 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.6 Traslado.- Es la transferencia de un servicio a otro dentro del mismo hospital con el propósito de que continúe su tratamiento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Orden de Traslado.

10.1 Formato de Orden de Traslado.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA

LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

OFICINA DE ADMISION

ORDEN DE TRASLADO INTERNO

SE TRASLADA AL ENFERMO (A)

_____

DE LA UNIDAD
O SERVICIO No. _____ ESPECIALIDAD _____ CAMA _____

A LA UNIDAD

O SERVICIO No. _____ ESPECIALIDAD _____ CAMA_____

A SOLICITUD

DEL MEDICO _____
(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

AUTORIZADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD O SERVICIO _____

FECHA ___/___/___ HORA ____

ENFERMERA QUE RECIBE AL ENFERMO

_____
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

POR LA OFICINA DE ADMISION

_____
NOMBRE COMPLETO, CARGO, FIRMA Y SELLO

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

11. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DE PERMISOS PARA ASISTIR A EVENTOS ACADÉMICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Establecer el mecanismo administrativo por medio del cual se autorice la solicitud de permisos para asistir a eventos académicos intra y extra hospitalarios, nacionales e internacionales, como una extensión del Programa de Entrenamiento y Capacitación del personal médico de base del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, que establecen las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud y el Reglamento de Capacitación de las mismas, con el fin de apoyar la superación profesional y científica.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica, verifica el cumplimiento del procedimiento, las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento) coordinan los trámites para la autorización del evento académico, la Jefatura del Departamento de Empleo y Capacitación coadyuva en la gestión de trámites y los Médicos y Cirujanos Dentistas del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, solicitan la autorización del evento académico.

2.2 A nivel externo este procedimiento no tiene alcance.

3. . POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Las Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud no establecen la autorización de permisos para eventos académicos como tal, sin embargo, se tomará en consideración lo establecido en las mismas en los Artículos 105 fracciones II, III, V, VI, VII y VIII; 132 fracción XVIII; 133 fracción IX; 148 fraccciones VI y VII, la Dirección General Adjunta Médica, en conjunto con el Departamento de Empleo y capacitación son reponsables de veriificar el cumplimiento de este procedimiento.

3.2 El personal solicitante del evento académico a autorizar es responsable de realizar la petición de permiso a través del formato “Solicitud de permiso para eventos académicos” en original y copia, acompañado del documento múltiple de incidencias (concepto 530 –justificante de comisión oficial por curso- ó 314 –justificante de jornada especial por curso- según sea el caso), en original y dos copias, debidamente llenados, donde se especifiquen el nombre del evento, las fechas de inicio y término del curso, o en su caso, fecha de participación, mismas que deben coincidir con los días laborables a cubrir, así como del comprobante de inscripción o participación al curso y el tríptico informativo.

3.3 El personal administrativo del servicio es responsable de realizar el trámite relativo a la solicitud de autorización para asistir a evento académico en las Direcciónes de Area correspondientes.

3.4 La Dirección General Adjunta Médica, en coordinación con las Direcciones de Área, serán responsables de autorizar el permiso correspondiente para evento académico, de acuerdo al historial de eventos autorizados al médico o cirujano dentista solicitante, otorgando el Visto Bueno, a tráves de firma autógrafa del Director, en el formato firmado por el solicitante y el Jefe de Servicio, el trámite se hará únicamente ante la Dirección de Área que corresponda. Además, será facultad de la Dirección General Adjunta Médica o de las Direcciones de Área el autorizar o no el permiso, conforme a la operatividad del servicio. Por ningún motivo el aspecto educativo estará por encima del aspecto asistencial del Hospital.

3.5 El Departamento de Empleo y Capacitación es responable de verificar los datos y de autorizar o no permisos para eventos académicos relacionados con la especialidad o el área de trabajo del médico o cirujano dentista solicitante, la decisión será tomada desde el punto de vista administrativo, en coordinación con las instancias correspondientes, (se deben cumplir los requisitos que se estipulan).

3.6 El número total de permisos a autorizar para asistir a eventos académicos será como máximo de 2 veces al año, el Departamento de Empleo y Capacitación será responsable de verificar esta situación.

3.7 El Jefe del Servicio no es responsable de en caso de múltiples solicitudes en el Servicio para un mismo evento, y para no entorpecer las funciones asistenciales del Hospital, la autorización será con base en:

a) Si el solicitante asiste como ponente o solo como participante.
b) Si existe o no invitación expresa de los organizadores del evento.
c) Si se hace una presentación en el curso y esto implica o no una proyección de la imagen del Hospital.
d) Si el solicitante forma parte o no del Comité de organización del evento.
e) Los antecedentes del solicitante en rubros como puntualidad, asistencia y permanencia, y específicamente su productividad en el área asistencial.

3.8 El trámite de permiso para asistir a eventos académicos deberá realizarse con 15 días de anticipación, el Director de Área es responsable de verificar este criterio al firmar asta autorización.

3.9 Al regreso del evento académico autorizado, será obligación del médico o cirujano dentista solicitante entregar constancia de asistencia o participación al mismo al Jefe de Servicio, quien la archivará en el expediente personal del trabajador para su resguardo en el caso de futuras aclaraciones, además entregará una copia a la Dirección de Área correspondiente y al Departamento de Empleo y Capacitación.

3.10 El incumplimiento del presente procedimiento será observado y sancionado por la Dirección General Adjunta Médica y/o por las Direcciones de Área.

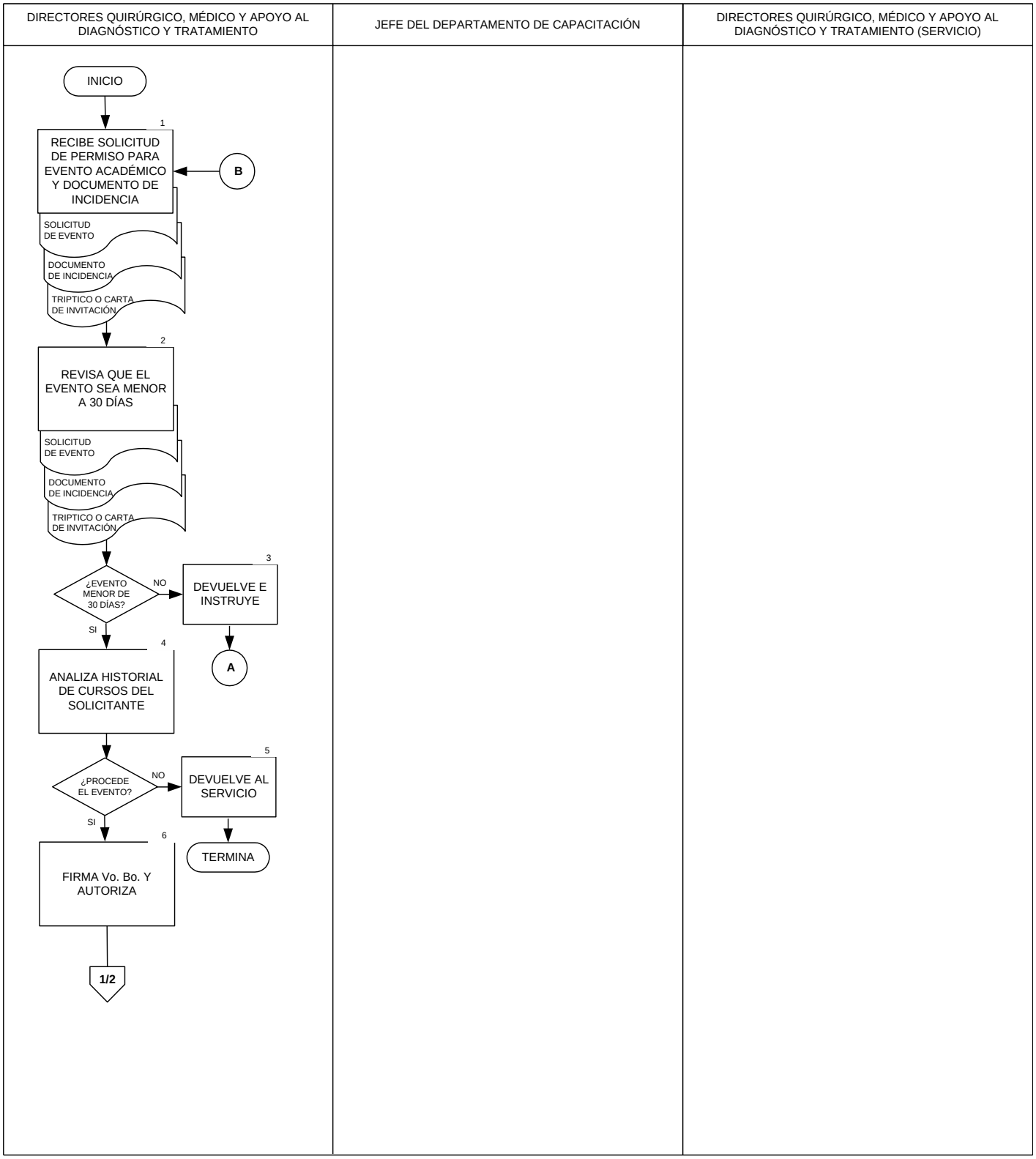
3.11 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el Código de Bioética y al Decálogo de Ética vigentes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

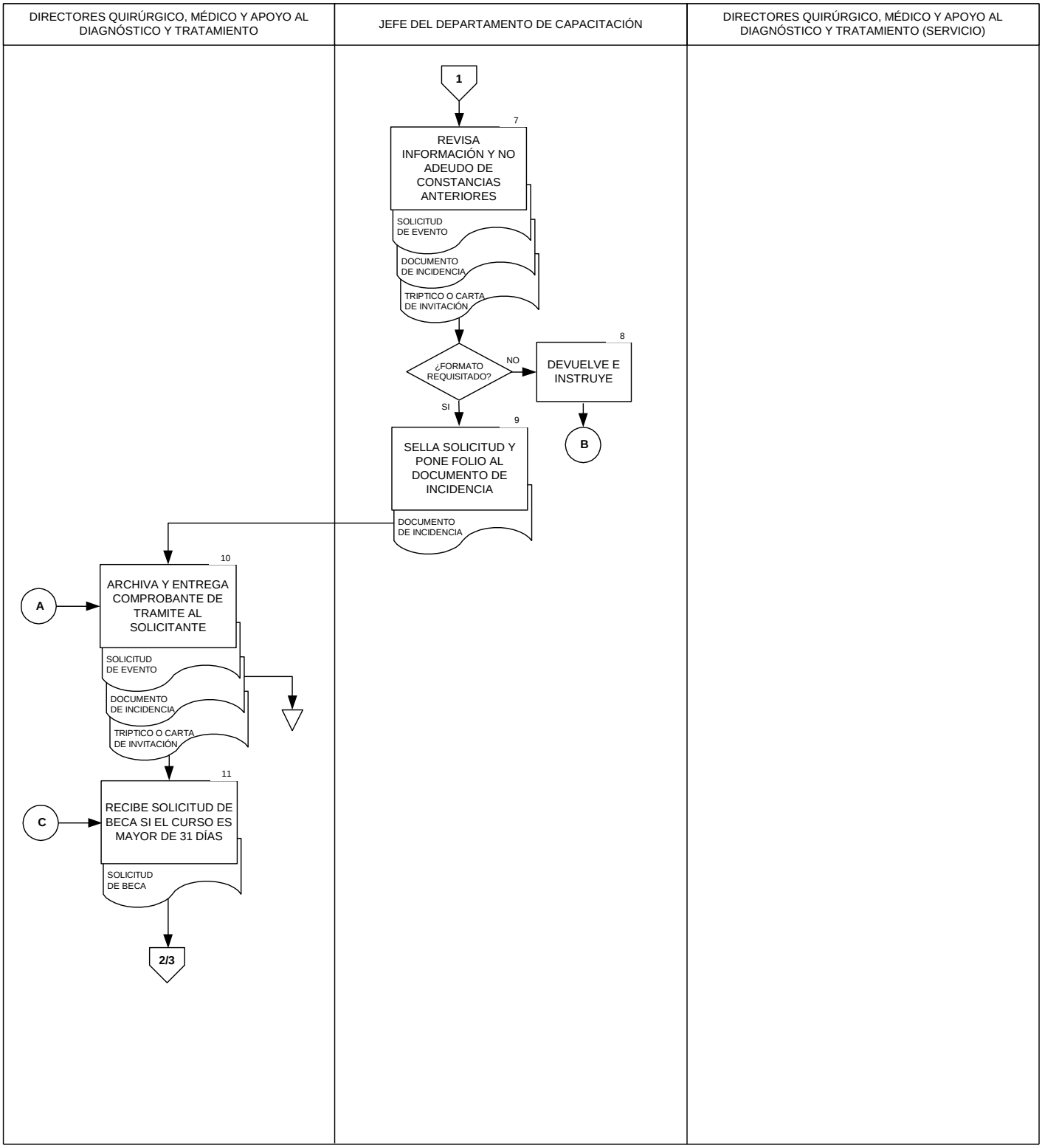
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	1	Reciben de la Jefatura del Servicio, la solicitud de permiso para eventos académicos y documento múltiple de incidencias, debidamente requisitado, por el médico o cirujano dentista solicitante, acompañados del tríptico o carta de invitación del evento. Sella y regresa una copia al trabajador.	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	2 3 4 5 6	Revisa que el curso o evento solicitado sea menor a 30 días. ¿Es menor de 30 días? No: Devuelve e instruye a que se presente el médico o cirujano dentista solicitante al Departamento de Empleo y Capacitación. Pasa a la actividad 10 Si: Analiza historial de cursos del médico o cirujano dentista solicitante. ¿Procede el curso? No: Devuelve a la Jefatura del Servicio y termina el procedimiento. Si: Firma de Vo. Bo, autoriza a través de su firma autógrafa tanto en la solicitud como en el documento múltiple de incidencias y envía, en tres tantos, formatos y documentos al Departamento de Empleo y Capacitación.	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Jefe del Departamento de Empleo y Capacitación	7 8 9	Revisa que estén bien requisitados los formatos y que no tenga, el médico o cirujano dentista solicitante, adeudo de constancias anteriores. ¿Los formatos están bien requisitados? NO: Devuelve para que a su vez devuelva a la Jefatura del Servicio y regresa a la actividad 1. SI: Sella la solicitud de permiso para eventos académicos y sella y folia el documento múltiple de incidencias y devuelve las copias a la Dirección de Área.	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	10	Informa por vía telefónica a la Jefatura de Servicio, correspondiente, que acudan a recoger sus copias, archiva un juego de copias. Entrega comprobantes de trámites realizados, debidamente sellados al Servicio correspondiente	• Solicitud de evento. • Documento de incidencias • Tríptico o carta de invitación
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	11	Recibe del médico o cirujano dentista solicitante, solicitud de beca, emitido por la Comisión Central Mixta de Capacitación del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, si el curso es mayor a 31 días.	• Solicitud de beca

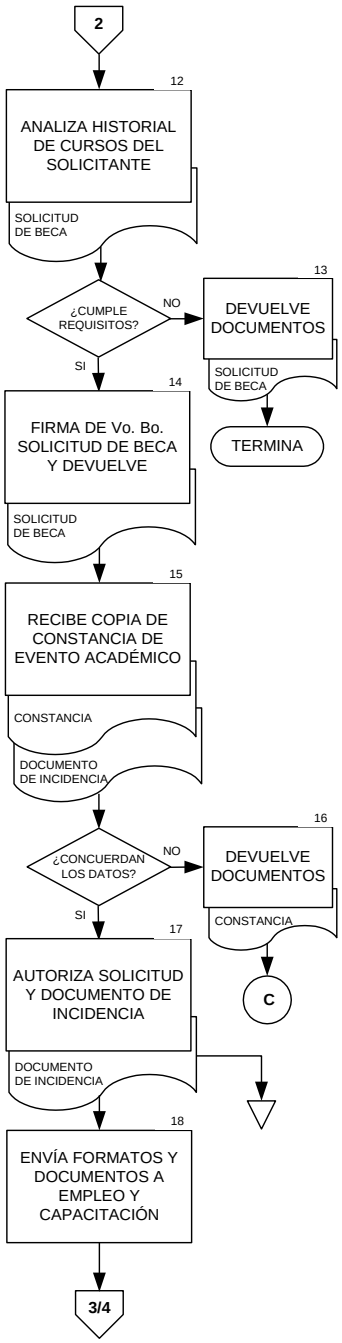
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	12 13 14	Analiza historial de cursos del médico o cirujano dentista solicitante. ¿Cumple con requisitos establecidos? No: Devuelve documentos al médico o cirujano dentista solicitante y termina procedimiento. Si: Firma de Vo. Bo solicitud de beca y devuelve al médico o cirujano dentista.	• Solicitud de beca
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	15 16 17	Recibe del médico o cirujano dentista becado, copia de la constancia de evento académico y verifica que concuerde con el nombre del evento y periodo autorizado. ¿Concuerdan los datos? No: Devuelve documentos al médico o cirujano dentista y regresa a la actividad 12 Si: Autoriza a través de su firma autógrafa tanto en la solicitud como en el documento múltiple de incidencias y archiva constancia.	• Constancia • Incidencia
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento	18 19	Envía, en tres tantos, formatos y documentos al Departamento de Empleo y Capacitación. Instruye al médico o cirujano dentista becado, que entregue copia de la constancia de evento académico al Departamento de Empleo y Capacitación y la jefatura de su servicio.	• Constancia
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicio)	20	Recibe y archiva la constancia de asistencia o ponencia del médico solicitante en su expediente personal en el servicio a su cargo.	• Constancia
Directores Quirúrgico, Médico y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (Servicio)	21	Envía copia de la constancia de evento académico a la Dirección de Área médica correspondiente y al Departamento de Empleo y Capacitación. **TERMINA**	• Constancia

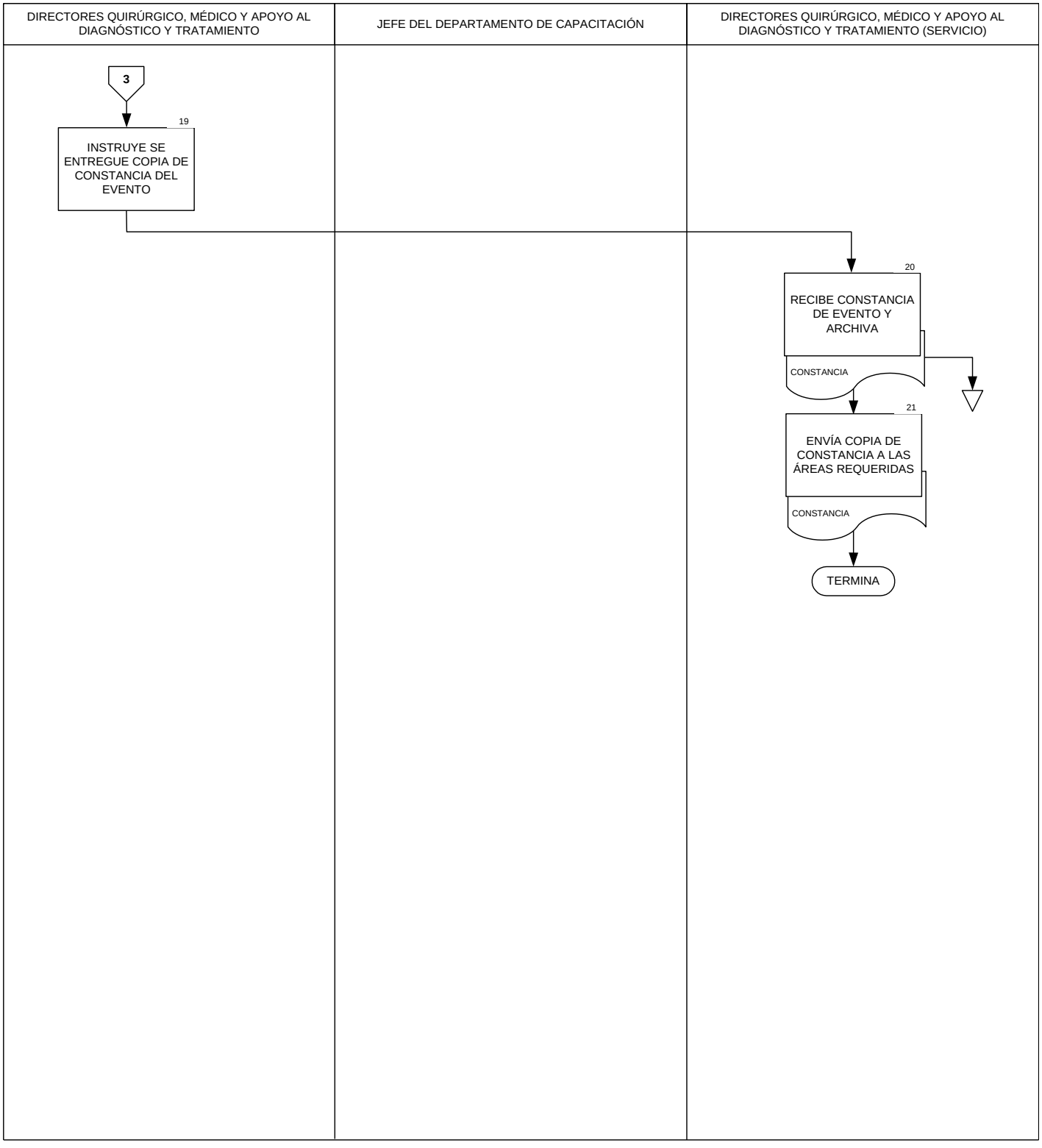
5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN
DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIO)
1
7
REVISA INFORMACIÓN Y NO ADEUDO DE CONSTANCIAS ANTERIORES
SOLICITUD DE EVENTO
DOCUMENTO DE INCIDENCIA
TRIPTICO O CARTA DE INVITACIÓN
¿FORMATO REQUISITADO?
NO
8
DEVUELVE E INSTRUYE
B
SI
9
SELLA SOLICITUD Y PONE FOLIO AL DOCUMENTO DE INCIDENCIA
DOCUMENTO DE INCIDENCIA
A
10
ARCHIVA Y ENTREGA COMPROBANTE DE TRAMITE AL SOLICITANTE
SOLICITUD DE EVENTO
DOCUMENTO DE INCIDENCIA
TRIPTICO O CARTA DE INVITACIÓN
C
11
RECIBE SOLICITUD DE BECA SI EL CURSO ES MAYOR DE 31 DÍAS
SOLICITUD DE BECA
2/3

DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN	DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIO)




DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CAPACITACIÓN
DIRECTORES QUIRÚRGICO, MÉDICO Y APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO (SERVICIO)
3
19
INSTRUYE SE ENTREGUE COPIA DE CONSTANCIA DEL EVENTO
20
RECIBE CONSTANCIA DE EVENTO Y ARCHIVA
CONSTANCIA
21
ENVÍA COPIA DE CONSTANCIA A LAS ÁREAS REQUERIDAS
CONSTANCIA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.3 Manual de Organización del Servicio de Alergía e Inmunología	No aplica
6.4 Normas sobre permisos para eventos académicos del personal profesional del Área Médica.	No aplica
6.5 Condiciones Generales de Trabajo de la Secretaría de Salud vigentes	No aplica
6.6 Reglamento de Capacitación de la Secretaría de Salud	No aplica
6.7 Carta de los Derechos Generales de los Médicos	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Archivo histórico del Servicio	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Capacitación para el Desempeño de la Calidad y para la Calidad.- Todas aquellas acciones previstas para incrementar la capacidad de los servidores públicos en la realización de las actividades y funciones del puesto que actualmente ocupan.

8.2 Comité de Capacitación y Desarrollo.- Órgano de Coordinación Institucional, integrado por el Subcomité Técnico Médico y el Subcomité Técnico Administrativo, cuyo propósito es fomentar y evaluar la operatividad del Programa Institucional de Capacitación.

8.3 Enseñanza.- Acciones o eventos tendientes a incrementar el acervo de conocimientos del personal, realizadas a través de programas elaborados o validados por instituciones de enseñanza oficiales.

8.4 Formación Académica.- Todas aquellas acciones realizadas en coordinación con la secretaría de Educación Pública tendientes a certificar estudios de primaria, secundaria o bachillerato.

8.5 Programa específico de Capacitación.- Documento formal de carácter anual, de las acciones y/o eventos de capacitación de cada una de las Unidades Administrativas del Sector Central de la Secretaría de Salud y sus Órganos Desconcentrados, así como los Organismos Descentralizados en los Estados.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato “Solicitud de permiso para eventos académicos”
10.2 Formato “Documento de Múltiples incidencias”: (formato de la Dirección de Recursos Humanos)

10.1 Formato "Solicitud de permiso para eventos académicos"

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO
COMITÉ DE OPTIMIZACIÓN MÉDICA
SOLICITUD DE PERMISO PARA EVENTOS
ACADÉMICOS DEL PERSONAL PROFESIONAL DEL ÁREA MÉDICA

NOMBRE DEL PROFESIONISTA SOLICITANTE:
SERVICIO AL QUE PERTENECE:
PUESTO QUE OCUPA: HORARIO DE LABORES:
FECHA DE ESTA SOLICITUD:
EVENTO PARA EL QUE SOLICITA EL PERMISO:
FECHA EN LA QUE SE DESARROLLARÁ EL EVENTO:
TIPO DE EVENTO: NACIONAL INTERNACIONAL
SEDE EN LA QUE SE LLEVARÁ A CABO EL EVENTO:
TIPO DE PARTICIPACIÓN: ORGANIZADOR PROFESOR PONENTE ASISTENTE
FECHA DE SALIDA DEL EVENTO:
FECHA DE REANUDACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL:
NÚMERO DE DÍAS QUE SE SOLICITAN EN PERMISO:
NOMBRE DEL PROFESIONISTA QUE CUBRIRÁ SUS FUNCIONES DURANTE EL PERMISO:
NÚMERO DE PERMISOS ANTERIORMENTE SOLICITADOS EN EL PRESENTE AÑO:

_____ _____

Vo. Bo. Vo.Bo.

10.2 Formato "Documento de Múltiples incidencias": (Formato de la Dirección de Recursos Humanos)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS
DOCUMENTO MÚLTIPLE DE INCIDENCIAS

FECHA: _____
FOLIO No.: _____

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

R.F.C.:	NOMBRE:	No. DE EMPLEADO:
SERVICIO/AREA:		HORARIO DE: A Hrs.
TURNO:	CÓDIGO:	FECHA INGRESO

CVE	TIPOS DE REGISTROS Y EVENTOS (200)	
201	FALTA REPORTADA	( )
	PRESTACIONES (300)	
313	JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO POR BECA	( )
314	JORNADA ESPECIAL DE TRABAJO POR CURSO	( )
	JUSTIFICANTES (500)	
501	JUSTIFICANTE DE RETARDO MENOR	( )
502	JUSTIFICANTE DE RETARDO MAYOR	( )
503	JUSTIFICANTE DE PASE DE SALIDA DEFINITIVO	( )
504	JUSTIFICANTE DE SALIDA INTERMEDIO	( )
507	JUSTIFICANTE DE COMISIÓN OFICIAL COMPLETA	( )
509	JUSTIFICANTE DE DESCANSO ENFERMERIA	( )
510	JUSTIFICANTE DE DESCANSO QUINCENAL	( )
511	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO EL DÍA DE LA MADRE	( )
512	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO EN ONOMÁSTICO	( )
513	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO FUERA DE HORARIO	( )
552	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO DIA FESTIVO	( )
553	JUSTIFICANTE DE EXTRA POR HABER LABORADO DIA CONCEDIDO	( )
515	JUSTIFICANTE DE VACACIONES ORDINARIAS DE PRIMAVERA	( )
516	JUSTIFICANTES DE VACACIONES ORDINARIAS DE INVIERNO	( )

CVE	JUSTIFICANTES (500)	
514	JUSTIFICANTE DE VACACIONES EXTRAORDINARIAS	( )
517	JUSTIFICANTE DE VACACIONES POR LABORAR EN ÁREA DE BAJO RIESGO	( )
518	JUSTIFICANTE DE VACACIONES POR LABORAR EN ÁREA DE MEDIANO RIESGO	( )
519	JUSTIFICANTE DE VACACIONES POR LABORAR EN ÁREA DE ALTO RIESGO	( )
520	JUSTIFICANTE DE GUARDIA	( )
549	JUSTIFICANTE DE GUARDIA (PARA ENFERMERIA)	( )
529	JUSTIFICANTE DE COMISIÓN OFICIAL POR BECA	( )
530	JUSTIFICANTE DE COMISIÓN OFICIAL POR CURSO	( )
539	JUSTIFICANTE DE ECONÓMICO (TURNOS 18 Y 24 HORAS)	( )
540	JUSTIFICANTE DE DE ECONÓMICO (VELADA "A","B" TERCIADA Y SDF DIURNO)	
541	JUSTIFICANTE DE ECONÓMICO (MAT-VESP)	( )
560	JUSTIFICANTE DE ECONÓMICO (VELADA SDF)	( )
531	JUSTIFICANTE DE TIPO COLECTIVO ENTRADA	( )
542	JUSTIFICANTE DE TIPO COLECTIVO SALIDA	( )
532	JUSTIFICANTE DE TIPO ESPECIAL ENTRADA	( )
543	JUSTIFICANTE DE TIPO ESPECIAL SALIDA	( )
564	JUSTIFICANTE DE TIPO ESPECIAL COMPLETO	( )

MOVIMIENTO No.: ( ) **OBSERVACIONES:** _____

TRABAJADOR	JEFE DE SERVICIO O EQUIVALENTE	JEFE DE UNIDAD	DEPTO. DE CONTROL Y ASISTENCIA

12. PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO Y SOLICITUD DE FIRMA DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico para realizar el llenado correcto y completo de los formatos de consentimiento bajo información institucionales, mismos que se anexan al expediente clínico con la finalidad de proporcionar al paciente y su familiar responsable información clara, sencilla y entendible sobre los beneficios, riesgos y alternativas (si existiesen) acerca de cada procedimiento médico y/o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos y de rehabilitación que se realizan en su persona, cumpliendo con el principio ético de la autonomía y obtener así la satisfacción del usuario que acude a solicitar los servicios al Hospital.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina y supervisa el cumplimiento adecuado de las actividades a realizar, las Direcciones y Subdirecciones de Área en conjunto con sus respectivas Subdirecciones de Área, supervisan de manera aleatoria la inclusión de los formatos en el expediente clínico, las Jefaturas de los Servicios Médicos y Quirúrgicos, verifican el correcto llenado de los formatos en los paciente que ingresan a sus Unidades, el personal Médico proporciona la información al paciente y su familiar acerca de los procedimientos y el personal de Enfermería de los Servicios colabora en la verificación de la existencia de los formatos llenados correctamente en los pacientes hospitalizados en sus Servicios.

2.2 A nivel externo el procedimiento no tiene alcance

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica, Direcciones y Subdirecciones de Área la supervisión del cumplimiento del presente procedimiento.

3.2 El Médico de Base Tratante, además de decidir hospitalizar al paciente, deberá realizar lo siguiente:

a) Proporcionar adecuada información al paciente y sus familiares sobre el padecimiento, ventajas, desventajas y alternativas de tratamiento, lo anterior en un lenguaje claro y explicito asegurando la total comprensión por parte del enfermo y sus familiares, para que realicen su toma de decisiones y participen, dentro de lo posible en el tratamiento instituido, acatando las indicaciones médicas y recomendaciones, con la finalidad de que la evolución del padecimiento sea satisfactoria.

b) Informar que, por ser un Hospital escuela, en algunas ocasiones, el personal en formación (médico y de enfermería, nutrición, psicología, etc.) podrían ser los responsables de proporcionar la atención médica solicitada, siempre bajo la supervisión de personal de base.

c) Dar a conocer al paciente y familiares sobre la atención propuesta, los riesgos, complicaciones, efectos secundarios, secuelas, beneficios esperados y tipo de procedimiento por realizar, aclarando al máximo las dudas que existan respecto al procedimiento, así como los estudios requeridos, respetando en todo momento los derechos humanos individuales, tanto del paciente como de sus familiares.

d) Una vez realizada esta actividad, informará además la necesidad de firmar la autorización voluntaria de aceptación, bajo la debida información de los formatos de consentimiento bajo información que correspondan.

3.3 Es responsabilidad del Médico de Base tratante realizar el llenado completo y sin excepción de todos los espacios en blanco del formato, además de solicitar la credencial con fotografía para los rubros de identificación del paciente y su familiar, tipo de procedimiento a realizar, con las firmas obligatorias del paciente si está en condiciones (en caso negativo, con la huella dactilar será suficiente, o anotar la leyenda “no apto”); del familiar responsable, del médico tratante y de dos testigos presenciales, también identificados con credencial con fotografía, antes del ingreso hospitalario o de realizar cualquier procedimiento.

3.4 Es responsabilidad del Médico tratante solicitar la firma de consentimiento bajo información en los siguientes casos específicos, con el llenado completo de los espacios en blanco localizados en los formatos correspondientes:

a) Al ingreso hospitalario:
*Formato de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario (médico que realiza el ingreso)
*Formato de consentimiento bajo información para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (receptor). Antes de realizar una transfusión sanguínea (médico que indica la transfusión), una para cada evento de transfusión
*Formato de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo. Antes de realizar un procedimiento considerado como de alto riesgo (médico que lo realizará). Ver listado en anexo 10.1.
En los casos que no se realizarán transfusiones o procedimientos de alto riesgo, con el llenado del consentimiento para ingreso hospitalario será suficiente.

b) En caso de ingreso para cirugía:
Los formatos enunciados en el inciso anterior y además:
*Formato de consentimiento bajo información para cirugía. Antes de realizar una cirugía (médico responsable de la intervención quirúrgica).
*Formato bajo información de procedimiento anestésico. Antes de realizar un procedimiento anestésico (médico anestesiólogo responsable o médico que realiza la visita pre-anestésica).
*Formato de consentimiento bajo información para marcaje quirúrgico. Antes de la llegada del paciente al quirófano, lo realizará el médico cirujano responsable de la cirugía.

c) Para la atención de evento obstétrico (parto), se llenarán los siguientes formatos:
*Formato de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario (médico que realiza el ingreso).
*Formato de consentimiento para atención obstétrica. Al ingreso para atención obstétrica (médico que atenderá el evento obstétrico).
*Formato de consentimiento bajo información para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (receptor). Antes de realizar una transfusión sanguínea, si se requiere (médico que indica la transfusión), una para cada evento de transfusión.

d) Para la atención de evento obstétrico (cesárea) se requieren los formatos enunciados en los incisos b) y c).
El llenado de los consentimientos bajo información de eventos específicos se realizará cuando ocurran las condiciones que los requieran y serán:
*Formato de consentimiento bajo información para amputación quirúrgica. Se realizará por el médico cirujano responsable del procedimiento. Requiere además el llenado de consentimientos del inciso a).
*Formato de consentimiento bajo información para trasplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitores hematopoyéticas (donador). Antes de realizar una donación de sangre (Médico de Banco de Sangre, solicitará la firma en los consentimientos de donador, (uno para cada evento de donación). No requiere otro tipo de consentimiento informado.
*Formato de consentimiento bajo información para procedimiento de salpingoclasia (lo realizará el médico responsable de la cirugía). Requiere además el llenado de consentimientos del inciso a); en caso de ser post-cesárea, requiere además de los formatos a), b) y c).
*Formato de consentimiento bajo información para procedimiento de vasectomía (lo realizará el médico responsable de la cirugía). Requiere además el llenado de consentimientos del inciso a) y b).
*Formato de consentimiento bajo información para el egreso voluntario. En los casos que proceda, antes de realizar un egreso voluntario que sea solicitado por el paciente o familiar responsable (médico que realiza el egreso). No requiere otro formato.
*Formato de consentimiento bajo información para realizar colocación de catéter blando para diálisis peritoneal (lo solicita el médico de Nefrología). Paciente ambulatorio no requiere otro formato, paciente hospitalizado, requiere formatos del inciso a).
*Formato de consentimiento bajo información para cirugía en el tratamiento de enfermedad causada por modelantes. Antes de iniciar tratamiento para la enfermedad por modelantes (lo solicita el médico de ONCOLOGÍA).
*Formato de consentimiento bajo información para la sujeción terapéutica, en los casos que lo ameriten.

*Formato de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo. Antes de realizar procedimientos invasivos en la Clínica del Dolor (Médico tratante del Servicio).
*Formato de consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria. Se solicitará única y exclusivamente en caso de fallecimiento, se solicitará la autorización de necropsia al familiar responsable por el médico tratante o, en casos excepcionales, por el médico patólogo.
Las demás situaciones específicas de cada Servicio, serán verificadas y autorizada por la Dirección General Adjunta Médica para su utilización.

3.5 En cualquiera de los casos, es legal y permisible la negación o revocación del consentimiento, para lo cual deberá solicitarse la firma del paciente y del familiar responsable en una nota del expediente clínico y en la parte posterior del formato que corresponda, el cual deberá llenarse adecuadamente. En esta situación el médico tratante deberá promover el egreso y/o la referencia a otras instancias.

3.6 Es responsabilidad del Jefe de Servicio supervisar que los expedientes clínicos de los pacientes hospitalizados en su Servicio contengan los formatos de consentimiento bajo información adecuadamente llenados y firmados, además de difundir entre el personal a su cargo que la omisión de la firma del médico tratante en cualquiera de los formatos de consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos obliga a la suspensión de los mismos y se sancionará administrativamente al personal involucrado. Lo anterior se verificará a través de las supervisiones que realice el Comité del Expediente Clínico Hospitalario.

3.7 Es responsabilidad del personal de enfermería que colaborará en los procedimientos enumerados en la política 3.4 verificar que los formatos de consentimiento informado estén completamente llenados al momento, antes de la realización de cualquier procedimiento.

3.8 En los casos que se considere necesaria la realización del estudio postmortem (necropsia), el médico tratante y/o el médico patólogo serán responsables de solicitar la autorización y firma del formato de “consentimiento bajo información para la realización de necropsia” a los familiares del paciente fallecido, respetando siempre e invariablemente los derechos humanos individuales y la decisión de los mismos para tal efecto.

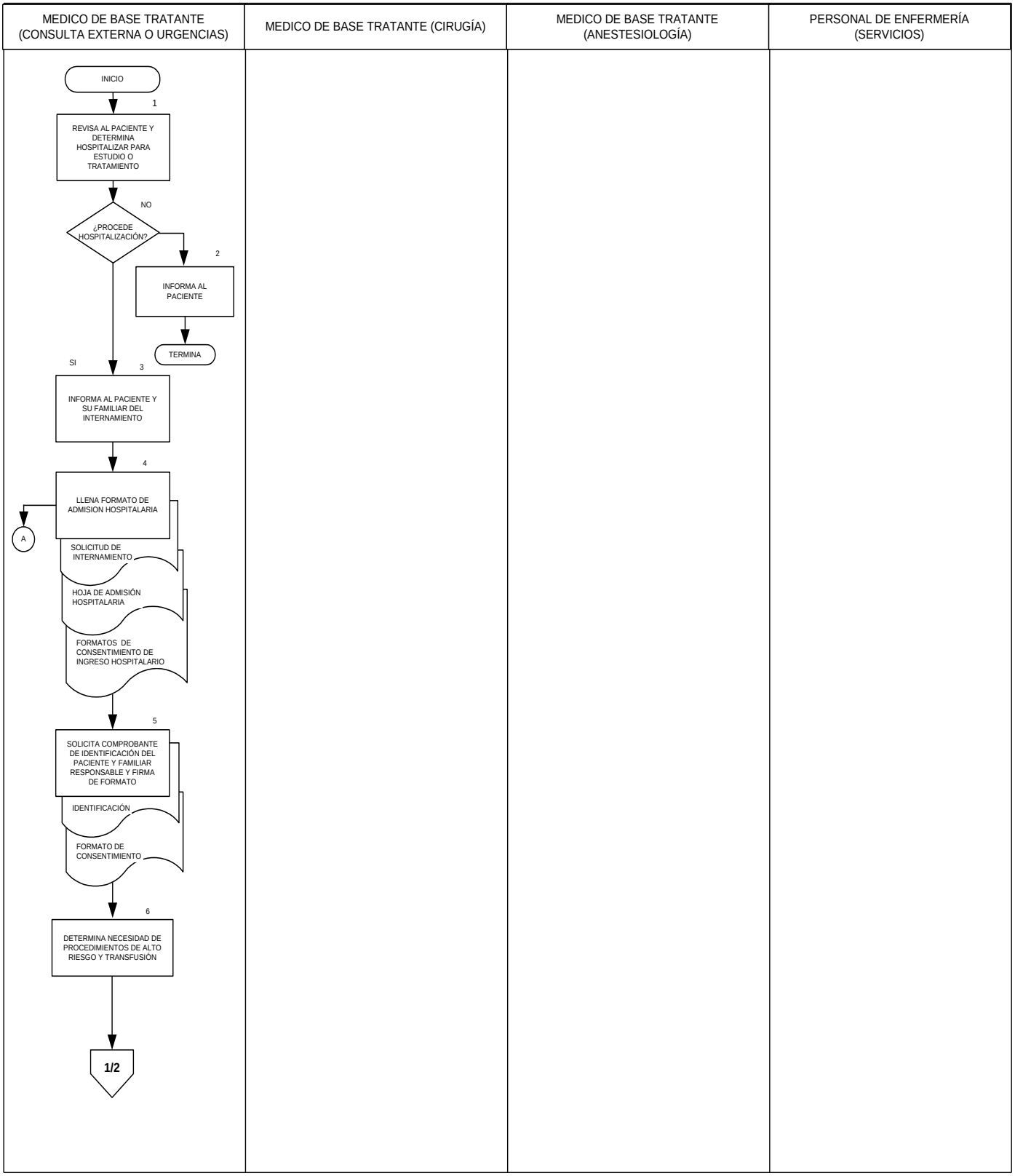
3.9 Todas las relaciones interpersonales deberán apegarse a los lineamientos establecidos en el código de bioética y al Decálogo de ética vigentes en el Hospital; con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, su familiar y del prestador de servicios.

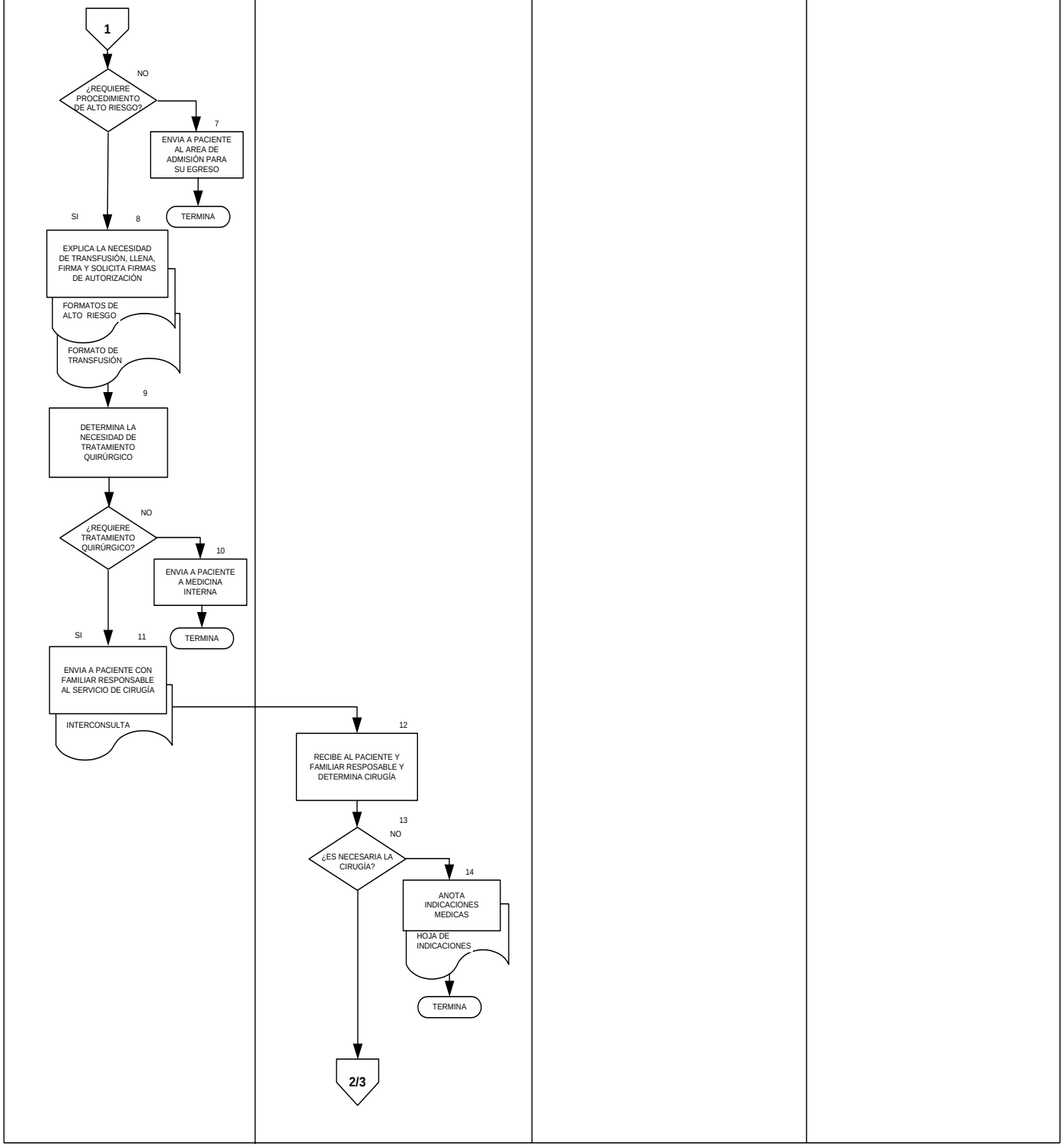
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de base tratante (Consulta externa o Urgencias)	1	Revisa al paciente y determina hospitalizarlo para estudio o tratamiento en forma integral. ¿Procede hospitalización?	• Solicitud de internamiento • Hoja de admisión hospitalaria • Formatos de consentimiento de ingreso hospitalario • Identificación • Formatos de procedimientos de alto riesgo. • Formatos de transfusión • Solicitud de interconsulta
	2	NO: Informa al paciente y termina procedimiento	
	3	SI: Informa al paciente y su familiar de la necesidad de internamiento.	
	4	Llena formato de admisión hospitalaria, hoja de autorización de ingreso hospitalario y de consentimiento informado para su ingreso.	
	5	Solicita comprobante de identificación, firma del paciente, del familiar responsable y de dos testigos presenciales. Firma el formato.	
	6	Determina la necesidad de procedimientos de alto riesgo y de transfusión. ¿Requiere procedimiento de alto riesgo?	
	7	NO: Envía a paciente o familiar al área de admisión para su ingreso y termina el procedimiento.	
	8	SI: Explica la necesidad de transfusión o procedimientos de alto riesgo, llena, firma y solicita firmas de autorización en los formatos de consentimiento informado para procedimiento de alto riesgo y de transfusión.	
	9	Determina la necesidad de tratamiento quirúrgico. Solicita interconsulta al Servicio de Cirugía. ¿Requiere tratamiento quirúrgico?	
	10	NO: Envía paciente al Servicio de Cirugìa Plàstica solicita se realicen los consentimientos específicos de la especialidad y termina el procedimiento.	
	11	SI: Envía al paciente con el familiar responsable al Servicio de Cirugía y continua el procedimiento correspondiente.	

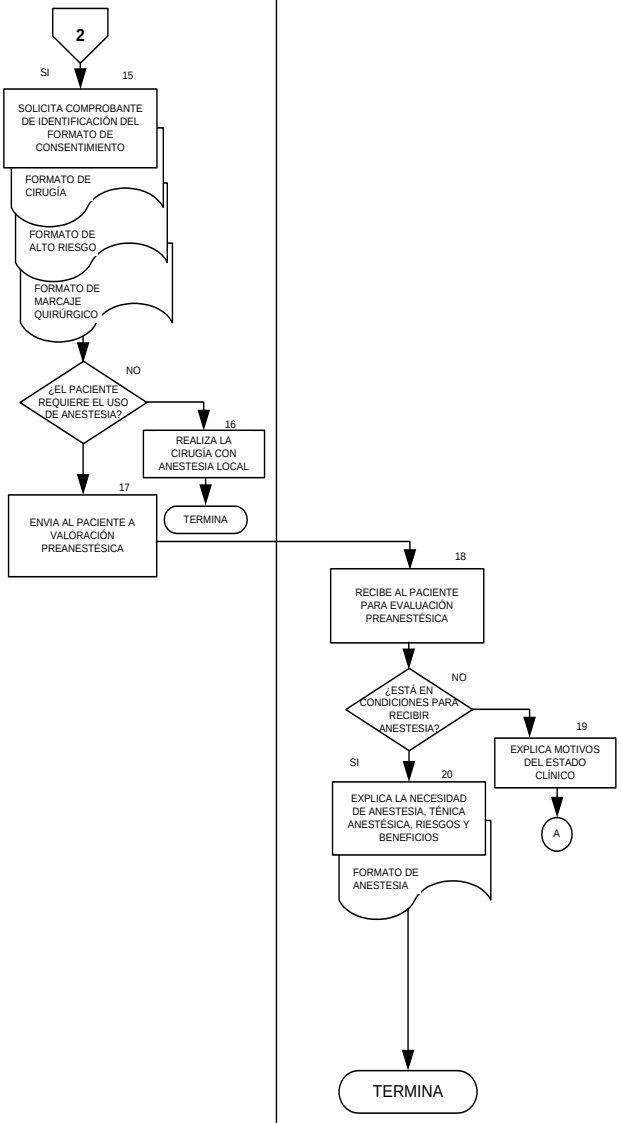
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de base tratante (Cirugía).	12	Recibe al paciente y familiar responsable, en caso de proceder de Urgencias, con la enfermera responsable y determina y/o confirma la necesidad de cirugía o procedimiento invasivo. ¿Es necesaria cirugía o procedimiento invasivo?	• Formato para cirugía. • Formato para alto riesgo. • Formato para marcaje quirúrgico. • Hoja de indicaciones
	13	NO: Anota indicaciones médicas y termina el procedimiento	
	14	SI: Explica los motivos de cirugía o procedimiento con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación, el tipo de procedimiento a realizar, alternativas, riesgos, beneficios, complicaciones, secuelas y efectos secundarios.	
	15	Solicita el comprobante de identificación y firma correspondiente del formato de consentimiento bajo información para Cirugía y/o procedimiento de alto riesgo. Determina la necesidad de utilizar una técnica anestésica. ¿El paciente requiere del uso de anestesia?	
	16	NO: Realiza la cirugía con anestesia local y determina el procedimiento.	
	17	SI: Envía al paciente para valoración preanestésica.	
Médico de base tratante (Anestesiología)	18	Recibe al paciente para evaluación pre-anestésica y determina condiciones satisfactorias para realizar procedimiento anestésico. ¿El paciente está en condiciones para recibir anestesia?	• Formato para anestesia
	19	NO: Explica los motivos, solicita adecuación del estado clínico y regresa a la actividad 4.	
	20	SI: Explica la necesidad de anestesia, técnica(s) anestésica(s) a realizar, riesgos, beneficios, complicaciones, alternativas, firma el formato, solicita identificación con fotografía y firma de consentimiento bajo información para anestesia del paciente (representante legal en casos especiales), del familiar y de dos testigos presenciales. **TERMINA.**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




MEDICO DE BASE TRATANTE (CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS)
MEDICO DE BASE TRATANTE (CIRUGÍA)
MEDICO DE BASE TRATANTE (ANESTESIOLOGÍA)
PERSONAL DE ENFERMERÍA (SERVICIOS)
1
¿REQUIERE PROCEDIMIENTO DE ALTO RIESGO?
NO
7
ENVIA A PACIENTE AL AREA DE ADMISIÓN PARA SU EGRESO
TERMINA
SI
8
EXPLICA LA NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN, LLENA, FIRMA Y SOLICITA FIRMAS DE AUTORIZACIÓN
FORMATOS DE ALTO RIESGO
FORMATO DE TRANSFUSIÓN
9
DETERMINA LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
¿REQUIERE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO?
NO
10
ENVIA A PACIENTE A MEDICINA INTERNA
TERMINA
SI
11
ENVIA A PACIENTE CON FAMILIAR RESPONSABLE AL SERVICIO DE CIRUGÍA
INTERCONSULTA
12
RECIBE AL PACIENTE Y FAMILIAR RESPOSABLE Y DETERMINA CIRUGÍA
13
¿ES NECESARIA LA CIRUGÍA?
NO
14
ANOTA INDICACIONES MEDICAS
HOJA DE INDICACIONES
TERMINA
2/3

MEDICO DE BASE TRATANTE (CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS)	MEDICO DE BASE TRATANTE (CIRUGÍA)	MEDICO DE BASE TRATANTE (ANESTESIOLOGÍA)	PERSONAL DE ENFERMERÍA (SERVICIOS)



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.3 Estándares Internacionales de Certificación de Hospitales: Derechos del Paciente y su familia PFR, estándar 6.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formatos de consentimiento bajo información (Expediente Clínico)	5 años	Archivo Central	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Carta de Consentimiento Informado.- Documento escrito, firmado por el paciente o su representante legal o el familiar más cercano, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos más frecuentes y de los beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutico, rehabilitatorio. Paliativito o de investigación Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

8.2 Consulta pre-operatoria de anestesiología.- Protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente, para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y de ser posible, respetar la preferencia del paciente.

8.3 Evento.- Suceso importante y programado de índole social, médico, académica, artística o deportiva.

8.4 Expediente Clínico.- Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.5 Hospitalización.- Servicio que cuenta con camas censables para atender pacientes internos, proporcionar atención médica con el fin de realizar diagnósticos, aplicar tratamientos y cuidados continuos de enfermería.

8.6 Ingreso.- El paciente que entra a un servicio del hospital e implica la ocupación de una cama censable; con fines de diagnóstico, tratamiento, o estudios; también se conoce como admisión.

8.7 Riesgo.- Constituye una probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad siempre dinámica e individual. No implica necesariamente daño, no otorga certezas ni relaciones directas y deterministas, sino una probabillidad de ocurrencia de éste..

8.8 Transfusión alogénica.- Aplicación de sangre o componentes sanguíneos de un individuo a otro.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
1	Enero 2015	Readecuación del procedimiento

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Listado de Procedimientos de alto riesgo.
10.2 Solicitud de internamiento. (Ver anexo del Procedimiento 7)
10.3 Hoja de Admisión Hospitalaria.
10.4 Carta de consentimiento bajo información para ingreso hospitalario.
10.5 Carta de consentimiento bajo información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o cédulas progenitoras hematopoyéticas (receptor).
10.6 Carta de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo.
10.7 Carta de consentimiento bajo información para cirugía.
10.8 Carta de consentimiento bajo información de procedimiento anestésico.
10.9 Carta de consentimiento bajo información para marcaje quirúrgico.
10.10 Carta de consentimiento bajo información para la atención obstétrica.
10.11 Carta de consentimiento bajo información para amputación quirúrgica.
10.12 Carta de consentimiento bajo información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o cédulas progenitoras hematopoyéticas (donador).
10.13 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de salpingoclasia.
10.14 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de vasectomía.
10.15 Carta de consentimiento bajo información para el egreso voluntario.
10.16 Carta de consentimiento bajo información para cirugía en el tratamiento de enfermedad causada por modelantes.
10.17 Carta de consentimiento bajo información para la sujeción terapéutica.
10.18 Carta de consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria.
10.19 Carta de consentimiento bajo información de colocación percutánea de catéter peritoneal para diálisis peritoneal.
10.20 Carta de consentimiento bajo información para autorización de trasplantes de órganos y/o tejidos (receptor).
10.21 Carta de consentimiento bajo información para realización de hemodialisis

10.1 Listado de Procedimientos de alto riesgo.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS DE ALTO RIESGO
REQUIEREN LLENADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1) Biopsias de músculo, tejidos blandos, hueso, ganglio, hepática, renal.
2) Colocación de sonda endotraqueal, en el caso de cirugía, el consentimiento para anestesia lo cubrirá.
3) Realización de toracocentesis, paracentesis, intubación endotraqueal.
4) Colocación de marcapasos externo o definitivo.
5) Colocación de catéter de Mahurkar para hemodiálisis.
6) Colocacion de catéter rígido para diálisis peritoneal.
7) Venodisección.
8) Bloqueo de nervios periféricos, bloqueos epidurales con sustancias analgésicas y antiinflamatorias, procedimientos neuroablactivos, bloqueos simpáticos con neurolíticos, infiltraciones articulares. (Clínica del Dolor)
9) Laringoscopías.
10) Crisis de anafilaxia.
11) Broncoscopía.
12) Cualquier procedimiento que requiera inyección de medio de contraste o para medicina nuclear.
13) Punción subclavia para colocación de catéter central.
14) Procedimientos de radiología intervencionista (cualquiera).
15) Punción lumbar.
16) Endoscopía gastrointestinal, colonoscopía, CPREs.
17) Braquiterapia.
18) Punción de médula ósea.
19) Hemodiálisis.
20) Terapia con láser.
21) Fluorangiografía.
22) Cateterismo cardíaco**.**

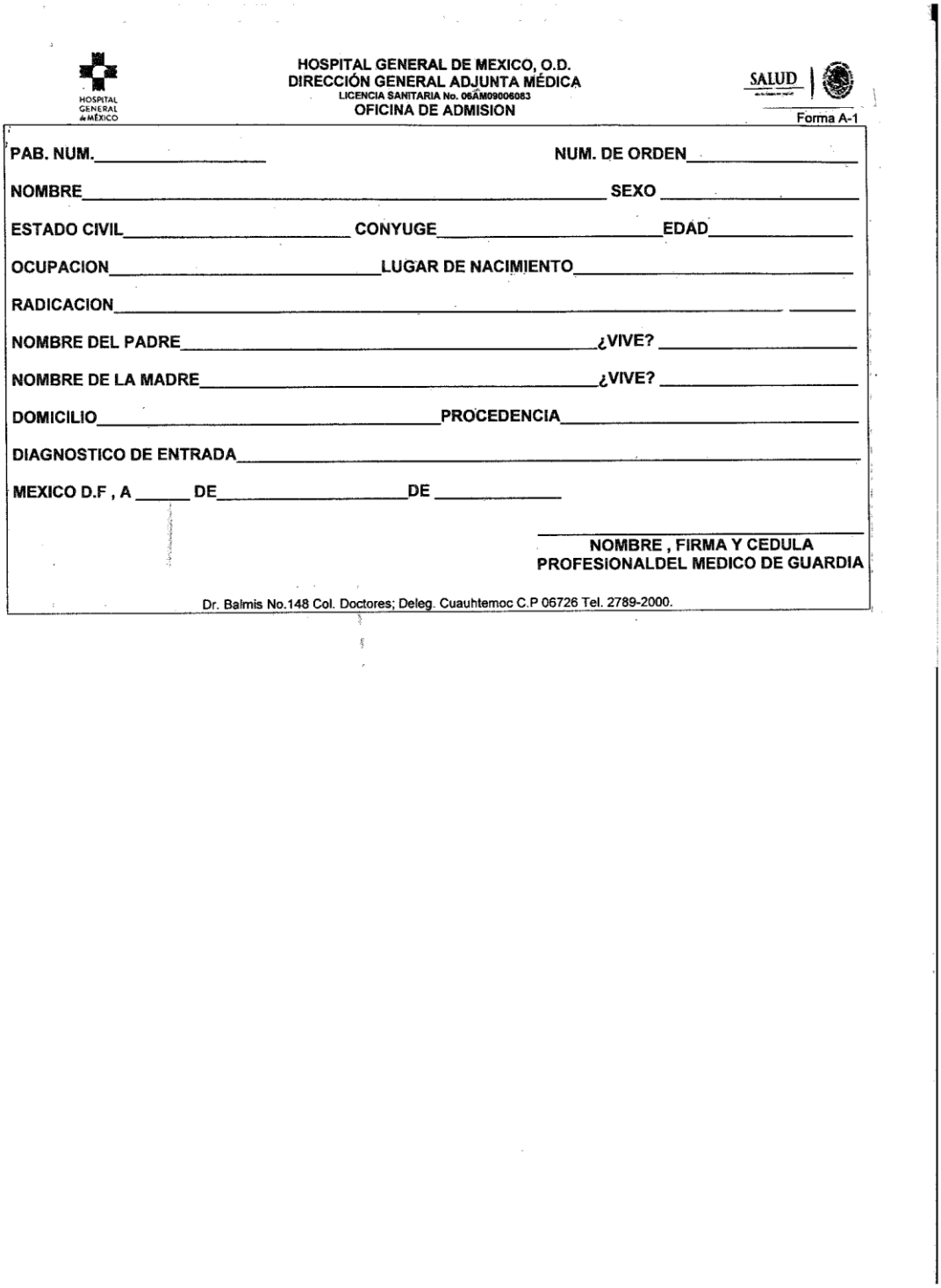
En los casos necesarios, se llenará el consentimiento bajo información para anestesia y para marcaje quirúrgico.

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS "FUERA DE QUIROFANO "

I) PROCEDIMIENTOS VASCULARES

1) Malformaciones vasculares
   a) Arteriografía diagnostica
   b) Flebografía diagnóstica
   c) Embolización de malformaciones arterio-venosas en cara
   d) Embolización de malformaciones arterio-venosas en extremidades
   e) Embolización de tumores abdominales
   f) Escleroterapia y embolización percutánea
   g) Crioterapia
2) Patología de grandes vasos
   a) Arteriografía diagnóstica
   b) Panangiografía cerebral
   c) Colocación de stents pafa oclusión de aneurisma cerebral
   d) Embolización de tumores cerebrales
   e) Angioplastía
   f) Colocación de Stents recubiertos
   g) Colocación de endoprótesis

10.3 Hoja de Admisión Hospitalaria.



HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, O.D.
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 06AM09006083
OFICINA DE ADMISION

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

SALUD

Forma A-1

PAB. NUM._____ NUM. DE ORDEN_____

NOMBRE_____ SEXO _____

ESTADO CIVIL_____ CONYUGE_____EDAD_____

OCUPACION_____LUGAR DE NACIMIENTO_____

RADICACION_____ _____

NOMBRE DEL PADRE_____¿VIVE? _____

NOMBRE DE LA MADRE_____¿VIVE? _____

DOMICILIO_____PROCEDENCIA_____

DIAGNOSTICO DE ENTRADA_____

MEXICO D.F , A _____ DE_____DE _____

NOMBRE , FIRMA Y CEDULA
PROFESIONALDEL MEDICO DE GUARDIA

Dr. Balmis No.148 Col. Doctores; Deleg. Cuauhtemoc C.P 06726 Tel. 2789-2000.

10.4 Carta de Consentimiento Bajo Información para Ingreso Hospitalario

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA INGRESO HOSPITALARIO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto que el Dr. _____, del Servicio de _____ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo, realizando todas las observaciones, aclaró todas las dudas que he planteado las cuales he entendido a mi satisfacción del (los) probable (s) padecimiento (s) que presento, por lo que será necesario someterme a estudios de laboratorio y gabinete para integrar mi diagnóstico y establecer el tratamiento correspondiente, para lo cual **requiero ser hospitalizado**.

También me explicó ampliamente los beneficios _____, riesgos _____ y probables complicaciones_____, como resultado del tratamiento médico y /o quirúrgico a que pueda ser sometido durante mi estancia hospitalaria.

Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento en mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicológos, trabajadores sociales etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que autorizo el ingreso hospitalario, así como la atención de urgencias y contingencias que pudieran presentarse durante la hospitalización, comprometiéndome a respetar el Reglamento y las normas de la Institución, lo anterior con fundamento en la normatividad vigente.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y **llenarse un formato para cada ingreso hospitalario**. En caso de traslado hospitalario interno no será necesario llenar un nuevo formato, solamente en caso de **reingreso hospitalario.**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento o quirúrgico para lo cual requiero **ingreso hospitalario** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el **ingreso hospitalario** que requiero para mi estudio, diagnóstico y tratamiento, por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, motivo por el cual doy con esta fecha por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	_____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

10.5 Carta de Consentimiento bajo Información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (receptor)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRASPLANTE DE SANGRE, COMPONENTES SANGUÍNEOS Y/O CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (RECEPTOR)

Nombre del paciente: _____Sexo_____
Lugar y fecha:_____Edad: _____ Estado Civil _____

Diagnóstico_____
Identificado con: _____ Ocupación_____Servicio _____ Cama _____

Domicilio_____

Nombre de persona responsable que otorga el consentimiento: _____
Parentesco: _____ Identificado con: _____ Edad: _____
Domicilio: _____

Después de haber sido informado que la transfusión sanguínea es un trasplante celular y que la requiero para mi tratamiento, además de que me han hecho saber de los riesgos inmediatos y tardíos que conlleva la administración de sangre y/o sus componentes, es mi voluntad aceptar ser transfundido para salvaguardar mi salud.

Por tal motivo, autorizo a mi médico tratante Dr. _____ del Servicio de _____ para que se realicen todos los estudios, procedimientos, maniobras e indicaciones necesarias antes, durante y después de la transfusión que necestio; así como la atención de contingencias y/o urgencias que ocurriesen, lo anterior con fundamento en los Artículos 314, fracciones IV, VI, XII y XIV, 315 fracción II, 330, 332, 333, 336 y 341 de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012., así como lo expresado en la NOM 253 SSA1 2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"

Nombre y Firma del receptor

Nombre y Firma del Familiar Responsable

_____
Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

_____
Testigo (Nombre y firma)

Que se identifica con: _____

_____
Testigo (Nombre y firma)

Que se identifica con:_____

Notas: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento transfusional**. **EN CASO DE MENORES DE EDAD, LO FIRMARA EL RESPONSABLE O EL REPRESENTANTE LEGAL.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **transfusión sanguínea (receptor)** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el **procedimiento de transfusión sanguínea (receptor),** por tal motivo, no deseo proseguir con el procedimiento, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.6 Carta de consentimiento bajo información para procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alto riesgo

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ALTO RIESGO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que es conveniente realizar el siguiente procedimiento _____, considerado como de **alto riesgo** y me explicó que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no q'uirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que está recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso podrían ser secundarios a la utilización de los equipos médicos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento al que me someteré: (_____) se encuentran: _____

_____

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: _____

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	
Nombre y Firma del Familiar Responsable	
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de alto riesgo a realizar.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Procedimentos de alto riesgo: biopsias: (músculo, tejidos blandos, hueso, ganglio, hepática, renal), Colocación de sonda endotraqueal, toracocentesis, paracentesis, intubación endotraqueal, colocación de marcapasos externo o definitivo, colocación de catéter de Mahurkar para hemodiálisis, colocacion de catéter rígido para diálisis peritoneal, venodisección, bloqueo de nervios periféricos, bloqueos epidurales con sustancias analésicas y antiinflamatorias, procedimientos neuroablactivos, bloqueos simpáticos con neurolíticos, infiltraciones articulares, laringoscopías, crisis de anafilaxia, broncoscopía, cualquier procedimiento que requierea inyección de medio de contraste o para medicina nuclear, punción subclavia, colocación de catéter central, procedimientos de radiología intervencionista, punción lumbar, endoscopía gastrointestinal, colonoscopía, brquiterapia, CPREs, punción de médula ósea, hemodiálisis, terapia con láser, fluorangiografía, cateterismo cardíaco.

10.7 Carta de consentimiento bajo información para cirugía.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA CIRUGÍA

Nombre del paciente:_____ Edad: _____ Sexo _____
No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como_____:
_____
al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización del equipo médico. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la intervención quirúrgica denominada_____se encuentran: _____
_____, de igual forma, me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica, que son: _____

Por lo que he comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo estricta supervisión (enfermeras o médicos residentes de especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos quirúrgicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la cirugía** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento quirúrgico, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

10.8 Carta de consentimiento bajo información para Procedimiento Anestésico

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROCEDIMIENTO ANESTESICO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____ Sexo _____

No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **Anestesiología** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que estoy programado (a) para realizar el (a) procedimiento/cirugía: _____ para lo cual es conveniente utilizar la **técnica anestésica** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, como: _____, al mismo tiempo, me explicó y entendí que todo acto anestésico-quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios, médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo, de las posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización de los equipos médicos. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y/o después del procedimiento anestésico: _____ se encuentran: _____
Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica anestésica, que consisten en: _____

He comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.
Comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad). Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica anestésica a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable Que se identifica con _____	Que se identifica con _____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo
_____ Que se identifica con	_____ Que se identifica con

Nota: Esta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento anestésico a realizar**, sin excepción.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos anestésicos** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar **la técnica anestésica** _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.9 Carta de consentimiento bajo información para marcaje quirúrgico

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

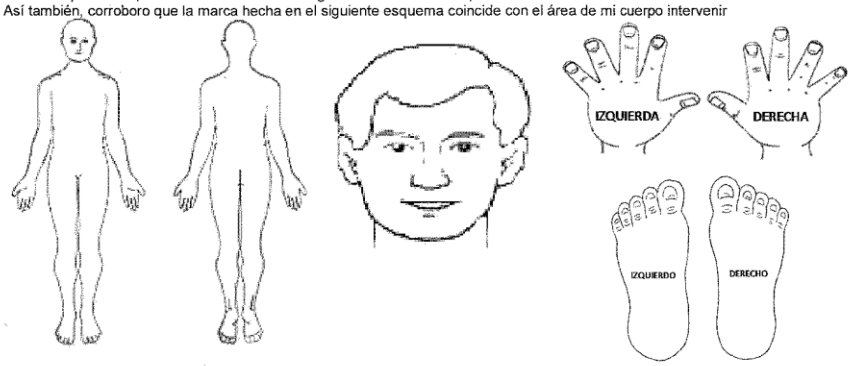
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA MARCAJE DE SITIO QUIRÚRGICO

Nombre del paciente: _____ Sexo_____ Edad _____
Lugar y fecha:_____ Estado Civil _____ Ocupación_____
Identificado con: _____ Domicilio_____
Nombre del familiar responsable_____Parentesco _____
Representante Legal_____
Cirugía programada: _____ el día _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informó que: El marcado del sitio quirúrgico es un procedimiento que realiza el cirujano tratante, previo a la cirugía, colocando en mi cuerpo una señal (círculo con punto en el centro) para identificar con precisión el área que será intervenida quirúrgicamente, por lo tanto, es conveniente realizarlo y me explicó que no existen complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento.
He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos residentes o enfermeras)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo negar o revocar el presente consentimiento. Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y autorizo al médico cirujano tratante para que marque en mi cuerpo el sitio para la realización de la cirugía de acuerdo a lo estipulado.
Así también, corroboro que la marca hecha en el siguiente esquema coincide con el área de mi cuerpo intervenir



Observaciones: _____

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Que se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable	Que se identifica con
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de marcaje quirúrgico a realizar, sin excepción.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA

ENTRADA

1. EL PACIENTE HA CONFIRMADO:
   - SU IDENTIDAD ☐NO ☐SI ☐NA
   - EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI ☐NA
   - EL PROCEDIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA
   - SU CONSENTIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA
2. MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI
3. PREPARACIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI
4. MONITOREO CARDIACO Y OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA
5. ¿TIENE EL PACIENTE ALERGÍAS CONOCIDAS? ☐NO ☐SI
6. ¿VÍA AÉREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN? ☐NO ☐SI ☐NA
7. RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7 ML/KG EN NIÑOS) ☐NO ☐SI ☐NA
8. ¿SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS? ☐NO ☐SI
9. HEMODERIVADOS DISPONIBLES (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL) ☐NO ☐SI ☐NA
10. CRUCE DE SANGRE (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL) ☐NO ☐SI ☐NA
11. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS? ☐NO ☐SI ☐NA
12. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? ☐NO ☐SI ☐NA

NA=No Aplica

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA

INTERMEDIO QUIRÚRGICO

13. CONFIRMAR QUE EL EQUIPO QUIRÚRGICO SE PRESENTE POR NOMBRE Y FUNCIÓN:
   - ENFERMERÍA ☐NO ☐SI
   - CIRUJANO ☐NO ☐SI
   - ANESTESIÓLOGO ☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)
14. ENTRE EL CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERÍA CONFIRMAN VERBALMENTE:
   - LA IDENTIDAD DEL PACIENTE ☐NO ☐SI
   - EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI
   - EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR ☐NO ☐SI
15. PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS
   - EL CIRUJANO REVISA LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE. ☐NO ☐SI
16. EL ANESTESIÓLOGO (A) REVISA: SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECIFICO ☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)
17. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA: SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD (CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES) Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO). ☐NO ☐SI
18. ¿SE PUEDEN VISUALIZAR ADECUADAMENTE LAS IMÁGENES RADIOLÓGICAS Y/O DIAGNÓSTICAS? ☐NO ☐SI

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO

SALIDA

19. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO.
   EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO. ☐NO ☐SI
20. QUE EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS Y AGUJAS SEA CORRECTO Y COMPLETO. ☐NO ☐SI
21. LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE FIGURE EL NOMBRE DEL PACIENTE) ☐ NO ☐Si ☐ NA
22. SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS. ☐NO ☐SI
23. EL CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE.
   - CIRUJANO ☐NO ☐SI
   - ENFERMERÍA ☐NO ☐SI
   - ANESTESIÓLOGO ☐NO ☐SI ☐ NA (Anestesia Local)
24. ¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS? ☐NO ☐SI
25. SE REALIZO REPORTE DEL EVENTO ADVERSO ☐NO ☐SI

26. EQUIPO QUIRURGICO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN
(especificar quien realizó el llenado de la Lista)

	Nombre y cédula profesional	Firma
CIRUJANO:		
ANESTESIÓLOGO:		
INSTRUMENTISTA:		
CIRCULANTE:		

27. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU): _____

CIRUGÍA REALIZADA: _____

FECHA: _____

10.10 Carta de consentimiento bajo información para la atención obstétrica

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA ATENCION OBSTETRICA

Nombre de la paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____
Por medio de la presente manifiesto que el (la) Dr (a). _____
del servicio de **Gineco Obstetricia** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado acerca de los diversos procedimentos obstétricos que se podrían requerir en mi persona y/o en el producto de mi embarazo, como son: _____, los cuales se adoptarán de acuerdo a la evolución del trabajo de parto que estoy cursando, por considerar que tiene los mayores beneficios para mi persona, como: _____ al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto obstétrico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte; que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de parto, del estado previo de la paciente, de los tratamientos médicos que está recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso ser secundarias a la utilización del equipo médico. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la atención del parto se encuentran: _____, de igual forma, me ha explicado acerca de las alternativas, que son: _____
Por lo que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado. Lo anterior con apego a la NOM-007-SSA2-1994 "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio".
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo los alcances y los riesgos de la técnica obstétrica a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados , sin excepción y **llenarse un formato para cada evento obstétrico** a realizar.

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASOS QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realicen los procedimientos de diagnóstico y tratamiento o quirúrgicos que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASOS QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de atención obstétrica y por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, el cual doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante y sus colaboradores, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____
Nombre y firma del paciente

_____
Nombre, firma y cédula del médico tratante

_____
Nombre y firma del familiar responsable o representante legal

_____
Nombre y firma del Testigo

_____
Nombre y firma del Testigo

10.11 Carta de consentimiento bajo información para amputación quirúrgica

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA AMPUTACION QUIRURGICA

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____
Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____ Identificado con: _____
Servicio _____ Cama _____
Nombre de familiar o Representante legal: _____Edad_____
Identificado con: _____Domicilio _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: **Amputación quirúrgica de** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo o de posibles anomalías anatómicas. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica.
Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la **amputación quirúrgica** de_____se encuentran: _____, también se me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica como son: _____, por lo que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.** Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **amputación quirúrgica** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **amputación quirúrgica**, por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicadoy he entendido los alcances de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma de la paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con: _____
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con: _____	_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con: _____

10.12 Carta de consentimiento bajo información para transplante de sangre, componentes sanguíneos y/o células progenitoras hematopoyéticas (donador)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 TS 09 015 0004

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA TRASPLANTE DE SANGRE, COMPONENTES SANGUÍNEOS Y/O CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (DONADOR)

Nombre del donador: _____ Sexo_____
Lugar y fecha:_____ Edad: _____
Identificado con: _____ Estado Civil _____
Domicilio_____Ocupación_____
Donación: Voluntaria____ Altruista____ Familiar____ Designada____ Reposición____ Dirigida ____
Método de colecta _____ Volumen a extraer:_____mls

Por medio de la presente manifiesto que se me ha explicado en un lenguaje claro y sencillo y entiendo que, de acuerdo a las Leyes vigentes en la materia, la venta de órganos, tejidos y sangre es un hecho ilícito; manifiesto que recibí y comprendí la información que se me ha explicado acerca de la transmisión del SIDA (causado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH) y otras enfermedades infecciosas (Hepatitis, Sífilis, Chagas y Paludismo) a través de la sangre y el plasma.
Acepto donar sangre y sus componentes, que es de tipo: Regular___ Repetición____además, me han informado que mi sangre va a ser examinada en relación con el VIH y otros marcadores de enfermedades. Si estas pruebas indicaran que no debo donar sangre ni sus componentes debido al riesgo de trasmitir el virus del SIDA y/o de otras enfermedades infectocontagiosas, mi nombre ingresará a una lista de disponentes permanentemente excluidos, en tal caso, acepto no donar mi sangre o sus componentes para su transfusión a otra persona.
Así mismo autorizo al Dr. _____ para que realice todos los estudios, procedimientos, maniobras e indicaciones necesarias antes, durante y posterior a la donación de mi sangre o de sus componentes, así como la atención de contingencias y/o urgencias que se presentaran, de las posibles reacciones _____, efectos adversos_____lo anterior con fundamento en los Artículos 314 fracción VI, 315 fracción IV, 316, 320, 321, 322, 323 fracción II, 324 y 341 de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012.
Entiendo y acepto que, por ser un Hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicológos, trabajadores sociales etc)
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

_____ Nombre y Firma del donador

_____ Nombre y Firma del Familiar

_____ Nombre, Cédula Profesional y Firma del Médico (Banco de Sangre)

_____ Testigo (Nombre y firma)

_____ Testigo (Nombre y firma)

Nota: La presente Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento de donación sanguínea, sin excepción.**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 TS 09 015 0004

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **donación sanguínea** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar la **donación sanguínea,** por tal motivo, no deseo proseguir con el procedimiento, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.13 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de salpingoclasia

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE SALPINGOCLASIA

Nombre de la paciente:_____ Edad: _____
No de Exp.: _____ Lugar y fecha:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal: _____
Edad_____parentesco:_____ Domicilio en: _____

Por medio de la presente manifiesto mi voluntad para someterme al procedimiento de la oclusión tubaria uterina bilateral (Salpingoclasia) sin que haya mediado violencia, coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informada, por parte del Dr. _____ del Servicio de _____que se trata de un método anticonceptivo permanente, por lo que he comprendido perfectamente que ya no podré tener más hijos, además se me han explicado a mi satisfacción las posibles complicaciones _____ y riesgos _____de la misma.

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, las cuales he comprendido totalmente; por lo que autorizo al médico y sus colaboradores, para que realicen la intervención quirúrgica denominada **Salpingoclasia**; así como, para atender las contingencias y/o urgencias, que se presenten, lo anterior con fundamento en los artículos 67 y 68 fracciones I y II de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012, así como en el Artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA1-1993 de los Servicios de Planificación Familiar vigentes.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo los alcances y los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar.

Nombre y Firma de la paciente Que se identifica con:	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma) Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	Que se identifica con:
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y llenarse **a petición expresa de la paciente y/o Representante Legal.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **salpingoclasia** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **salpingoclasia,** por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma de la paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	Que se identifica con:
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

10.14 Carta de consentimiento bajo información para procedimiento de vasectomía.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA PROCEDIMIENTO DE VASECTOMIA

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____
Identificado con: _____
Nombre de familiar o Representante legal: _____
Identificado con: _____Domicilio _____

Por medio de la presente manifiesto mi voluntad para someterme al procedimiento de ligadura de Conductos Deferentes **(Vasectomía)** sin que haya mediado violencia, coacción física o moral para hacerlo, después de haber sido informado por parte del Dr. _____ del Servicio de _____ que se trata de un método anticonceptivo permanente, por lo que he comprendido perfectamente que ya no podré tener más hijos, además se me han explicado a mi satisfacción y he comprendido las posibles complicaciones: _____ y riesgos de la misma como: _____.

He tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, que he comprendido totalmente; por lo tanto autorizo al médico y sus colaboradores, para que realicen la intervención quirúrgica **(Vasectomía)**; así como para atender las contingencias y/o urgencias, que se presenten, lo anterior con fundamento en los artículos 67 y 68 fracciones I y II de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012, así como en el Artículo 119 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y de la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA1-1993 de los Servicios de Planificación Familiar vigentes.
Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**

Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad)
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar

Nombre y Firma del paciente	Nombre, Cédula Profesional y Firma del Médico Tratante Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción y llenarse **a petición expresa del paciente y/o Representante Legal,**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **vasectomía,** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **vasectomía,** por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma de la paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	Que se identifica con:
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

10.15 Carta de consentimiento bajo información para el egreso voluntario

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA EL EGRESO VOLUNTARIO

Nombre del paciente:_____ Edad:_____ Sexo_____
Fecha y hora: _____ No de Exp.: _____ Identificado con: _____
Estado civil:_____ Servicio_____Cama_____
Nombre de familiar o Representante legal: _____
Identificado con: _____Domicilio _____

Por medio de la presente manifiesto mi deseo de egresar del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" de manera voluntaria, sin que haya mediado violencia, coacción física, psicológica o moral para hacerlo, después de haber sido informado y he comprendido los alcances de los riesgos que implica mi decisión, la cual he tomado por el (los) siguiente(s) motivo(s):
_____
Dejando a salvo los derechos que pudieran corresponderme.

Diagnóstico(s) establecido(s): _____
_____

He recibido y entendido la información, proporcionada por el médico tratante acerca de las medidas recomendadas para la protección de mi salud y/o la de mi paciente y para la atención de factores de riesgo, durante el egreso y traslado, como son: _____
_____

Lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo sin menoscabo de la atención médica a recibir.**

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Nombre, Cédula Profesional y Firma del Médico Tratante
	Quien se identifica con: _____
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	_____
_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados sin excepción, llenarse **a petición expresa del paciente o Representante Legal y se acompañará del resumen clínico detallado del caso.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, niego la autorización a que se me realice el procedimiento de **egreso por alta voluntaria** que me fue explicado y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de este acto.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento de **egreso por alta voluntaria**, , por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, por considerar que por el momento no es necesario dicho procedimiento, una vez que me han explicado los alcances de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma de la paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	Quien se identifica con: _____
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante lega	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con: _____	_____ Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con: _____

10.16 Carta de consentimiento bajo información para cirugía en el tratamiento de enfermedad causada por modelantes

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD CAUSADA POR MODELANTES

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____

Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____Identificado con: _____

Nombre de familiar o Representante legal: _____Edad_____

Identificado con: _____Domicilio _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que he acudido por presentar un cuadro clínico derivado de la aplicación de sustancias llamadas modelantes por personal completamente ajeno a este organismo, por lo cual, el (la) Dr(a). _____ del servicio de **Cirugía Plástica y Reconstructiva** del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado ampliamente y he entendido que el tratamiento de esta enfermedad es complejo por los diversos sitios en los que el material modelante fue infiltrado, por lo que me propone realizar diversos tipos de manejo quirúrgico, como: **la resección amplia con reconstrucción ya sea con colgajos locales o microquirúrgicos**, así como la posible necesidad de amputación por daño extenso de los tejidos, pues considera que es el que mayores beneficios puede proporcionarme, como: _____, al mismo tiempo me explicó y entendí que estos procedimientos son de tipo **paliativo, es decir que no son curativos,** sólo sirven para aliviar o mejorar mi situación, pero no impide el evance de la enfermedad y por tanto el pronóstico para la vida y la función es **reservado, de acuerdo a su evolución,** todo acto quirúrgico o no quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, los que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que estan recibiendo o de posibles anomalías anatómicas. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica. Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después del procedimiento se encuentran: _____.. Se me han explicado tambien las alternativas para mi tratamiento: _____

Por lo que he comprendido las explicaciones, mismas que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, además que el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.Comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora presto.** Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.
Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad)

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: Esta Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento a realizar**, sin excepción.

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.17 Carta de consentimiento bajo información para la sujeción terapéutica

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA LA SUJECION TERAPEUTICA

Nombre del paciente:_____ Edad:_____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____ del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es conveniente realizar la sujeción terapéutica a mi paciente, la cual consiste en la aplicación de dispositivos restrictivos que limitan los movimientos de una parte o de todo el cuerpo del paciente, con la finalidad de evitar que se produzcan situaciones que pongan en riesgo la integriddad del paciente o la de su entorno.

Me explicó que este procedimento es necesario en situaciones médicas en las que no es posible controlar de manera voluntaria los movimientos corporales y que de no realizarse, existe un alto riesgo de lesiones, traumatismos, caídas, etc.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento de Sujeción terapéutica se encuentran: _____

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: _____

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo para la sujeción terapéutica a mi paciente con los riesgos que conlleva.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o tutor	_____
_____ Que se identifica con:	_____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada sujeción terapéutica a realizar.**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

10.18 Carta de consentimiento bajo información para realizar necropsia hospitalaria.

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA REALIZAR NECROPSIA HOSPITALARIA

Nombre del fallecido:_____ Edad: _____Sexo _____
No de Exp.: _____ Diagnóstico final _____
Fecha de defunción:_____
Nombre de familiar responsable o representante legal : _____
Edad_____parentesco:_____Domicilio: _____

Por medio de la presente y en pleno uso de mis facultades mentales, sin que haya mediado violencia física o moral, manifiesto que el Dr. _____, del Servicio de _____ del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha explicado ampliamente en un lenguaje claro, sencillo y entendible, realizando todas las observaciones pertinente, aclarando todas las dudas que he planteado, mismas que he entendido a mi satisfacción y he comprendido que uno de los estudios que fortalecen el avance del conocimiento médico y la investigación es el estudio anatomopatológico post mortem o **necropsia**, principalmente para establecer las causas reales del fallecimiento de mi familiar, lo que contribuirá ampliamente a avanzar en el campo de la investigación, por tal motivo, autorizo para que se realice a mi _____ la **necropsia hospitalaria** en el cuerpo de mi familiar, lo anterior de acuerdo a los Articulos 314 fracciones VI y XVII, 315 Fracción I, 320, 321, 322, 323, 325, 350 bis2 y 350 bis3 de la Ley General de Salud en vigor, modificada el 06 de abril de 2012 y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de junio de 2012, así como a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Familiar Responsable	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con: _____	Que se identifica con: _____
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo
Que se identifica con	Que se identifica con

Nota: La presente Carta será modificada de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados, sin excepción y **llenarse una vez que sucedió el evento (muerte)**, solicitando la firma al familiar responsable.

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE SE NIEGUE EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se realice la **necropsia hospitalaria** a mi familiar, la cual me fue explicada adecuadamente.

☐ **EN CASO QUE SE REVOQUE EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado para realizar la **necropsia hospitalaria,** a mi familiar, fallecido el día _____ por tal motivo, eximo de toda responsabilidad al médico tratante y/o a la Institución, sin que para ello exista razón alguna para que se retrase o niegue la entrega del cadáver de mi familiar, terminando así la relación institucional de atención médica.

Nombre del paciente fallecido	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.19 Carta de consentimiento bajo información de colocación percutánea de catéter peritoneal para diálisis peritoneal.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN PERCUTANEA DE CATETER PERITONEAL PARA DIALISIS PERITONEAL

Nombre del paciente_____**Edad**_____
ECU: _____ **Lugar y fecha:** _____
Nombre del familiar o representante legal:_____
_____
Edad: _____**Parentesco:**_____**Domilcilio**_____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que él (la) Dr. (a)_____
_____ **Del servicio de** _____ **del Hospital General de México, Dr. Eduardo Liceaga, me informa que es conveniente colocar el catéter de diálisis peritoneal vía percutánea, para realizar diálisis peritoneal.**

Se me explico que todo acto médico, de diagnóstico o terapéutico sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores como sangrado, laceración visceral, perforación intestinal u otros órganos y peritonitis; así mismo pueden suceder complicaciones consideradas menores tales como hematomas de pared abdominal o infección en herida quirúrgica o del sitio de salida del catéter. Así mismo mencionar que el catéter en un futuro tener una disfunción ya sea por atrapamiento con el epiplón o por migración del mismo, necesitándose en algunos casos ser removido para colocación de un nuevo catéter. Cabe señalar que las complicaciones mayores pueden ser potencialmente delicadas con alto riesgo de mortalidad derivado en si del procedimiento ó de las condiciones clínicas del paciente antes del procedimiento, por lo que la estancia hospitalaria puede prolongarse en caso de presentarse alguna de estas complicaciones.
He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico me realizo todas las observaciones y me aclaro todas la dudas que he planteado Entiendo y acepto que por ser un hospital escuela, en algún momento podrá participar en mi atención personal en formación siempre bajo supervisión del médico a cargo del área. Se me informo también que en cualquier momento y sin dar explicación alguna, puedo revocar el consentimiento que actualmente otorgo. POR TODO ELLO, MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO(A) CON LA INFORMACION RECIBIDA Y QUE COMPRENDO LOS ALCANCES DE LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO A EFECTUARSE.

Nombre y firma del paciente_____
Se identifica con:_____
Nombre y firma del familiar responsable_____
Se identifica con: _____
Médico Tratante: _____**Firma**_____**Cédula**_____

Testigos 1:
Nombre_____**Firma**_____

Testigos 2:
Nombre_____**Firma**_____

10.20 Carta de consentimiento bajo información para autorización de trasplantes de órganos y/o tejidos (receptor).

20

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA AUTORIZACION DE TRASPLANTE DE ORGANOS Y/O TEJIDOS (RECEPTOR)

México, D.F. a _____

Nombre del receptor: _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Domicilio _____

Edad: _____ Sexo _____ Estado civil _____ Ocupación _____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Domicilio_____ Edad_____Parentesco:_____

Por medio de la presente YO _____manifiesto que he sido debidamente informado que mi padecimiento: _____, requiere un trasplante de _____, por lo que teniendo la capacidad legal (goce y ejercicio), es mi voluntad aceptar el trasplante, el cual se llevara a cabo de forma altruista y sin ánimo de lucro, por lo que en este acto otorgo mi consentimiento para que el(los) Dr.(s). _____ _____ y demás profesionales de la salud del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" realicen el procedimiento quirúrgico de trasplante, expresando que he entendido y acepto plenamente las consecuencias médicas y legales de mi decisión, así como de sus riesgos inherentes tanto para mí como para el donador,.

Asimismo he sido informado que durante la intervención quirúrgica pueden presentarse imprevistos o contingencias que pueden alterar el tratamiento original y requerir procedimientos adicionales, no obstante ello, autorizo su realización.

Por último, declaro que el(los) Dr(es) ha(n) contestado todas y cada una de las dudas que representa el procedimiento quirúrgico y sus consecuencias, por lo que manifiesto en este acto que no existiendo duda ni vicios en mi voluntad (error, dolo, mala fe, violencia o intimidación) otorgo mi consentimiento en términos del presente documento, firmando de total conformidad.

_____ Nombre y Firma del receptor	_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable
_____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con:
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo
_____ Que se identifica con	_____ Que se identifica con

"De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes"

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:

Yo _____
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno
Manifiesto que es mi voluntad revocar por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el trasplante de _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el mismo, el cual doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación de mi decisión y lo he comprendido.

Nombre y Firma del receptor	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

10.21 Carta de consentimiento bajo información para realización de hemodialisis

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA REALIZACION DE HEMODIALISIS

Nombre del paciente:_____ Edad: _____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____Parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de **NEFROLOGIA** del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que padezco de **INSUFICIENCIA RENAL CRONICA** y que es conveniente realizar el procedimiento de **HEMODIALISIS CRONICA**, el cual es considerado como de **alto riesgo** y me explicó que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, ya que mis riñones no funcionan adecuadamente, este proedimiento es para reemplazar esa función, al igual que la dialisis peritoneal, ninguno de ellos cura ni detiene la progresión de la enfermedad, es decir, son paliativos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento al que me someteré: (HEMODIALISIS) se encuentran: _____, sus ventajas son **mejora de la calidad de vida y recuperacion de algunas funciones renales** y los riesgos**: Infección en el sitio de acceso vascular, pérdidas sanguíneas por el circuito, enfermedades infecciosas debido a la disminución de las defensas.** Además puedo requerir de exámenes de laboraorio periódicos y estoy dispuesto a que me los realicen, incluyendo el Panel viral.

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: **TRASPLANTE RENAL** y que la negativa al procedimiento puede implicar riesgo de muerte.

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello. manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con:	
Nombre y Firma del Familiar Responsable _____ Que se identifica con:	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de hemodiálisis a realizar.**

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	_____
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

13. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR CORRECTAMENTE AL PACIENTE

1. PROPÓSITO

1.1 Identificar de forma inequívoca al paciente mediante el uso de dos datos de identificación (Nombre Completo del Paciente y Número de Expediente Clínico Único) a fin de cumplir con la MISP.1. Identificar correctamente a los pacientes, cuyo propósito es doble, en primer lugar, identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio o tratamiento; en segundo lugar, hacer que el servicio o tratamiento coincida con la persona, antes de: la administración de medicamentos, sangre o hemoderivados, la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos, la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento así como la dotación de dietas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: Este procedimiento aplica a la Dirección General Adjunta Médica quien asesora y evalua las acciones médicas de la Dirección Quirúrgica y Dirección Médica responsbles de programar, coordinar, supervisar y evaluar las acciones para cumplir con los lineamientos que establece el Programa Nacional de Salud; la Dirección de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, facilita las acciones relacionadas a actividades preventivas, curativas y de rehabilitación del paciente; la Dirección de Recursos Financieros, planea, organiza y supervisa los recursos financieros para coadyuvar al logro de los programas, proyectos y metas institucionales.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo son responsables de:

- Supervisar el apego a este procedimiento antes de: la ministración de medicamentos, sangre o hemoderivados, la extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos, exámenes de laboratorio y gabinete, realizar procedimientos o tratamientos y en la dotación de dietas.
- Promover acciones que garanticen la identificación correcta del paciente.
- Identificar, analizar y priorizar riesgos para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
- Conocer y difundir el “procedimiento para identificar correctamente a los pacientes” entre el personal a su cargo.
- Programar de forma semestral capacitación para el personal adscrito al servicio y documentar la misma.
- Gestionar insumos o medios gráficos (se consideran medios graficos: brazalete, tarjeta de identificación, kardex, expediente clínico, entre otros) que coadyuven a la identificación correcta del paciente según requerimientos de cada servicio.

3.2 El prestador de atención médica es responsable de:

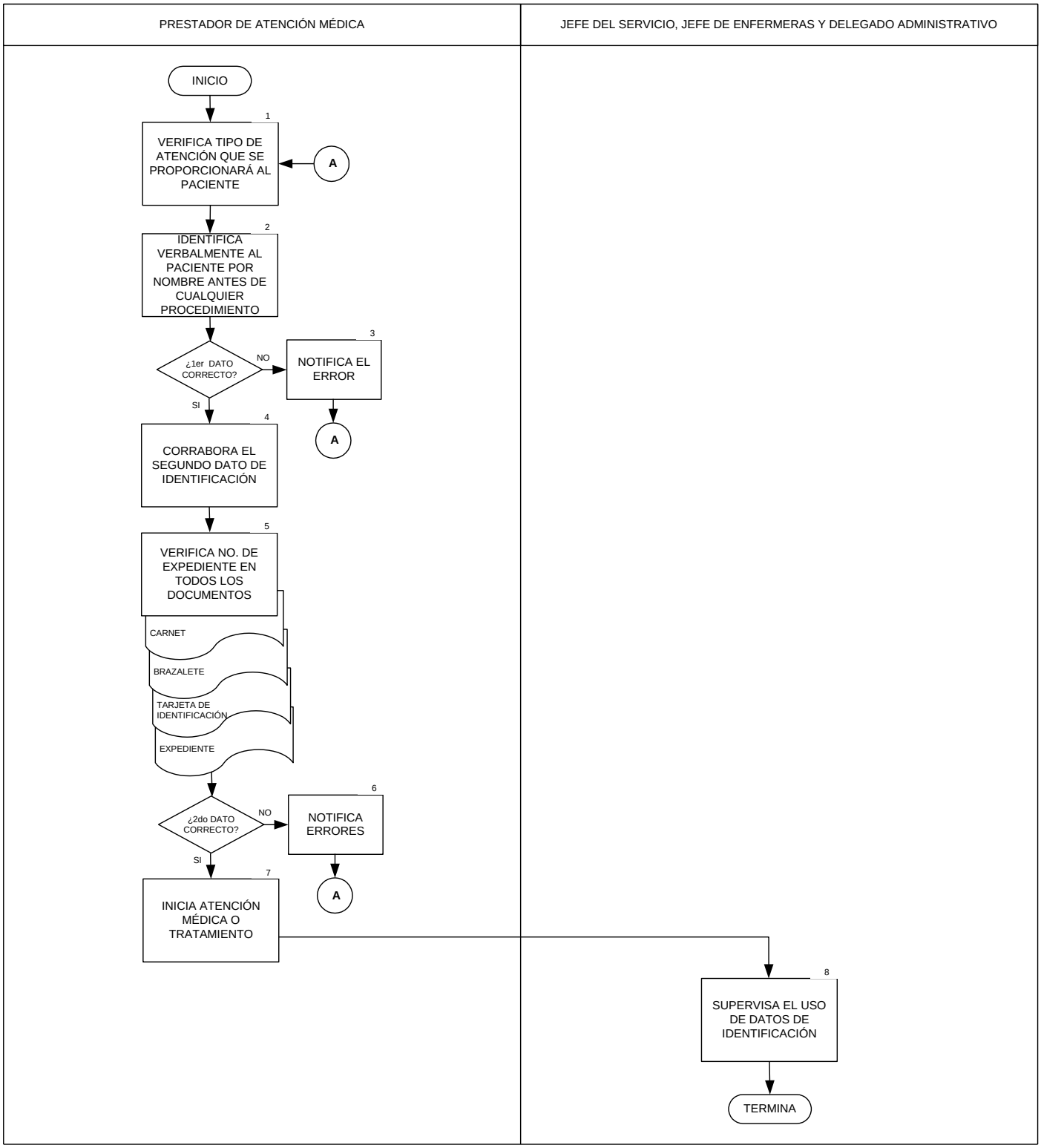
- Verificar que el servicio o tratamiento coincida con el paciente correcto (hospitalizado o ambulatorio).
- Identificar al paciente por Nombre Completo (NC) y Expediente Clínico Único (ECU) antes de: la ministración de medicamentos, sangre o hemoderivados, la extracción de sangre u otras muestras para análisis clínicos, exámenes de laboratorio, gabinete, realizar procedimientos o tratamientos, así como en la dotación de dietas.
- Verificar que el paciente tenga colocado brazalete de identificación y este contenga de forma legible como minimo los dos identificadores institucionales.
- Confirmar la identidad del paciente geriátrico, pediátrico, con alteraciones del estado de conciencia (sedado, desorientado, etc.) o con alguna discapacidad sensorial (auditiva, visual, etc), con familiar o tutor; comparando la información proporcionada con algún medio gráfico (Verificación cruzada).

- Verificar que el numero de ECU del paciente corresponda en brazalete, tarjeta de eidentificación, expediente clínico, carnet u otro medio gráfico según corresponda.
- Confirmar identidad del paciente ambulatorio con identificación oficial o carnet, salvo en situaciones de urgencias.
- Corroborar identidad del paciente en situaciones de urgencias por nombre completo y fecha de nacimiento.
- Identificar y comunicar al Jefe Inmendiato los riesgos y problemas que involucran al paciente equivocado.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Prestador de Atención Médica	1	Verifica el servicio de atención médica, tratamiento o procedimiento que se va al otorgar al paciente (hospitalizado o ambulatorio).	• Carnet • Brazalete • Tarjeta de identificación • Expediente clínico
	2	Identificar verbalmente al paciente por Nombre Completo (primer dato de identificación) antes de: * Ministrar medicamentos, sangre o hemoderivados. * Extraer sangre u otras muestras para análisis clínicos. * Realizar exámenes de laboratorio y gabinete. * Realizar tratamientos o procedimientos. * La dotación de dietas. ¿El primer dato de identificación corresponde al paciente correcto?	
	3	No: Notifica error y regresa a la actividad 1	
	4	Si: Procede a corroborar el segundo dato de identificación.	
	5	Corrobora Número de Expediente Clínico Único (segundo dato de identificación) con los medios gráficos disponibles: carnet, brazalete, tarjeta de identificación, expediente clínico, etc. ¿El segundo dato de identificación corresponde al paciente correcto en todos los documentos?	
	6	No: Notifica los errores y regresa a la actividad 1	
	7	Si: Procede al inicio de la atención médica o tratamiento	
Jefe del Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo	8	Supervisan el uso de los dos datos para identificar correctamente a los pacientes. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Organización del Servicio de Alergía e Inmunología	No aplica
6.3 Manual de Técnicas de Enfermería	No aplica
6.4 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.5 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.6 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente clínico	5 años	Archivo General	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Brazalete de identificación: Pulsera de tela u otro material que rodea la muñeca y en casos especiales el tobillo y que sirve como distintivo fijo reconocible por el personal de salud. El brazalete contiene los siguientes datos: nombre (s) y apellidos completos, Expediente clínico único, edad, sexo, fecha de nacimiento, diagnóstico médico, número de cama y fecha de ingreso.

8.2 Carnet: Tarjeta que emite la institución y contiene en la parte frontal nombre completo del paciente, número de Expediente clínico único, edad, fecha de nacimiento y especialidad que solicita el carnet.

8.3 Expediente clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenología o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.4 Hemoderivados: Componentes o sustancias derivadas de la sangre, fracciones separadas de una unidad de sangre como son el plasma, albumina, concentrado de eritrocitos y plaquetas.

8.5 Identificación del paciente: Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

8.6 Identificador institucional: Dato informativo (nombre completo y expediente clínico único) que permite confirmar la identidad de una persona.

8.7 Identificación oficial: Documento oficial emitido por un organismo oficial que contiene datos únicos de la persona.

8.8 Identificación verbal: Es la emisión verbal y en tono alto del nombre del paciente y número de expediente clínico único entre otros datos. Esta identificación se realiza teniendo un **emisor** de la comunicación que es la persona que realiza el procedimiento y un **receptor** de la comunicación que puede ser el paciente o el familiar.

8.9 Identificación gráfica: Es toda aquella tipificación que se encuentra por escrito en diferentes documentos y dispositivos de identificación que pueden ser: identificación oficial, brazalete de identificación, tarjeta de identificación del paciente, Expediente clínico único, carnet, kardex, entre otros.

8.10 Personal administrativo: Personal que labora en la institución y desempeña funciones secretariales.

8.11 Prestador de atención médica: Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapía, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.12 Servicios de atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

8.13 Tarjeta de identificación del paciente: Medio gráfico que consiste en una tarjeta colocada en la cabecera del paciente y contiene datos como nombre (s) y apellidos completo, Expediente clínico único, edad, sexo y diagnóstico médico.

8.14 Verificación cruzada: Procedimiento mediante el cual el prestador de atención identifica a una persona determinada (paciente) a través de dos mecanismos como ejemplo: verbal y brazalete de identificación o verbal e identificación oficial.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Carnet (Ver anexo del Procedimiento 1).

14. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar al prestador de la atención médica que realiza la higiene de manos con agua y jabón, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta) a fin de cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5: “Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica” y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General; norma, conduce y evalúa la ejecución de programas que se realizan en el Hospital, en las áreas Médicas, Quirúrgicas, de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; el Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería evalúa y supervisa el cumplimiento al indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos; el SCOCASEPSE es responsable de la metodología y emisión de resultados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos, será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.

3.2 Se considerará personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Y en atención indirecta (no clínico): camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplica este procedimiento.

3.3 Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsable de:

- Conocer y difundir la técnica de higiene de manos con agua y jabón entre el personal a su cargo.
- Programar de forma semestral capacitación para todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.
- Supervisar el abastecimiento de insumos para la realización de la técnica de higiene de manos con agua y jabón.
- Informar al personal a su cargo los resultados e implementar acciones de mejora en cada medición.
- Supervisar que los prestadores de atención médica den cumplimiento a las políticas del procedimiento.
- Difundir los logros y avances en la adhesión a la técnica para la higiene de manos con agua y jabón.

3.4 El prestador de atención médica es responsable de:

- Apegarse a las estrategias que derivan de la Campaña Sectorial “Una atención limpia es una atención más segura”.
- No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
- Mantener uñas cortas y sin esmalte (categoría II).
- Evitar usar agua caliente, ya que el riesgo de dermatitis es mayor (categoría IB).
- Evitar tocar el lavabo o tarja con el uniforme.
- Realizar el procedimiento agua y jabón durante 40 a 60 segundos.
- El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado (categoría IB).
- Conocer y aplicar la técnica de higiene de manos con agua y jabón (ver anexo 1).
- Ejecutar los 5 momentos que marca la campaña Institucional “Una atención limpia es una atención más segura” de la siguiente manera:

1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales.
4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente.

3.5 El Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE) es responsable de:

- Dar a conocer la metodología para la medición del indicador.
- Preparar los instrumentos de recolección de datos.
- Elaborar informes de resultados
- Dar continuidad a las actividades del Ciclo de Gestión de Calidad.
- Evaluar el impacto de las intervenciones.

3.6 Es responsabilidad del personal evaluador:

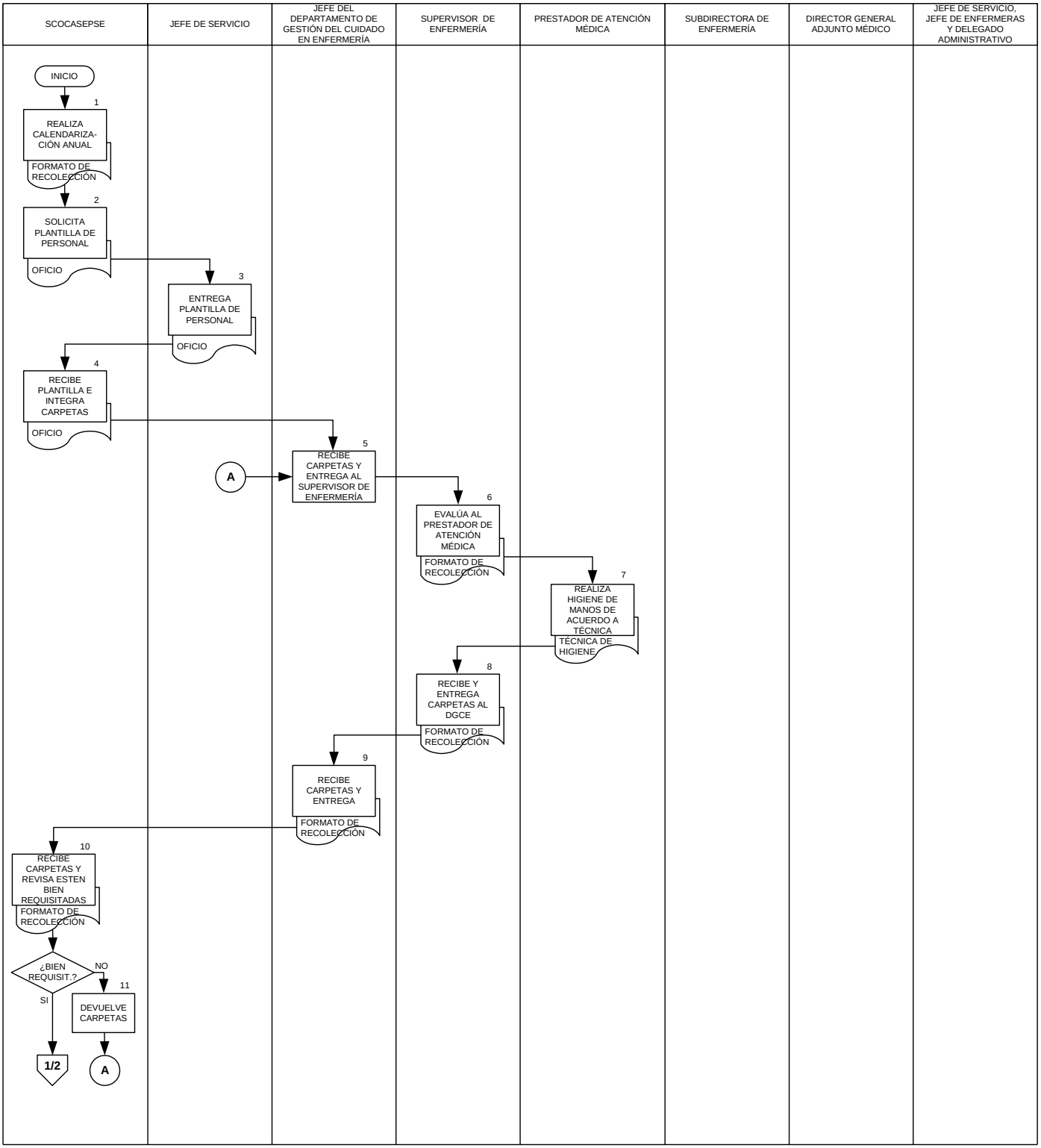
- Conocer la técnica de higiene de manos con agua y jabón
- Conocer la metodología del indicador MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos.
- Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.
- Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.

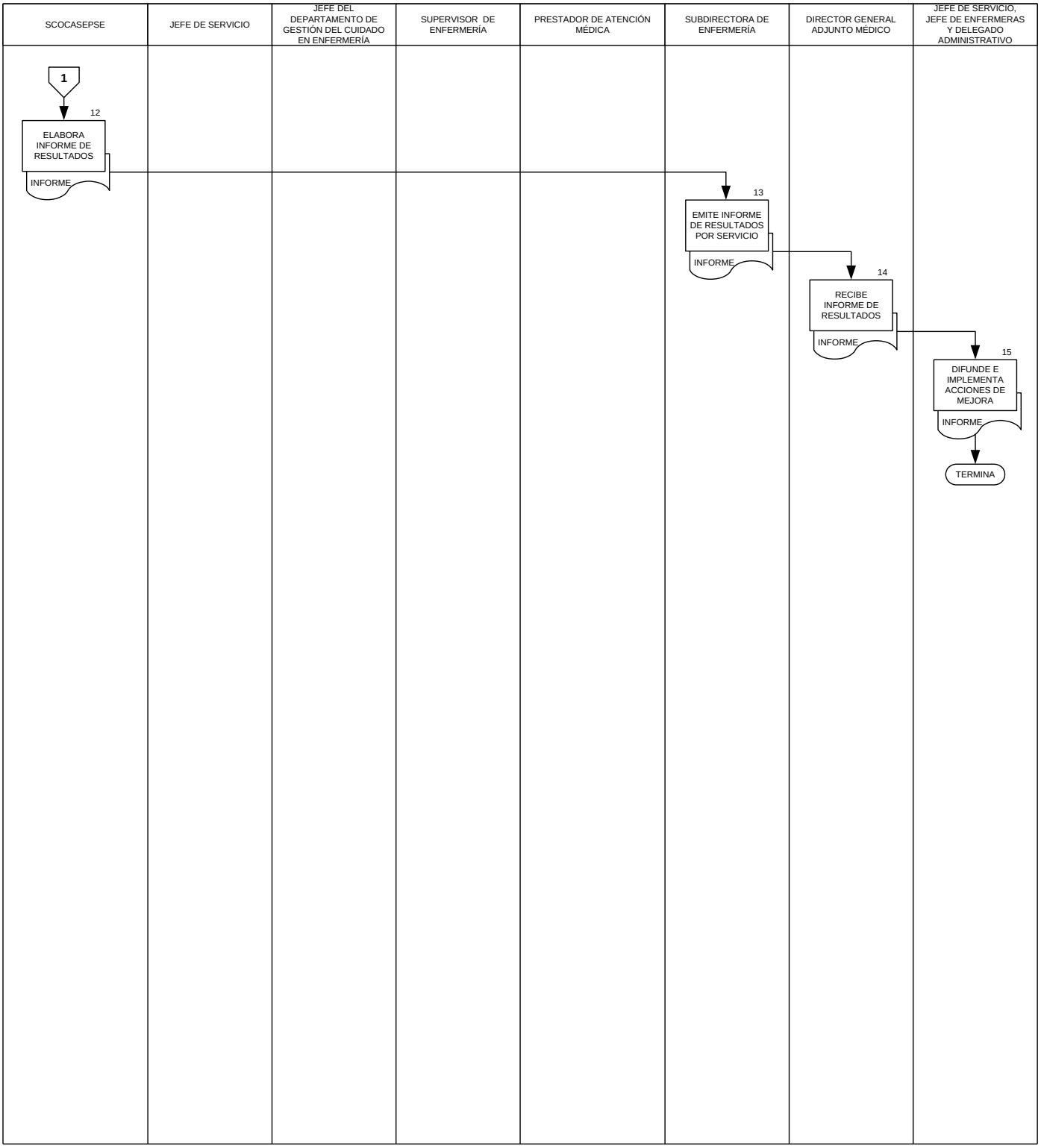
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
SCOCASEPSE	1	Realiza calendarización anual para evaluar de forma cuatrimestral el indicador MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	• Formato de recolección • Oficio
	2	Solicita por oficio al Jefe de Servicio, la plantilla del personal adscrito al servicio.	
Jefe de Servicio	3	Entrega por oficio al SCOCASEPSE la plantilla de personal adscrito al Servicio.	• Oficio
SCOCASEPSE	4	Recibe plantilla e Integra carpetas por servicio con el Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos e instructivo de llenado, para evaluación y entrega por oficio al DGCE.	• Oficio
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	5	Recibe carpetas y entrega al Supervisor de Enfermería para que realice la evaluación.	
Supervisor de Enfermería	6	Evalúa al prestador de atención médica que al momento de la evaluación realice procedimientos que involucra alguno de los cinco momentos para la higiene de manos.	• Formato de recolección
Prestador de Atención Médica	7	Realiza higiene de manos con agua y jabón: a) Prepara con anticipación la toalla de papel para el secado. b) Abre el grifo y mojar las manos. c) Deposita en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos. d) Frota: - Las palmas de las manos entre sí. - La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa. - Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. - El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa. - La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa. e) Enjuaga las manos con agua. f) Seca con papel para secado de manos.	• Técnica de higiene
Supervisor de Enfermería	8	Recibe y entrega carpetas requisitadas al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.	• Formato de recolección

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	9	Recibe carpetas y entrega al SCOCASEPSE.	• Formato de recolección
SCOCASEPSE	10 11 12	Recibe carpetas y revisa que se encuentren requisitadas correctamente y que se haya cumplido con la muestra solicitada. ¿Están requisitadas correctamente y cumplen con el número de casos? No: Se devuelven carpetas al DGCE y regresa a la actividad 5. Si: Elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de Enfermería.	• Formato de recolección • Informe
Subdirectora de Enfermería	13	Emite informe de resultados generales y por servicio, y entrega a la Dirección General Adjunta Médica y al Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo.	• Informe
Director General Adjunto Médico	14	Recibe informe de resultados generales.	• Informe
Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras, y Delegado Administrativo	15	Reciben informe de resultados, difunden e implementan acciones de mejora entre el personal a su cargo. **TERMINA**	• Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SCOCASEPSE
JEFE DE SERVICIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA
PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
JEFE DE SERVICIO, JEFE DE ENFERMERAS Y DELEGADO ADMINISTRATIVO
1
12
ELABORA INFORME DE RESULTADOS
INFORME
13
EMITE INFORME DE RESULTADOS POR SERVICIO
INFORME
14
RECIBE INFORME DE RESULTADOS
INFORME
15
DIFUNDE E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA
INFORME
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Técnicas de Enfermería	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención, y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
6.4 Técnica de higiene de manos con agua y jabón.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	5 años	SCOCASEPSE	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Campaña Sectorial "Esta en tus manos": Consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección de manos con soluciones alcoholadas (u otro antiséptico) durante los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud.

8.2 Cinco momentos: Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).

8.3 Difusión: Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.

8.4 Fluidos corporales: Sangre; excreciones (por ejemplo, orina, heces, vómitos); meconio; secreciones tales como saliva, lágrimas, esperma, calostro, leche, secreciones mucosas, cerumen, vérnix; exudados y trasudados como, por ejemplo, fluido linfático, pleural, líquido cefalorraquídeo, fluido ascítico, fluido articular, pus (excepto sudor); muestras orgánicas de tejidos, células, órganos, médula ósea, placenta.

8.5 Higiene de las manos: Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.

8.6 Indicador: Una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

8.7 Infección asociada con la atención de la salud (IAAS): Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.

8.8 Infección nosocomial: El proceso infecciosos que se presenta después de 48 hrs del ingreso del paciente al hospital o después de transcurridas 48 a 72 hrs. del egreso hospitalario y que no se encontraba presente o en período de incubación al momento del ingreso y requiere de comprobación de laboratorio.

8.9 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes y usuarios.

8.10 Prestador de atención médica: Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente. Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.11 SCOCASEPSE: Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería. Es un Comité que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente en los Servicios de Enfermería y está integrado por personal de la Subdirección de Enfermería.

8.12 Supervisión: Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Técnica de higiene de manos con agua y jabón.

10.2 Instructivo para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

10.3 Formato para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

10.1 Técnica de higiene de manos con agua y jabón.

TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN.

CONCEPTO

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta), con la finalidad de cumplir con el objetivo 5, de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente "Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención medica" y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

POLÍTICAS Y/O NORMAS.

Es responsabilidadd de todos los prestadores de atención médica cumplir con el Estándar PCI 9, en sus elementos medibles:

3. El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.
5. El establecimiento adopta lineamientos para la higiene de las manos de una fuente de autoridad.

Es responsabilidad del Delegado Administrativo verificar que en el servicio exista, (permanentemente) jabón liquido y papel para secado de manos.

El Jefe Médico del Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsables de conocer, difundir y supervisar la técnica de higiene de manos en el personal a su cargo.

El prestador de atención médica es responsable de:

1. No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
2. Mantener las uñas cortas y sin esmalte (categoría II).
3. Evitar usar agua caliente, ya que el riesgo de dermatitis es mayor (categoría IB)
4. Evitar tocar el lavabo o tarja con el uniforme.

- Realizar el procedimiento durante 40 a 60 segundos.

Es responsabilidad del prestador de la atención médica ejecutar los 5 momentos que marca la Campaña Institucional "Una atención más limpia es una atención más segura" de la siguiente manera:

- Antes y después del contacto directo con pacientes (categoría IB).
- Después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas (categoría IA) así como, al manipular un dispositivo, aún cuando se utilicen guantes. (categoría IB)
- Al preparar y ministrar medicación o soluciones parenterales (categoría IB).
- Después del contacto con objetos en el entorno del paciente.

EQUIPO Y MATERIAL

Jabón líquido (de preferencia).
Toalla de papel para secado de manos (en dispensador).

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. Preparar con anticipación la toalla de papel para el secado.
2. Abrir el grifo y mojar las manos.
3. Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
   Frotar:

1. Las palmas de las manos entre sí.
2. La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
3. Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
4. El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
5. La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

4. Enjuagar las manos con agua.
5. Secar con papel para secado de manos.
6. Cerrar el grifo con la toalla de papel.

Sistema CDC/HICPAC de clasificación de recomendaciones adaptada para las directrices de la OMS sobre higiene de manos.

Categoría	Recomendaciones
Categoría IA	Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
Categoría IB	Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.
Categoría IC	Debe aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.
Categoría II	Se propone su aplicación y está respaldada por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.

10.2 Instructivo para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

Medición:_____ Servicio/Área: _____

Clave de personal	1. Observe y marque con "✔" el momento a evaluar:					2. ¿Realiza la higiene de manos?		3. ¿Cuál técnica emplea?		4. ¿Cumple con las políticas institucionales?				5. Observe la técnica empleada y marque las áreas que abarca durante la higiene de manos												6. ¿Prepara, seca manos y cierra grifo con papel desechable?		
	1.Antes del contacto directo con el paciente.	2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes	3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales	4. Después del contacto con el paciente	5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente	si	no	**AGUA Y JABÓN**	**SOL. ALCOHOL**	4.1Mantiene uñas naturales, cortas y sin esmalte		4.2 Se retira anillos, reloj y pulseras de manos y brazos		5.1 Palma de mano derecha e izq.		5.2 Dorso de mano derecha e izq.		3 Superficies interdigitales		5.4 Dorso de los dedos de mano der. e izq.		5.5 Pulgar der.e izq.		5.6 Punta de los dedos de mano derecha e izq.		si	no	NA
						si	no			si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no			

Clave: 1. Médico, 2. Persona de Enfermería, 3. Laboratorista, 4. Radiólogo, 5. Inhaloterapista, 6. Servicios de alimentación, 7. Camillero, 8. Estudiante, 9. Personal de intendencia, 10. Otros

Nombre del Supervisor: _____ _____

_____

Número de caso	Observación	Acción de mejora	Nombre y Firma del evaluador

10.3 Formato para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13).

SALUD

INSTRUCTIVO
MISP 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: APEGO A LA HIGIENE DE MANOS
MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Instrucción: Este instrumento se evaluará únicamente por observación directa del personal marcando en el cuadro correspondiente con un " ✓ ".

Rubro	Anotar	
Medición	Registrar la medición correspondiente: *Ejemplo: 1ra medición 2012*	
Servicio/Área	Registrar el nombre correspondiente al servicio y área a evaluar: *Ejemplo: Ginecología/ UCIN.*	
Clave de personal	Anotar la clave correspondiente al prestador de atención médica evaluado, de acuerdo a la siguiente codificación: 1. Médico (incluye médicos adscritos y residentes) 2. Personal de Enfermería 3. Laboratorista 4. Radiólogo 5. Inhaloterapista 6. Servicios de alimentación (personal que otorga la dieta al paciente, independientemente del grado académico) 7. Camillero 8. Estudiante (pasantes y estudiantes de áreas afines a la salud). 9. Personal de intendencia 10. Otros (Todo personal que tenga contacto directo con el paciente)	
CRITERIO	El evaluador deberá observar la acción que efectúa el personal y marcar con " ✓ "en el cuadro correspondiente sólo el momento de la acción a evaluar. Nota: Una acción corresponde a una evaluación, en caso de observar varios procedimientos en un paciente cada uno contará como un caso individual.	
1. Observe y marque con " ✓ " el momento a evaluar:	**1. Antes del contacto directo con el paciente:** El personal va a tocar al paciente. *Ejemplos: Movilización, valoración o exploración del paciente*	
	2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes: El personal realizará un procedimiento aséptico o manipulará los dispositivos invasivos del paciente. *Ejemplos: Inserción de catéter periférico, preparación de alimentos o dotación de dietas, preparación y ministración de medicamentos, instalación de sonda vesical, nasogástrica, etc.*	
	3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales: El personal tuvo exposición a fluidos corporales y/o se retiró los guantes. *Ejemplos: Cuidado oral o dental, aspiración de secreciones, manipulación de sangre, orina, heces o basura.*	
	4. Después del contacto con el paciente: El personal tocó al paciente o los objetos (mobiliario y equipo) del entorno. *Ejemplos: Movilización, valoración o exploración del paciente.*	
	5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente: El personal tuvo contacto con objetos, mobiliario y el entorno inmediato del paciente. Ejemplos: manipular monitores, bombas de infusión, tocar mesa puente, tendido de cama, subir barandales, ropa de cama, buró, tripie, etc.	
Instrucción: Una vez identificado el momento a evaluar deberá marcar con " ✓ ".		
2. ¿Realiza la higiene de manos?	**SI** Realiza la higiene de manos. *Nota: Continuar evaluando los siguientes criterios.*	**NO** No realiza la higiene. *Nota: Los siguientes criterios no pueden ser evaluados ya que únicamente se evalúan al realizar la técnica. Excepto el criterio ocho referente a capacitación.*
3. ¿Cuál técnica emplea?	Marcar la casilla correspondiente con " ✓ " la técnica realizada por el personal: • *Higiene de manos con agua y jabón* • *Higiene de manos con solución alcoholada.*	

Sistema CDC/HICPAC de clasificación de recomendaciones adaptadas para las directrices de la OMS sobre higiene de manos.

Categoría	Recomendaciones
Categoría IA	Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
Categoría IB	Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.
Categoría IC	Debe aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.
Categoría II	Se propone su aplicación y está respaldada por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.

15. PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR LA HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN ALCOHOLADA EN EL PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar al prestador de la atención médica que realiza la higiene de manos con agua y jabón, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta) a fin de cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente 5: “Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención médica” y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General; norma, conduce y evalúa la ejecución de programas que se realizan en el Hospital, en las áreas Médicas, Quirúrgicas, de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento; el Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería evalúa y supervisa el cumplimiento al indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos; el SCOCASEPSE es responsable de la metodología y emisión de resultados.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El indicador institucional MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos, será la base metodológica para la aplicación de este procedimiento.

3.2 Se considerará personal sujeto a evaluación, todo prestador de atención médica en atención directa (clínico) al paciente: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Y en atención indirecta (no clínico): camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros, adscrito a todos los servicios en que aplica este procedimiento.

3.3 Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsable de:

- Conocer y difundir la técnica de higiene de manos con solución alcoholada entre el personal a su cargo.
- Programar de forma semestral capacitación para todo el personal adscrito al servicio y documentar la misma.
- Supervisar el abastecimiento de insumos para la realización de la técnica de higiene de manos con solución alcoholada.
- Informar al personal a su cargo los resultados e implementar acciones de mejora en cada medición.
- Supervisar que los prestadores de atención médica den cumplimiento a las políticas del procedimiento.
- Difundir los logros y avances en la adhesión a la técnica para la higiene de manos con solución alcoholada.

3.4 El prestador de atención médica es responsable de:

- Apegarse a las estrategias que derivan de la Campaña Sectorial “Una atención limpia es una atención más segura”.
- No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
- Mantener uñas cortas y sin esmalte (categoría II).
- Realizar el procedimiento con solución alcoholada durante 20 a 30 segundos.
- Conocer y aplicar la técnica de higiene de manos con solución alcoholada (ver anexo 1).
- Ejecutar los 5 momentos que marca la campaña Institucional “Una atención limpia es una atención más segura” de la siguiente manera:

  1. Antes del contacto directo con el paciente.
  2. Antes de una tarea antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
  3. Después del contacto con líquidos o secreciones corporales.
  4. Después del contacto con el paciente.
  5. Después del contacto con objetos del entorno del paciente.

NOTA: Es preciso mencionar que en los momentos 2 y 3 lo ideal es que se realice la higiene de manos con agua y jabón.

3.5 El Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería (SCOCASEPSE) es responsable de:

- Dar a conocer la metodología para la medición del indicador.
- Preparar los instrumentos de recolección de datos.
- Elaborar informes de resultados
- Dar continuidad a las actividades del Ciclo de Gestión de Calidad.
- Evaluar el impacto de las intervenciones.

3.6 Es responsabilidad del personal evaluador:

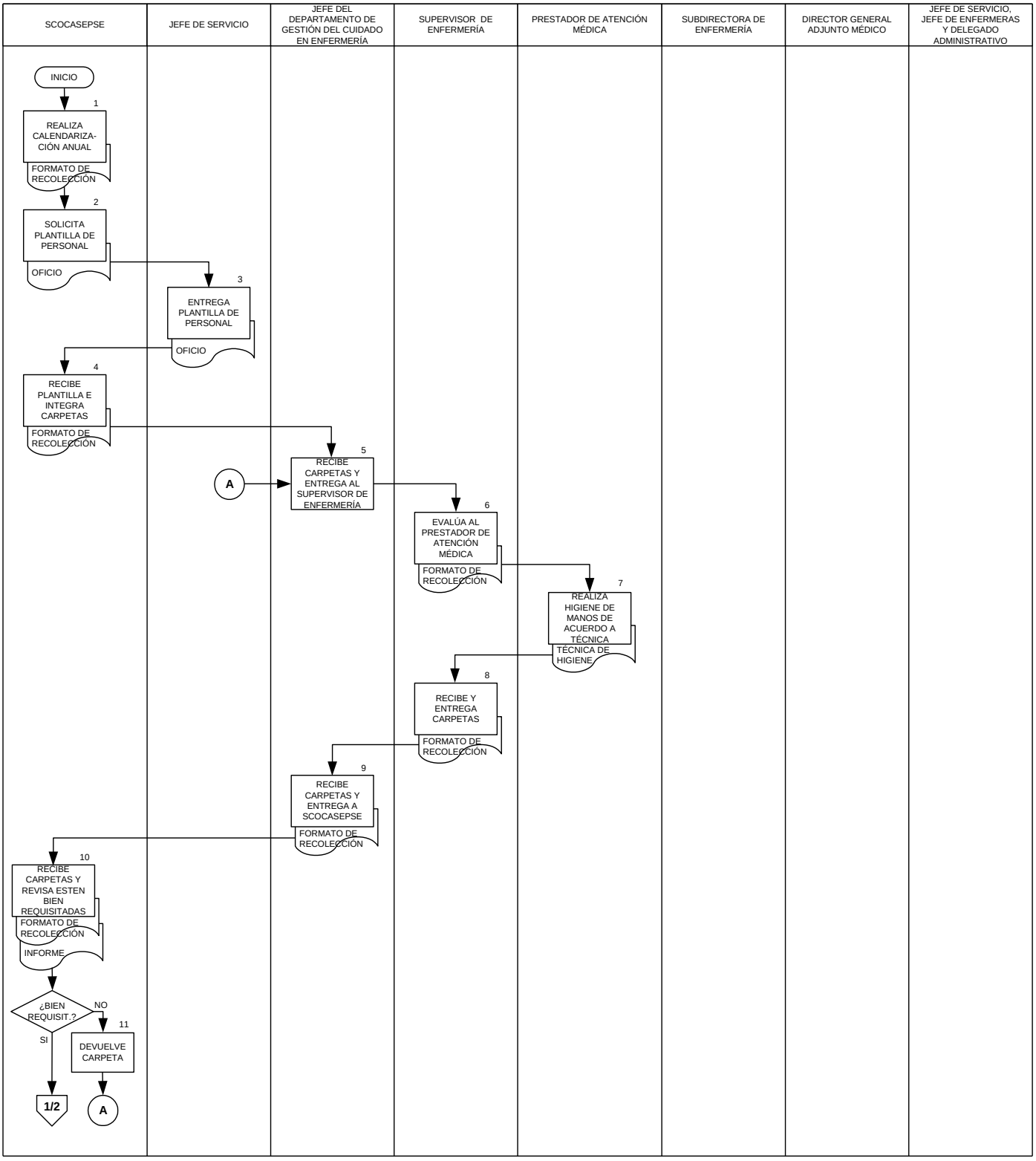
- Conocer la técnica de higiene de manos con solución alcoholada.
- Conocer la metodología del indicador MISP 5 Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Apego a la higiene de manos.
- Seguir las instrucciones de llenado del instrumento de medición.
- Garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el artículo 39 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.

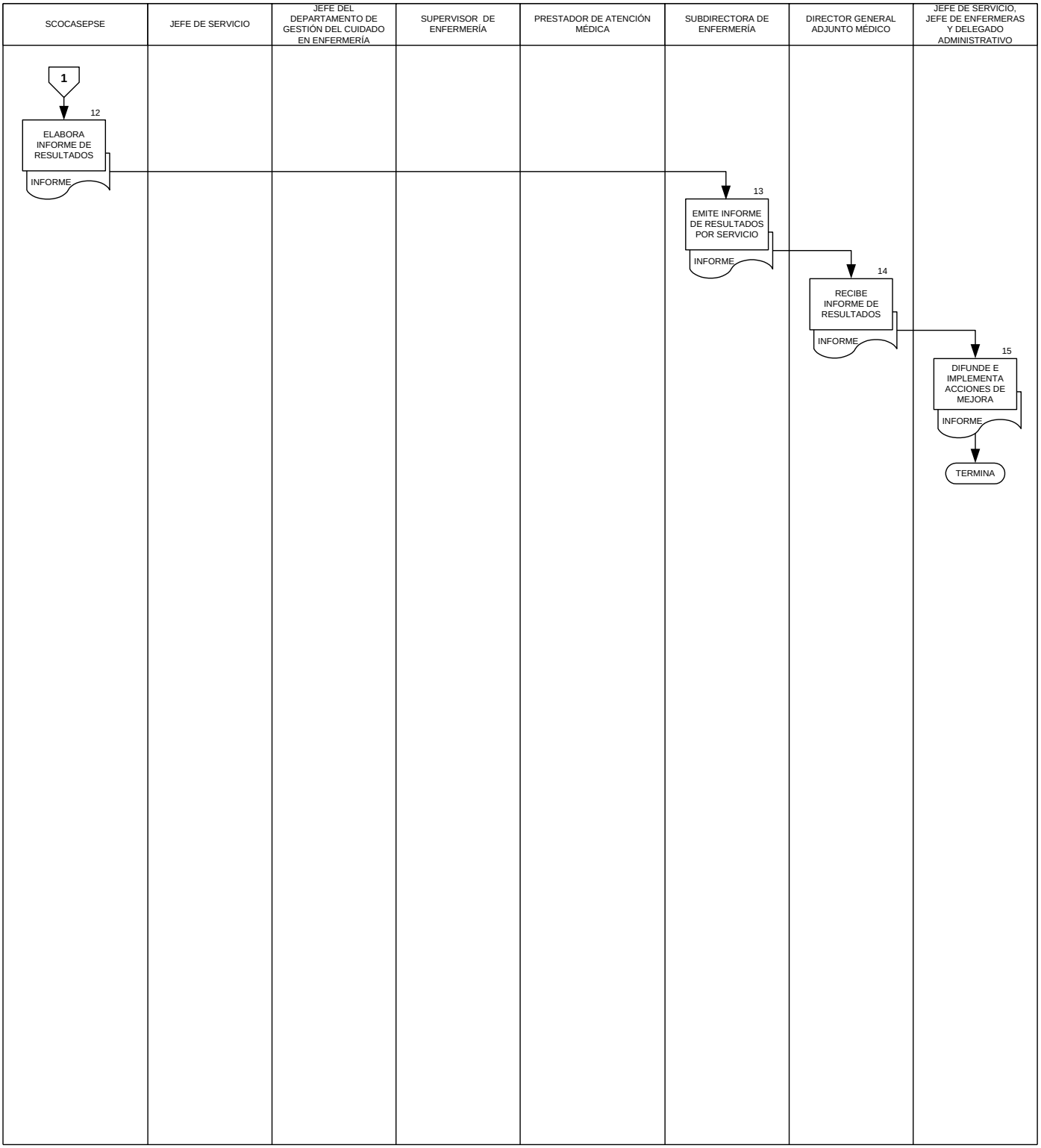
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
SCOCASEPSE	1	Realiza calendarización anual para evaluar de forma cuatrimestral el indicador MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	• Formato de recolección • Oficio
	2	Solicita por oficio al Jefe de Servicio, la plantilla del personal adscrito al servicio.	
Jefe de Servicio	3	Entrega por oficio al SCOCASEPSE la plantilla de personal adscrito al Servicio.	• Oficio
SCOCASEPSE	4	Recibe plantilla e Integra carpetas por servicio con el Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos e instructivo de llenado, para evaluación y entrega por oficio al DGCE.	• Formato de recolección
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	5	Recibe carpetas y entrega al Supervisor de Enfermería para que realice la evaluación.	
Supervisor de Enfermería	6	Evalúa al prestador de atención médica que al momento de la evaluación realice procedimientos que involucra alguno de los cinco momentos para la higiene de manos.	• Formato de recolección
Prestador de Atención Médica	7	Realiza higiene de manos con solución alcoholada: g) Deposita en la palma de la mano una cantidad de solución alcoholada suficiente para cubrir todas las superficies de las manos. h) Frota: - Las palmas de las manos entre sí. - La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa. - Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados. - El dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa. - La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa. - Continúe frotando hasta que evapore el producto y sus manos se encuentren secas.	• Técnica de higiene
Supervisor de Enfermería	8	Recibe y entrega carpetas requisitadas al Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería.	• Formato de recolección
Jefe del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería	9	Recibe carpetas y entrega al SCOCASEPSE.	• Formato de recolección

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
SCOCASEPSE	10	Recibe carpetas y revisa que se encuentren requisitadas correctamente y que se haya cumplido con la muestra solicitada. ¿Están requisitadas correctamente y cumplen con el número de casos?	• Formato de recolección • Informe
	11	No: Se devuelven al DGCE y regresa a la actividad 5.	
	12	Si: Elabora informe de resultados de acuerdo con la recolección de datos y envía a Subdirección de Enfermería.	
Subdirectora de Enfermería	13	Emite informe de resultados generales y por servicio, y entrega a la Dirección General Adjunta Médica y al Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo.	• Informe
Director General Adjunto Médico	14	Recibe informe de resultados generales.	• Informe
Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras, y Delegado Administrativo	15	Reciben informe de resultados, difunden e implementan acciones de mejora entre el personal a su cargo. **TERMINA**	• Informe

5. DIAGRAMA DE FLUJO




SCOCASEPSE
JEFE DE SERVICIO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA
PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA
SUBDIRECTORA DE ENFERMERÍA
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO
JEFE DE SERVICIO, JEFE DE ENFERMERAS Y DELEGADO ADMINISTRATIVO
1
12
ELABORA INFORME DE RESULTADOS
INFORME
13
EMITE INFORME DE RESULTADOS POR SERVICIO
INFORME
14
RECIBE INFORME DE RESULTADOS
INFORME
15
DIFUNDE E IMPLEMENTA ACCIONES DE MEJORA
INFORME
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direccion General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Manual de Técnicas de Enfermería	No aplica
6.3 Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005. Para la vigilancia epidemiológica, prevención, y control de las infecciones nosocomiales.	No aplica
6.4 Técnica de higiene de manos con solución alcoholada.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos.	5 años	SCOCASEPSE	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Campaña Sectorial "Esta en tus manos": Consisten en difundir las técnicas de higiene de manos, como son: lavado con agua y jabón, y la desinfección de manos con soluciones alcoholadas (u otro antiséptico) durante los 5 momentos esenciales de los procesos de atención a la salud.

8.2 Cinco momentos: Estrategia que indica los momentos para realizar la correcta higiene de manos y prevenir infecciones nosocomiales (antes del contacto con el paciente, antes de realizar tarea aséptica, después del riesgo de exposición a líquidos corporales, después del contacto con el paciente, después del contacto con el entorno del paciente).

8.3 Difusión: Proceso de propagar o divulgar conocimientos, noticias, información, etc.

8.4 Fluidos corporales: Sangre; excreciones (por ejemplo, orina, heces, vómitos); meconio; secreciones tales como saliva, lágrimas, esperma, calostro, leche, secreciones mucosas, cerumen, vérnix; exudados y trasudados como, por ejemplo, fluido linfático, pleural, líquido cefalorraquídeo, fluido ascítico, fluido articular, pus (excepto sudor); muestras orgánicas de tejidos, células, órganos, médula ósea, placenta.

8.5 Higiene de las manos: Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.

8.6 Indicador: Una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

8.7 Infección asociada con la atención de la salud (IAAS): Infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución.

8.8 Infección nosocomial: El proceso infecciosos que se presenta después de 48 hrs del ingreso del paciente al hospital o después de transcurridas 48 a 72 hrs. del egreso hospitalario y que no se encontraba presente o en período de incubación al momento del ingreso y requiere de comprobación de laboratorio.

8.9 Mejora Continua: Resultado de un conjunto de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para la satisfacción de los clientes y usuarios.

8.10 Prestador de atención médica: Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente. Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapia, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.11 SCOCASEPSE: Subcomité de Calidad y Seguridad del Paciente en los Servicios de Enfermería. Es un Comité que de manera colegiada analiza los problemas y avances en relación con la calidad percibida, la calidad técnica y la seguridad del paciente en los Servicios de Enfermería y está integrado por personal de la Subdirección de Enfermería.

8.12 Supervisión: Actividad que permite detectar problemas, plantear acciones correctivas y evaluar el efecto de las mismas en beneficio del usuario. Se considera como una herramienta de gestión utilizada para avanzar hacia la calidad de los servicios de salud en forma ordenada y sistemática.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Técnica de higiene de manos con solución alcoholada

10.2 Instructivo para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13) *

10.3 Formato para la recolección de datos MISP 5 reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica: Apego a la higiene de manos (MISP5/AHM/SCOCASEPSE/13) *

* Ver anexos del procedimiento 14.

10.1 Técnica de higiene de manos con solución alcoholada.

TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS, CON SOLUCIONES ALCOHOLADAS

CONCEPTO

Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica, mediante el uso de soluciones alcoholadas, con base en las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta), con la finalidad de cumplir con el objetivo 5, de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente "Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud asociadas con la atención medica" y el Capítulo Prevención y Control de Infecciones (PCI) con sus elementos medibles específicos.

POLÍTICAS Y/O NORMAS.

Es responsabilidadd de todos los prestadores de atención médica cumplir con el Estándar PCI 9, en sus elementos medibles:
3. El establecimiento identifica las áreas en las que es preciso lavarse y desinfectarse las manos, o aplicar procedimientos de desinfección de superficies.
4. Los procedimientos de lavado y desinfección de manos se emplean correctamente en dichas áreas y se evalúa su cumplimiento.
5. El establecimiento adopta lineamientos para la hgiene de las manos de una fuente de autoridad.

Es responsabilidad del Delegado Administrativo verificar que en el servicio exista, (permanentemente) solución alcoholada en dispensador.

El Jefe Médico del Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo son responsables de conocer, difundir y supervisar la técnica de higiene de manos en el personal a su cargo.

El prestador de atención médica es responsable de:

5. No portar alhajas (incluso argolla matrimonial) en manos y brazos.
6. Mantener las uñas cortas y sin esmalte (categoría II).

- Aplicarse solución alcoholada, siempre y cuando las manos se encuentren limpias y sin contaminación de sangre o líquidos corporales.
- El uso de guantes no sustituye la limpieza de las manos por fricción o lavado (categoría IB)

Aplicar el alcohol durante **20 a 30** segundos antes y después de los siguientes casos:

Al realizar procedimientos donde no se observa contaminación con sangre o líquidos corporales.

Antes y después del contacto directo con pacientes (categoría IB).

Después de estar en contacto con objetos inanimados, incluso equipo médico (categoría IB).

EQUIPO Y MATERIAL

Solución alcoholada (alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60%)

Dispensador para solución alcoholada.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

1. Depositar en la palma de la mano seca la cantidad de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.

2. Frotar:
   - Las palmas de las manos entre sí.
   - La palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.
   - Las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
   - El dorso de los dedos de una mano con la palma opuesta, agarrándose los dedos, con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
   - La punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.
   - Continúe frotando hasta que se evapore el producto y sus manos se encuentren secas.

Sistema CDC/HICPAC de clasificación de recomendaciones adaptada para las directrices de la OMS sobre higiene de manos.

Categoría	Recomendaciones
Categoría IA	Se aconseja vivamente su aplicación y están sólidamente respaldadas por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
Categoría IB	Se aconseja vivamente su aplicación y están respaldadas por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por sólidos fundamentos teóricos.
Categoría IC	Debe aplicarse porque lo exigen reglamentos o normas federales o de los estados.
Categoría II	Se propone su aplicación y está respaldada por estudios clínicos o epidemiológicos indicativos, fundamentos teóricos o el consenso de un grupo de expertos.

16. PROCEDIMIENTO PARA EL RESGUARDO, TRANSCRIPCIÓN, PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

1. PROPÓSITO

1.1 Describir las acciones y barreras de seguridad durante el resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo, considerados en la Meta Internacional de Seguridad del Paciente (MISP) 3, con el fin de prevenir errores, disminuir riesgos y problemas durante su manejo.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades para la ministración de la farmacoterapia a pacientes, la Subdirección de Almacenes proporciona los medicamentos de alto riesgo correctamente etiquetados, la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionadas al resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 De acuerdo a la MISP 3 “Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo”, son considerados medicamentos de alto riesgo:

- Electrolitos concentrados.
- Citotóxicos
- Medicamentos radiactivos y de naturaleza similar.
- Insulinas.
- Anticoagulantes.

3.3 Es responsabilidad de la Subdirección de Almacenes:

- Distribuir los medicamentos de alto riesgo: citotóxicos, radioactivos, insulinas y heparinas, con etiqueta amarilla y la leyenda “alto riesgo”.

- Distribuir lo electrolitos concentrados con la alerta visual, etiqueta del color que corresponde, de acuerdo a la NOM Oficial Mexicana NOM 072-SSA1-1993, Etiquetado de medicamentos:

  Color azul para bicarbonato de Sodio 7.5%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color verde para sulfato de magnesio 10%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color amarillo para gluconato de calcio 10%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color rojo para cloruro de potasio 14.9%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color naranja para fosfato de potasio 15%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
  Color blanco para cloruro de sodio 17.7%, solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

3.3 Es responsabilidad del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería:

- Identificar riesgos y problemas durante el resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo, a fin de iniciar una gestión efectiva de éstos y resolver de forma multidisciplinaria las causas de la falla.

- Evaluar, conforme al calendario establecido, el indicador institucional MISP 3 “Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo”.

- Retroalimentar al personal de Enfermería cuando se identifican fallas en el manejo de los medicamentos de alto riesgo.

- Notificar cuasifallas, eventos adversos (leve y moderado) y centinela que ocurran durante el manejo de los medicamentos de alto riesgo.

- Inspeccionar semanalmente y de forma aleatoria que los medicamentos se encuentran debidamente resguardados bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto (humedad, temperatura, luz y evitar fuentes de contaminación).

3.4 Es responsabilidad de Jefe de Enfermería y/o responsable de turno de Enfermería cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante el resguardo de medicamentos de alto riesgo:

- Verificar cada 24 horas y de forma aleatoria que el resguardo de electrolitos concentrados, así como el resto de medicamentos de alto riesgo (citotóxicos, radioactivos, insulinas y heparinas) se realice en un lugar seguro, separado del resto de medicamentos.

- Etiquetar los contenedores de viales de potasio, con una alerta visual fluorescente, que indique “debe ser diluido”.

- Establecer los controles necesarios (bitácora) para mantener el stock de medicamentos de alto riesgo.

- Verificar que los electrolitos concentrados que se utilizarán para cada paciente hospitalizado se coloquen en un lugar seguro, separado del resto de medicamentos para 24 horas.

- Mantener la cantidad de electrolitos concentrados que se resguardan en el carro de reanimación cardiopulmonar “carro rojo”, en condiciones adecuadas para su uso.

- Solicitar la devolución del stock o de medicamentos de carro rojo de acuerdo al procedimiento institucional, ya sea por caducidad o deterioro del medicamento, cambio de indicación, egreso o traslado del paciente.

- Preparar los medicamentos, que requieren conservación de red fría, al momento en que se vayan a ministrar al paciente.

- Conservar en red fría y/o en su empaque secundario los medicamentos citotóxicos que requieren este tipo de resguardo.

- Recibir y verificar que los medicamentos de alto riesgo que entregue el personal de la Farmacia Central, preserven su esterilidad y estabilidad, notificando cualquier sospecha de riesgo de contaminación del medicamento.

- Colocar el listado de medicamentos de alto riesgo en un lugar visible del área de preparación de medicamentos, a fin de consultar el código de colores establecido.

- Limitar el acceso al lugar destinado para el resguardo de medicamentos de alto riesgo, a fin de evitar el riesgo de abuso, robo o extravío.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería y/o Personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante el manejo de medicamentos de alto riesgo en presentación multidosis (insulinas y heparinas):

- Conservar la insulina en refrigeración a la temperatura de 2 a 8 0C, proteger de la luz solar y evitar exponer a una temperatura ambiental de 30 0C.

- Desechar la insulina si se observa: el contenido congelado, contiene partículas cristalinas, ha cambiado su color o se observa turbia.

- Conservar la heparina a temperatura ambiente a no más de 30ºC y en lugar seco.

- Verificar que se etiqueten los frascos multidosis (insulinas y heparinas) con fecha de apertura y fecha límite de uso, con el color de tinta que corresponde a cada turno.

- Separar la insulina de la heparina, así como de otros que se dosifiquen en unidades, para disminuir el riesgo de confusión.

- La fecha límite de uso de los medicamentos multidosis es de 8 días a partir de su apertura o antes cuando se sospecha riesgo de contaminación.

- Realizar asepsia del tapón de goma del frasco multidosis, cada vez que se utilice, evitar cubrir el tapón con gasa o torunda.

- Desechar antes de la fecha límite de uso, los medicamentos multidosis que se sospeche con riesgo de contaminación.

3.6 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería y/o Personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la transcripción de indicaciones médicas:

- Identificar oportunamente errores en la transcripción de medicamentos de alto riesgo: nombre del paciente, medicamento, dosis, vía de administración u otra variable incorrecta.

- Registrar en el Plan Terapéutico del Formato de Registro Clínico de Enfermería, con “tinta roja” (indistintamente del turno) el nombre genérico del medicamento de alto riesgo prescrito, ejemplo: insulina de acción rápida, 8 unidades, vía subcutánea, dosis única.

- Escribir “unidades” en lugar de “U”

3.7 La doble verificación se realizará durante la preparación y ministración de medicamentos de alto riesgo (siempre y cuando se cuente con otro recurso humano de Enfermería para realizar esta actividad). La doble verificación consiste en que, mientras la enfermera(o) que realiza la preparación o ministración de medicamentos de alto riesgo (incluye soluciones parenterales a infundir con prescripción de medicamentos de alto riesgo) una segunda enfermera verifica de manera verbal y visual que se cumpla con:

- <u>Durante la preparación:</u>

  a) Prescripción médica del paciente correcto,
  b) Medicamento correcto,
  c) Dosis prescrita,
  d) Concentración, si corresponde,
  e) Vía de ministración,
  f) Dilución y/o combinación del medicamento,
  g) Caducidad del medicamento,
  h) Hora y frecuencia de ministración,
  i) Alergias.

- <u>Durante la ministración:</u>

  a) Prescripción médica del paciente correcto,
  b) Identidad del Paciente,
  c) Medicamento prescrito,

d) Dosis prescrita,
e) Vía de ministración prescrita,
f) Hora y frecuencia de ministración prescrita,
g) Caducidad del medicamento,
h) Velocidad de infusión (si aplica).

3.8 En el momento en que la enfermera que realiza la verificación verbal y visual, identifica fallas durante la preparación o ministración, informará inmediatamente a la enfermera que prepara o ministra, para detener el procedimiento y proceder a la corrección de la falla.

3.9 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería (o a quien delegue) implementar las siguientes barreras de seguridad durante la preparación de medicamentos de alto riesgo:

- Confirmar que se realice la "doble verificación durante" la preparación de medicamentos de alto riesgo.
- Retroalimentar al personal de enfermería en el momento que se identifican fallas en la preparación de medicamentos de alto riesgo.
- Notificar cuasifallas durante la preparación de medicamentos de alto riesgo.

3.10 Es responsabilidad del personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la preparación de medicamentos del alto riesgo:

- Preparar los medicamentos en el área destinada para garantizar un entorno seguro e higiénico.
- Utilizar solución para diluir medicamentos, preferentemente en presentaciones de 50ml o 100ml. Indicar la fecha de apertura y finalidad: "uso exclusivo para dilución de medicamentos", desechar el sobrante al terminar el turno.
- Realizar "doble verificación durante" la preparación de medicamentos de alto riesgo.
- Etiquetar los medicamentos y soluciones, inmediatamente después de prepararse, durante los procedimientos quirúrgicos, invasivos y de alto riesgo, con: nombre del medicamento, dosis, concentración (si corresponde) vía, dilución, fecha/hora de preparación y de caducidad.
- Colocar alerta visual (etiqueta roja, en la parte superior izquierda) en el caso de soluciones parenterales o infusiones que contienen medicamento(s) de alto riesgo, ejemplo: Solución fisiológica al 0.9% medicamento más Cloruro de potasio 20 mEq para 8 horas.
- Utilizar los medicamentos preparados para ministración endovenosa en un periodo de tiempo no mayor a 1 hora, con la finalidad de apegarse a los horarios de ministración establecidos en la prescripción médica.

3.11 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería (o a quien delegue) implementar las siguientes barreras de seguridad durante la ministración de medicamentos:

- Identificar riesgos y problemas que repercuten en una ministración segura de medicamentos de alto riesgo.
-
- Notificar cuasifallas, eventos adversos leves, moderados o centinela, durante la ministración de medicamentos de alto riesgo.

3.12 Es responsabilidad del Personal de Enfermería de turno, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la ministración de medicamentos:

- Verificar si el paciente es alérgico a algún medicamento (interrogarlo y/o revisar el expediente clínico) Colocar alerta visual (tarjeta amarilla) “alergia” y especificar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el tipo de medicamento, sustancia o alimento alergeno.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

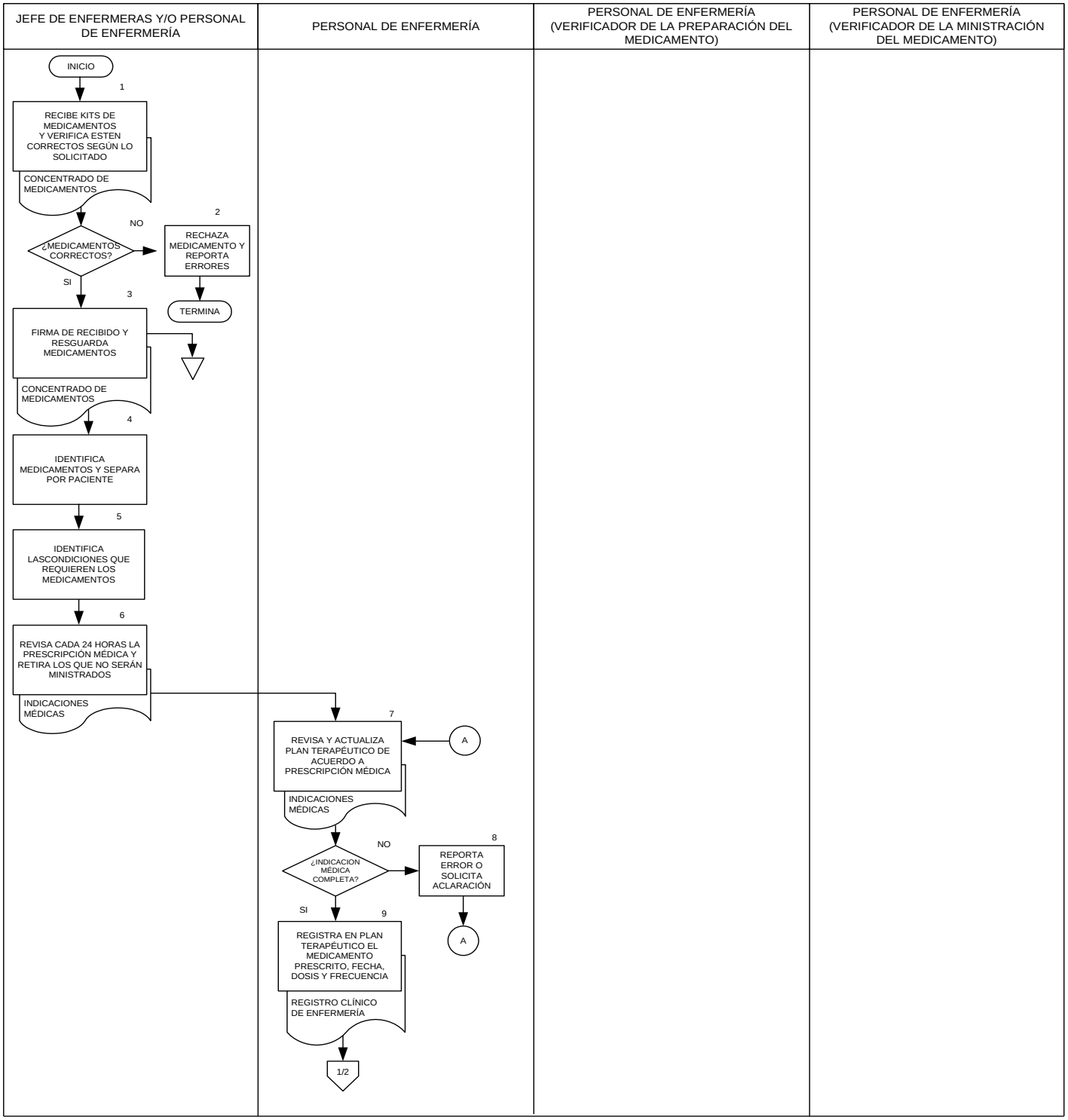
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Enfermeras y/o Personal de Enfermería	1	Recibe kits de medicamentos, por paciente y verifica en el "Reporte concentrado de entrega de medicamentos" que se entregue correctamente lo solicitado, en cantidad y con las especificaciones establecidas. ¿El medicamento solicitado corresponde con la prescripción médica vigente?	• Concentrado de entrega de medicamentos • Hoja de indicaciones médicas
	2	No: Rechaza el medicamento, entrega al Auxiliar de Farmacia y reporta cuasifallas; cuando el nombre, dosis y/o presentación del medicamento surtido no corresponda a la prescripción médica, o cuando se surta un medicamento por otro y termina procedimiento.	
	3	Si: Firma y entrega el original al Auxiliar de Farmacia. Procede al resguardo.	
	4	Identifica los medicamentos de alto riesgo y separa del "kit de medicamentos" por paciente.	
	5	Identifica las condiciones especiales de manejo (red fría y/o fotosensible) que requieren los medicamentos de alto riesgo.	
	6	Revisa cada 24 horas, con la prescripción médica vigente, los medicamentos de alto riesgo solicitados por paciente, retira los que no serán ministrados y los coloca en un contendedor exclusivo para realizar la devolución a la Farmacia Central, conservando únicamente los que corresponden a la prescripción vigente.	
Personal de Enfermería	7	Revisa y/o actualiza, por turno, el Plan Terapéutico de Enfermería de acuerdo a la prescripción médica vigente. ¿La indicación de medicamentos es completa y legible?	• Registro clínico de enfermería • Hoja de indicaciones médicas
	8	No: Notifica inmediatamente al personal médico para que complete o aclare la prescripción. Reportar como cuasifalla y regresa a la actividad 7.	
	9	Si: Registra en el Plan Terapéutico del Formato, con "tinta roja", el nombre genérico del medicamento de alto riesgo prescrito, especificando: fecha de inicio (si aplica), medicamento, dosis, vía, frecuencia, horario de administración y observaciones de acuerdo a la prescripción médica vigente.	

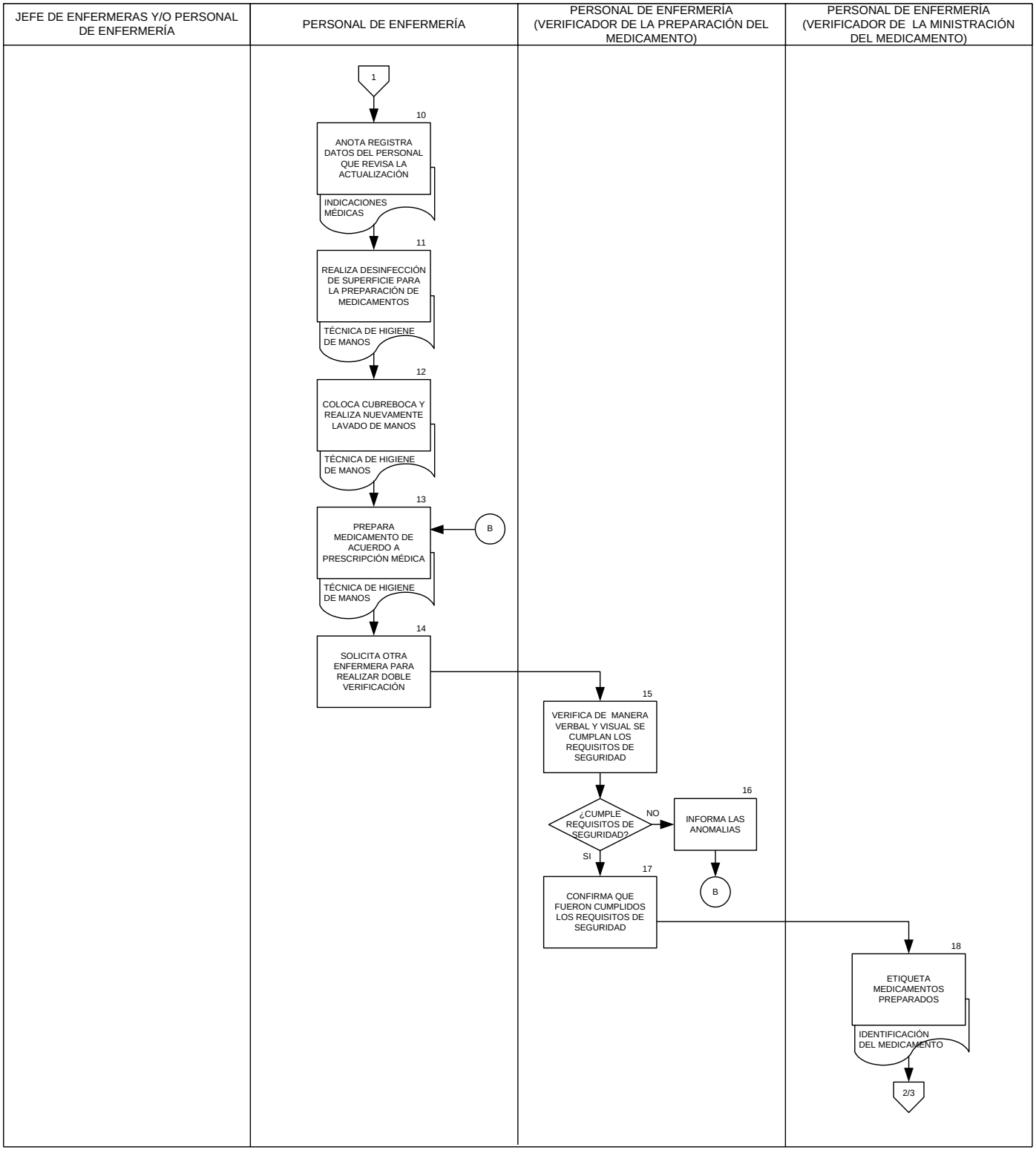
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería.	10	Anota fecha, hora y nombre completo del personal de enfermería que revisa la actualización de la prescripción médica.	• Hoja de indicaciones médicas. • Técnica de higiene de manos.
	11	Realiza desinfección de la superficie para la preparación de medicamentos conforme a la normativa y realiza higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	12	Coloca cubreboca en boca y nariz y realiza nuevamente higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	13	Procede a preparar el medicamento de alto riesgo de acuerdo con la prescripción médica vigente.	
	14	Solicita a otra enfermera realizar la doble verificación durante la preparación del medicamento de alto riesgo (ver política 3.7).	
Personal de Enfermería (verificador de la preparación del medicamento).	15	Verifica de manera verbal y visual que se cumpla con: - Prescripción médica del paciente correcto - Medicamento - Dosis prescrita - Concentración (si corresponde) - Vía de ministración - Dilución y/o combinación del medicamento - Caducidad del medicamento - Hora y frecuencia de ministración - Alergias ¿El medicamento preparado cumple con los requisitos de seguridad para su ministración?	
	16	No: Informa al personal de enfermería que realiza la preparación del medicamento, para detener el procedimiento, se realiza la corrección de la falla y regresa a la actividad 13.	
	17	Si: Confirma de manera verbal que se cumplen los requisitos de seguridad para su ministración.	
Personal de Enfermería.	18	Etiqueta los medicamentos preparados con: nombre completo del paciente y número de ECU (en caso de no contar con ECU anotar fecha de nacimiento del paciente) nombre del medicamento, dosis, vía y hora de ministración.	• Etiqueta de identificación del medicamento.
	19	Coloca alerta visual (etiqueta roja) en el membrete de las soluciones parenterales o infusiones que contienen medicamento(s) de alto riesgo.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería.	20	Traslada los medicamentos preparados a la unidad del paciente, en las mesas de trabajo o charolas, delimitando imaginariamente el lado sucio y limpio.	• Hoja de indicaciones médicas. • Informe de reacción adversa a medicamentos.
	21	Procede a ministrar los medicamentos de alto riesgo.	
	22	Solicita a otra enfermera realizar la doble verificación durante la ministración del medicamento de alto riesgo.	
	23	Pregunta al paciente su nombre completo y coteja con los datos que contienen los identificadores gráficos institucionales.	
	24	Identifica al paciente con nombre completo, número de Expediente Clínico Único (ECU), y en caso de no contar con este último dato identifica con fecha de nacimiento. ¿El nombre del paciente, número de ECU y/o fecha de nacimiento son correctos?	
	25	No: Confirma paciente correcto con medicamento correcto y regresa a la actividad 23.	
	26	Si: Verifica si el paciente es alérgico a algún medicamento (interrogarlo y/o revisar el expediente clínico). En caso afirmativo informar al médico.	
	27	Verifica los medicamentos a ministrar con la prescripción médica vigente.	
	28	Coloca nuevamente cubreboca en boca y nariz, y realiza higiene de manos, de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	29	Explica al paciente el nombre y efecto terapéutico del medicamento.	
	30	Solicita a otra enfermera realizar la doble verificación durante la ministración del medicamento de alto riesgo (ver política 3.7).	
	31	Ministra los medicamentos conforme a las Técnicas de Enfermería, respeta los principios de técnica aséptica.	

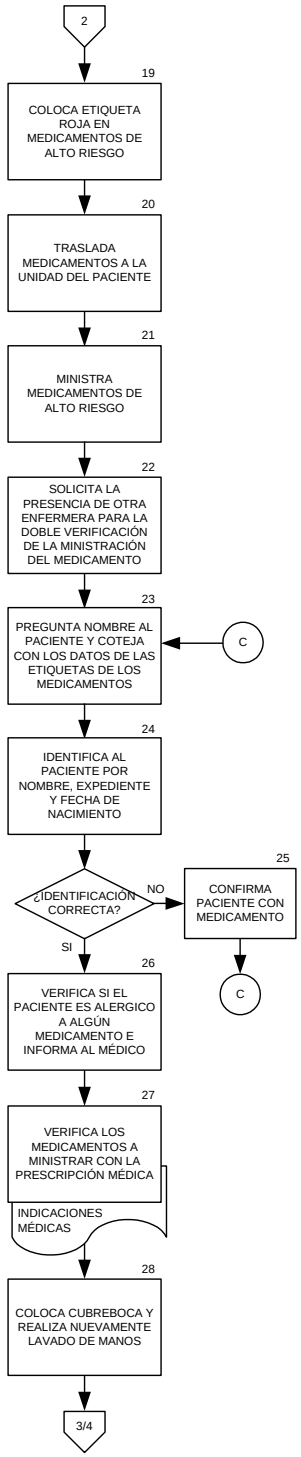
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería (verificador de la ministración del medicamento).	32	Verifica de manera verbal y visual que se cumpla con: - Identidad del Paciente - Medicamento prescrito - Dosis prescrita - Vía de ministración prescrita - Hora y frecuencia de ministración prescrita - Caducidad - Velocidad de infusión (si aplica). ¿Se cumple con los requisitos de seguridad durante la ministración del medicamento de alto riesgo?	
	33	No: Informa al personal de enfermería que realiza la ministración del medicamento, para detener el procedimiento, proceder a la corrección de la falla y regresa a la actividad 30.	
	34	Si: Confirma de manera verbal que se cumplen los requisitos de seguridad durante la ministración.	
Personal de Enfermería.	35	Registra en el “Plan Terapéutico” con tinta roja, el nombre genérico del medicamento de alto riesgo ministrado, especificando: fecha de inicio (si aplica), medicamento, dosis, vía, frecuencia, horario de administración y observaciones de acuerdo a la prescripción médica vigente.	• Registro clínico de enfermería.
	36	Circula, con el color de tinta que corresponde a cada turno, la hora en que se ministra el medicamento.	
	37	Observa si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por el medicamento ministrado.	
	38	Desecha el material utilizado, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo. **TERMINA**	

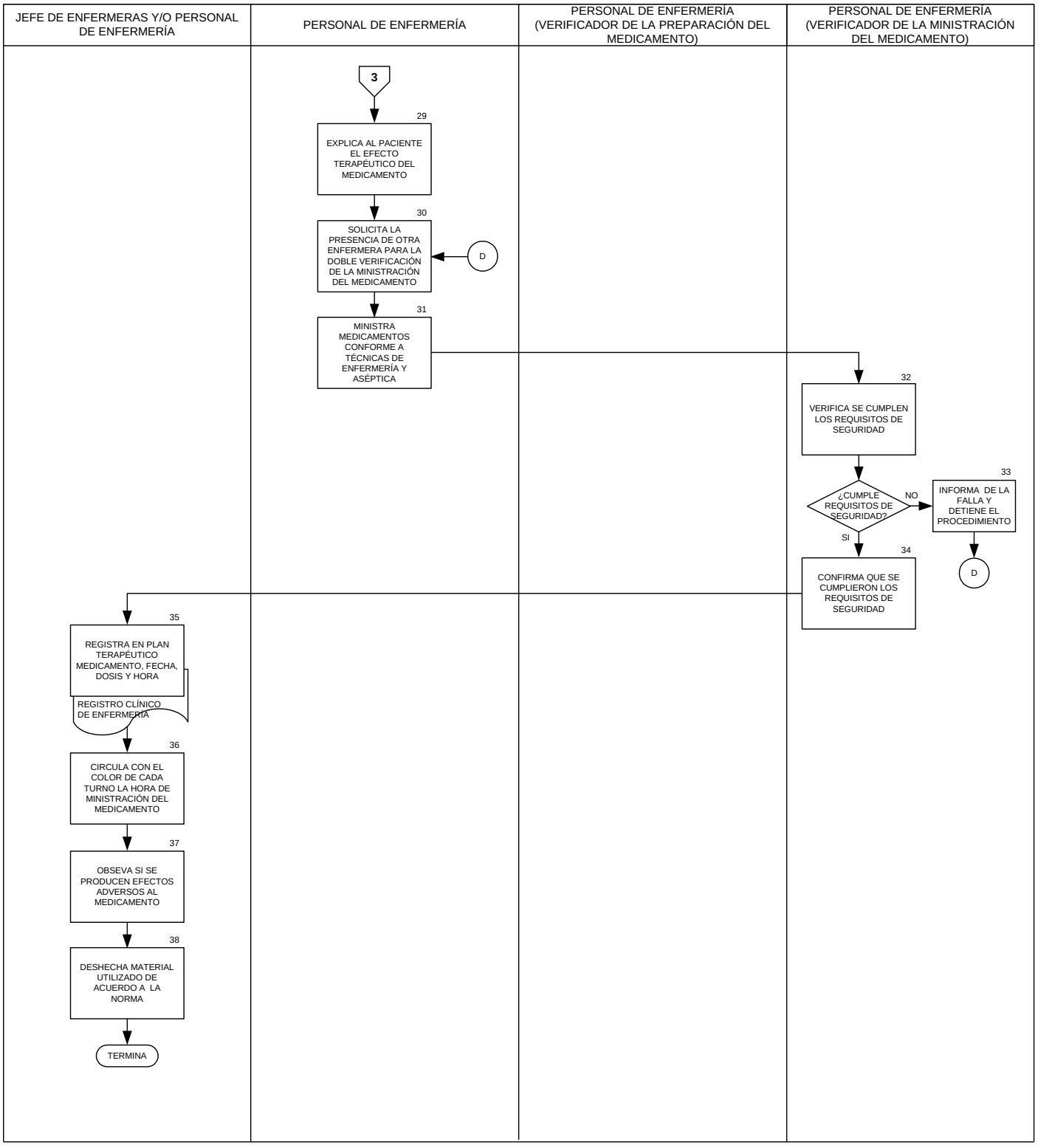
5. DIAGRAMA DE FLUJO




JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO)
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO)
1
10
ANOTA REGISTRA DATOS DEL PERSONAL QUE REVISA LA ACTUALIZACIÓN
INDICACIONES MÉDICAS
11
REALIZA DESINFECCIÓN DE SUPERFICIE PARA LA PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS
TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS
12
COLOCA CUBREBOCA Y REALIZA NUEVAMENTE LAVADO DE MANOS
TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS
13
PREPARA MEDICAMENTO DE ACUERDO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA
B
TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS
14
SOLICITA OTRA ENFERMERA PARA REALIZAR DOBLE VERIFICACIÓN
15
VERIFICA DE MANERA VERBAL Y VISUAL SE CUMPLAN LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
¿CUMPLE REQUISITOS DE SEGURIDAD?
NO
16
INFORMA LAS ANOMALIAS
B
SI
17
CONFIRMA QUE FUERON CUMPLIDOS LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
18
ETIQUETA MEDICAMENTOS PREPARADOS
IDENTIFICACIÓN DEL MEDICAMENTO
2/3

JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO)	PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO)




JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO)
PERSONAL DE ENFERMERÍA (VERIFICADOR DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO)
3
29
EXPLICA AL PACIENTE EL EFECTO TERAPÉUTICO DEL MEDICAMENTO
30
SOLICITA LA PRESENCIA DE OTRA ENFERMERA PARA LA DOBLE VERIFICACIÓN DE LA MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO
D
31
MINISTRA MEDICAMENTOS CONFORME A TÉCNICAS DE ENFERMERÍA Y ASÉPTICA
32
VERIFICA SE CUMPLEN LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
¿CUMPLE REQUISITOS DE SEGURIDAD?
NO
33
INFORMA DE LA FALLA Y DETIENE EL PROCEDIMIENTO
D
SI
34
CONFIRMA QUE SE CUMPLIERON LOS REQUISITOS DE SEGURIDAD
35
REGISTRA EN PLAN TERAPÉUTICO MEDICAMENTO, FECHA, DOSIS Y HORA
REGISTRO CLÍNICO DE ENFERMERÍA
36
CIRCULA CON EL COLOR DE CADA TURNO LA HORA DE MINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO
37
OBSEVA SI SE PRODUCEN EFECTOS ADVERSOS AL MEDICAMENTO
38
DESHECHA MATERIAL UTILIZADO DE ACUERDO A LA NORMA
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", O.D.	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.3 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones médicas	5 años	Archivo General	No aplica
7.2 Expediente clínico	5 años	Archivo General	No aplica
7.3 Registros Clínicos de Enfermería	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.4 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos)	1 año	Jefe de Enfermeras del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Alerta visual. Mecanismo o dispositivo que activa una señal visual preventiva para iniciar la aplicación de un protocolo de seguridad para el paciente.

8.2 Automedicación. Es el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de la personal.

8.3 Barrera de seguridad. Una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.

8.4 Caducidad. Día, mes y año en que el medicamento ya no se puede ministrar.

8.5 Cuasifalla. Toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de resultados adversos graves. Dicha "ocasión" cae dentro del alcance de la definición de evento adverso.

8.6 Denominación genérica. Al nombre del medicamento, determinando a través de un método preestablecido, que identifica al fármaco o sustancia activa reconocido internacionalmente y aceptado por la autoridad sanitaria.

8.7 Desinfección. Es la destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materias, o partes en que pueden ser nocivos, por los distintos medios mecánicos, físicos o químicos.

8.8 Educación al paciente. Aumento del conocimiento del paciente, que permite los cambios de estilo de vida y los hábitos higiénicos-dietéticos, para mantener la salud o evitar la enfermedad o problemas relacionados con la medicación.

8.9 Envase primario. Elementos del sistema de envase que están en contacto directo con el insumo.

8.10 Envase secundario. Los componentes que forman parte del empaque en el cual se comercializa el insumo y no están en contacto directo con él. Envase dentro del cual se coloca el envase primario.

8.11 Error de medicación. Cualquier acontecimiento, prevenible, que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales de la salud o del paciente o del consumidor.

8.12 Evento adverso. Cualquier suceso médico perjudicial que puede presentarse durante el tratamiento con un producto farmacéutico, la cual no necesariamente tiene una relación causal con este tratamiento.

8.13 Expediente clínico. Informe escrito de la variedad de información de salud del paciente, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta. Este registro es creado por médicos y otros profesionales de la salud.

8.14 Farmacovigilancia. Ciencia que trata de recoger, vigilar investigar y evaluar la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas y prevenir los daños en los pacientes.

8.15 Fotosensible. Son aquellos medicamentos que se degradan rápidamente en presencia de luz. Por este motivo se acondicionan en envases opacos.

8.16 Hoja de indicaciones médicas. Formato donde realiza la prescripción del medicamento, el médico autorizado.

8.17 Medicamento. Todo medicamento recetado, muestras de medicamentos, remedios herbales, vitaminas, productos nutracéuticos, medicamentos de venta libre, vacunas, agentes de diagnóstico y contraste empleados o administrados a personas para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades u otros trastornos anormales, medicamentos radiactivos, tratamientos de terapia respiratoria, nutrición parenteral, hemoderivados y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o fármacos).

8.18 Medicamentos de alto riesgo. Aquellos que tienen un “riesgo” muy elevado de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. (Cohen, 2007).

8.19 Ministración. Actividad de Enfermería que se realiza bajo prescripción médica, en la cual se aplica o se hace tomar un medicamento al paciente, evaluando los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de los medicamentos, los diversos tipos de prescripciones y vías de ministración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la ministración de medicamentos.

8.20 Paciente. Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares de la JCI, el paciente y su familia son considerados una sola unidad de atención.

8.21 Personal calificado. Una persona o miembro del personal que pueden participar en una o todas las actividades o servicios de atención del establecimiento. La calificación es determinada por lo siguiente: educación, capacitación, experiencia, competencia, habilitación correspondiente, leyes o reglamentaciones, registro o certificación.

8.22 Preparación de medicamentos. Proceso que realiza el personal de enfermería para obtener y proporcionar la dosis exacta de fármaco a través de técnica específica, para garantizar la esterilidad de las soluciones o medicamentos a ministrar.

8.23 Reacción adversa. Cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica. Reacción nociva no intencionada, que ocurre a las dosis usuales en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica.

8.24 Red fría. Se define como cadena o red fría a la serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante desde la fabricación hasta su ministración.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Listado de medicamentos de alto riesgo.
10.2 Membrete de la solución parenteral.
10.3 Hoja de indicaciones médicas.
10.4 Formato de Registros Clínicos de Enfermería. (Ver anexo del procedimiento 4)
10.5 Grafica para monitorizar la temperatura del refrigerador.*
10.6 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos).*
10.7 Etiqueta para resguardo de medicamentos por paciente en vitrina.*
10.8 Etiqueta para identificación del medicamento preparado.*

*Ver anexos del Procedimiento 21.

10.1 Listado de medicamentos de alto riesgo.

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

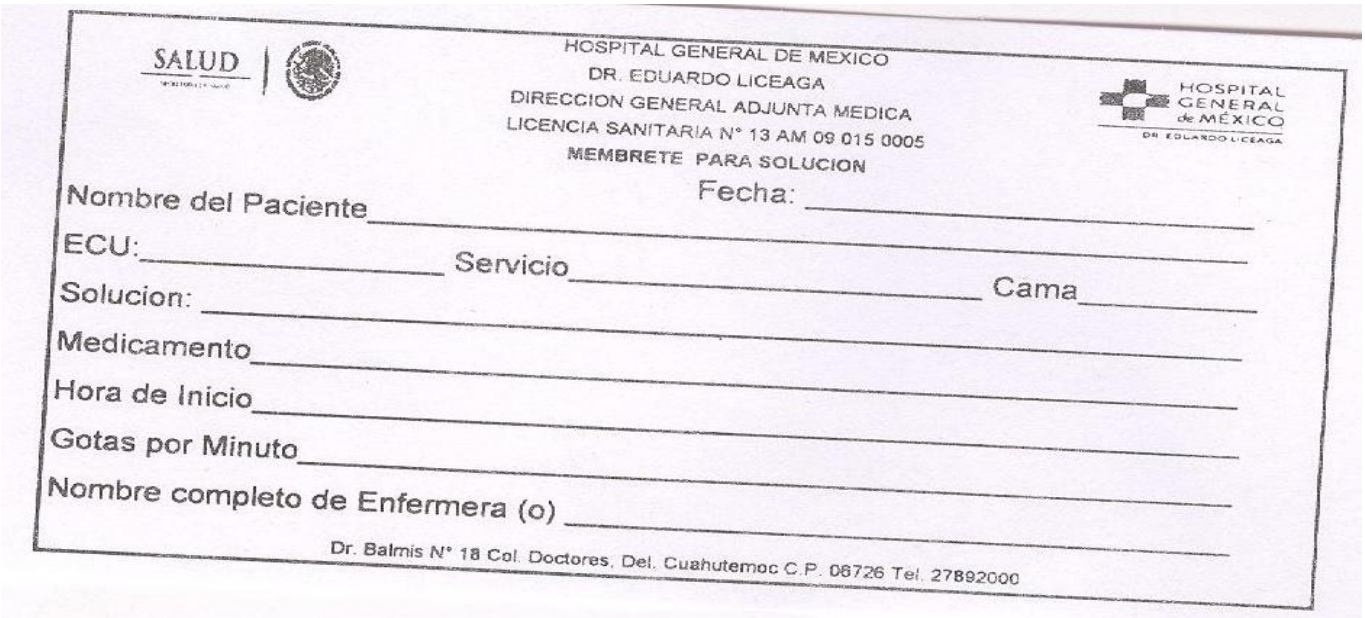
CODIGO DE COLORES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

ELECTROLITOS CONCENTRADOS

Objetivo: Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

CLORURO DE POTASIO 14.9%, Ampolleta de 10 ml.	ROJO
FOSFATO DE POTASIO 15%, Ampolleta de 10 ml.	NARANJA
SULFATO DE MAGNESIO 10%, Ampolleta de 10 ml.	VERDE
BICARBONATO DE SODIO 7.5%, Ampolleta de 10 ml	AZUL
CLORURO DE SODIO 17.7%, Ampolleta de 10 ml.	BLANCA
GLUCONATO DE CALCIO 10%, Ampolleta de 10 ml.	AMARILLO
BICARBONATO DE SODIO 7.5% frasco ámpula de 50 ml.	SIN ETIQUETA

10.2 Membrete de la solución parenteral



SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
MEMBRETE PARA SOLUCION

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Nombre del Paciente _____ Fecha: _____

ECU: _____ Servicio _____ Cama _____

Solucion: _____

Medicamento _____

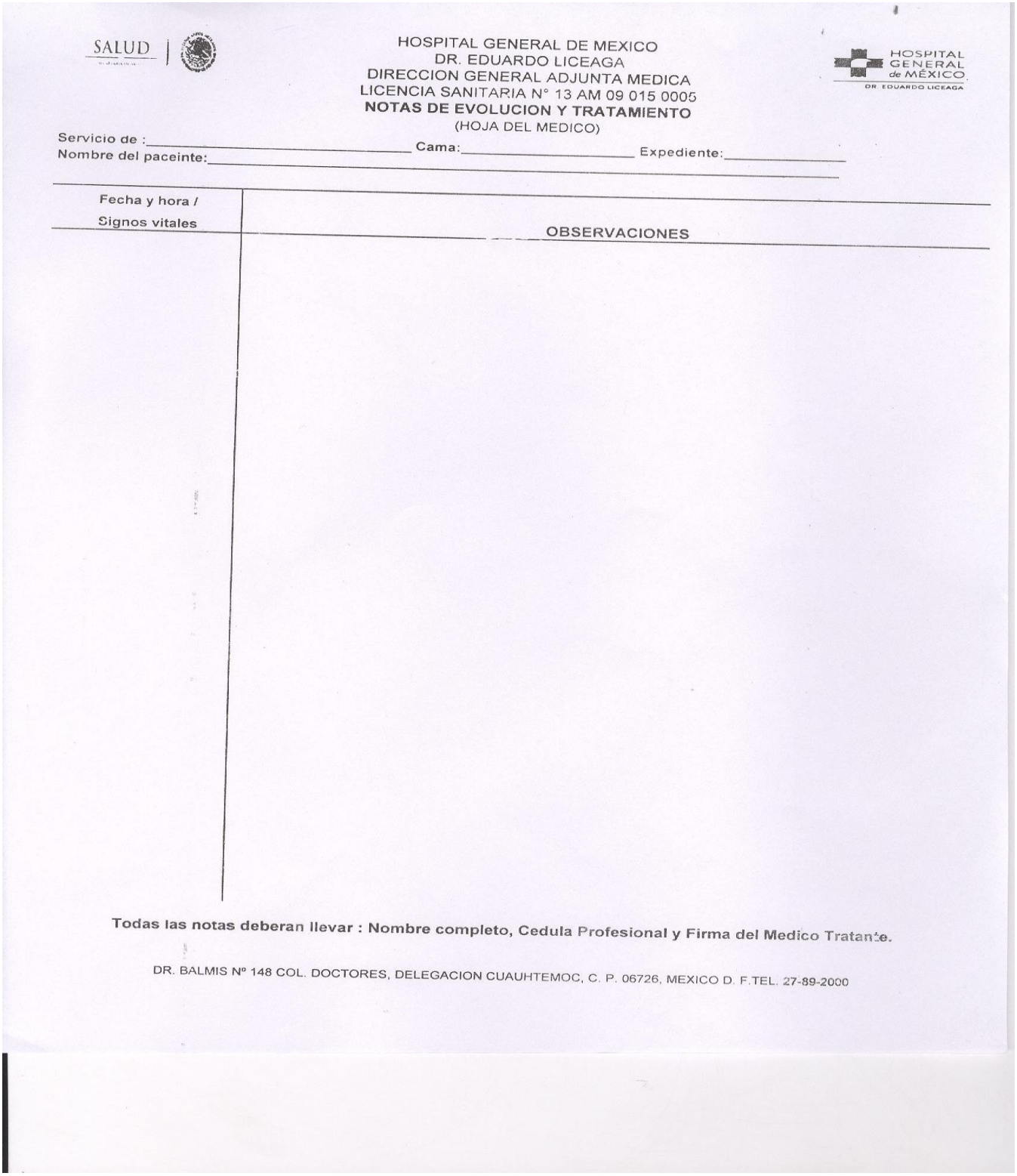
Hora de Inicio _____

Gotas por Minuto _____

Nombre completo de Enfermera (o) _____

Dr. Balmis N° 18 Col. Doctores, Del. Cuahutemoc C.P. 06726 Tel. 27892000

10.3 Hoja de indicaciones médicas.



SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
NOTAS DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO
(HOJA DEL MEDICO)

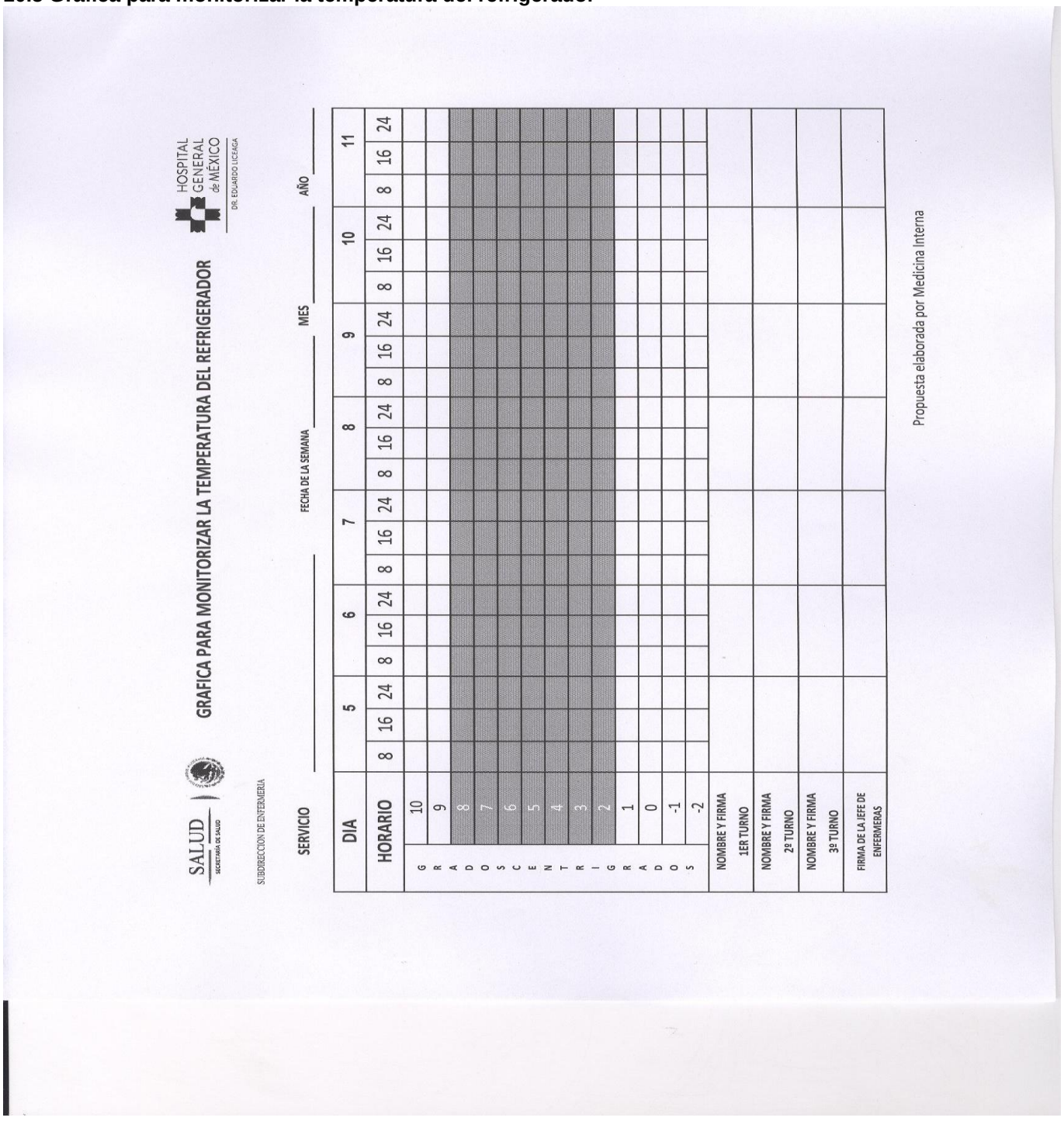
Servicio de :_____ Cama:_____ Expediente:_____
Nombre del paceinte:_____

Fecha y hora / Signos vitales	OBSERVACIONES

Todas las notas deberan llevar : Nombre completo, Cedula Profesional y Firma del Medico Tratante.

DR. BALMIS Nº 148 COL. DOCTORES, DELEGACION CUAUHTEMOC, C. P. 06726, MEXICO D. F.TEL. 27-89-2000

10.5 Grafica para monitorizar la temperatura del refrigerador



SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

GRAFICA PARA MONITORIZAR LA TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR

SERVICIO _____ FECHA DE LA SEMANA _____ MES _____ AÑO _____

DIA		5				6				7				8				9				10				11			
HORARIO		8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	
GRADOS CENTIGRADOS	10																												
	9																												
	8																												
	7																												
	6																												
	5																												
	4																												
	3																												
	2																												
	1																												
	0																												
	-1																												
	-2																												
NOMBRE Y FIRMA 1ER TURNO																													
NOMBRE Y FIRMA 2º TURNO																													
NOMBRE Y FIRMA 3º TURNO																													
FIRMA DE LA JEFE DE ENFERMERAS																													

Propuesta elaborada por Medicina Interna

10.6 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

MINIMOS Y MÁXIMOS DE LA UNIDAD 103 (TOTAL de camas 24)

MEDICAMENTO	PRESENTACIÒN	TIPO DE MOVIMIENTO	NUM DE AMPULAS P/24 HRS	MINIMOS	MAXIMOS
AMINOFILINA	AMPULA DE 250 mg	BAJO	4	4	8
AMIODARONA	AMPULA DE 150 mg	BAJO	7	7	10
BICARBONATO DE SODIO	AMPULA DE 8.9 meq	MODERADO	12-24	12	24
	FRASCO DE 44.5 meq	MODERADO	2-4	2	5
BUTILHIOSINA	AMPULA DE 20 mg	MODERADO	4-5	15	20
CLORURO DE POTASIO	AMPULA DE 20 meq	ALTO	10	20	30
CLORURO DE SODIO AL 17.7%	AMPULA DE 1.77 g	BAJO	6	6	10
DEXAMETAZONA	AMPULA DE 8 mg	MODERADO	4	10	15
D.F.H (FENITOINA)	AMPULA DE 250 mg	MODERADO	7	14	21
DIAZEPAN	AMPULA DE 10 mg	MODERADO	3	2	4
DIFENIDOL	AMPULA DE 40 mg	BAJO	3	5	6
DIGOXINA	AMPULA DE 0.25 mg	BAJO	2	2	5
DOBUTAMINA	AMPULA DE 250 mg	BAJO	2	2	5
DOPAMINA	AMPULA DE 200 mg	MODERADO	4	4	10
ENOXIPARINA	AMPULA DE 40 mg	ALTO	2	20	30
ENOXIPARINA	AMPULA DE 60 mg	MODERADO	1	10	20
FOSFATO DE POTASIO	AMPULA DE 20 meq	MODERADO	3	9	15
FUROSEMIDE	AMPULA DE 20 mg	ALTO	8-12	50	70
GLUCONATO DE CALCIO	AMPULA DE 1 gr	ALTO	4	20	30
HALOPERIDOL	AMPULA DE 5 mg	MODERADO	3	3	5
HEPARINAS	FRASCO AMPULA DE	ALTO	2 DE 500UI	2-4	4-8
	10000UI Y 5000UI		4 DE 1000UI		
HIDROCORTIZONA	AMP. 100mg ò 500mg	MODERADO	3	9	15
KETOROLCO	AMPULA DE 30 mg	ALTO	4	20	30
METAMIZOL	AMPULA DE 1 gr	MODERADO	3	15	20
METILPREDNISOLONA	AMPULA DE 500 mg	BAJO	3	3	5
METOCLOPRAMIDA	AMPULA DE 10 mg	ALTO	4	20	30
MIDAZOLAM	AMPULA DE mg	MODERADO	23	8	16
MULTIVITAMINICO	FCO. AMPULA 5 ml	BAJO	1	3	5
NITROGLICERINA	FCO. AMPULA 50 mg	BAJO	1	1	2
NITROPARCHE	PARCHE 18.7 mg	BAJO	1	2	5
NOREPINEFRINA	AMPULA DE 4 mg	MODERADO	2	4	10
OMEPRAZOL	AMPULA DE 40 mg	ALTO	2	24	48
PENTOXIFILINA	AMPULA DE 300 mg	BAJO	4	5	8
RANITIDINA	AMPULA DE 50 mg	MODERADO	2	10	20
SALBUTAMOL	AMPULA DE 0.5 mg	ALTO	3	10	20
SULFATO DE MAGNESIO	AMPULA DE 10 ml	MODERADO	3	10	15
TRAMADOL	AMPULA DE 100 mg	ALTO	4	20	25
VECURONIO	AMPULA DE 4 mg	BAJO	6	6	12
VITAMINA K	AMPULA DE 2 mg	BAJO	1	1	3
LIDOCAINA LIDOCAINA	FRASCO DE 10 ML AL 1% FRASCO DE 10 ML AL 2%	ALTO	1	1	2

10.7 Etiqueta para resguardo de medicamentos por paciente en vitrina

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

ECU:
NOMBRE:
CAMA:

10.8 Etiqueta para identificación del medicamento preparado.

RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	

17. PROCEDIMIENTO PARA PREVENIR ERRORES POR ÓRDENES VERBALES O TELEFÓNICAS

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para describir las actividades que se deben realizar para prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas, en situaciones de urgencias médicas así como cumplir con la Meta Internacional de Seguridad del Paciente Número 2: "Mejorar la comunicación efectiva", con la finalidad de proporcionar una calidad de la atención acorde a las políticas del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", además de garantizar la precisión de las indicaciones solicitadas.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: este procedimiento aplica a todas las áreas de atención médica como son: Hospitalización, Terapia Médica Intensiva, Urgencias Adultos, Urgencias Pediatría y Urgencias GinecoObstétricas y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento, por lo imprevisto de aparición de casos que lo requieren, realizan la actividad concerniente a este procedimiento.

2.2 A nivel externo: este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 El Médico de Base encargado de la atención del paciente es responsable y tiene la facultad de dar indicaciones médicas verbales o por vía telefónica, única y exclusivamente en situaciones de urgencia (todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata). Para fines de este procedmiento "comunicación efectiva" es la información oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe (receptor) y el prestado de atención médica que lo emite (emisor)

3.2 Es responsabilidad del Médico ratificar en la hoja de indicaciones médicas, la orden emitida de manera verbal o vía telefónica, anotando nombre completo y firma, después del evento, al término de turno o máximo en el turno siguiente.

3.3 Únicamente en las situaciones de urgencia, el personal de laboratorio o de radiología y diagnóstico por imagen, queda facultado para dar resultados de manera verbal sobre procedimientos que efectúe principalmente en el servicio de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos o Quirófano, si se lo solicitan, posteriormente emitir por escrito antes del término de turno o máximo en el siguiente, en los formatos establecidos por la Institución los resultados que se hayan proporcionado verbalmente.

3.4 En caso de presentarse un evento adverso, el prestador de atención médica será responsable de realizar el reporte y enviarlo a la Unidad de Calidad y Seguridad en la Atención Médica, con apego al procedimiento establecido para este fin.

3.5 Es responsabilidad del prestador de atención médica clínica, así como del personal en formación:

- Cumplir con este procedimiento para mejorar la comunicación efectiva.
- Confirmar los datos identificatorios del paciente: nombre completo y Número de Expediente Clínico Único (ECU), previamente a ministrar o cumplir indicaciones médicas emitidas de manera verbal. En caso de no contar con ECU, se utilizará la fecha de nacimiento.
- Realizar el proceso *Escuchar -Escribir–Leer-Confirmar* para indicaciones y resultados de laboratorio y gabinete proporcionados de manera verbal y / o telefónica.
- Confirmar al receptor que la información es exacta con las palabras: "SÍ, ES CORRECTO".
- Anotar o escribir en hoja de indicaciones médicas la información que recibió (escuchó) especificando fecha, hora, nombre del prestador de atención médica que emite la indicación. (emisor)

3.6 Es responsabilidad del prestador de atención médica, de enfermería y en formación:

a) Apegarse a los estándares y Elementos Medibles (EM) del capítulo Servicios Auxiliares y de Diagnóstico **(SAD)**:

- SAD.1.3.1: Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan por escrito o de manera verbal correctamente.
- SAD 1.3.1 EM 2: Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.
- SAD.2.4.1 Los resultados de radiología y diagnóstico por imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente.
- SAD.2.4.1 EM 2. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.

3.7 Es responsabilidad del prestador de la atención médica de enfermería y en formación de ambas áreas:

a) Apegarse a los estándares y elementos medibles (EM) del capítulo Manejo y Uso de Medicamentos **(MMU)**:

MMU 4 Hay políticas y procedimientos, basadas en buenas prácticas y en la normatividad correspondiente, que guían la prescripción y transcripción de medicamentos.

MMU 4 EM 1: Las políticas y procedimientos guían la prescripción de medicamentos en el establecimiento.

MMU 4.4 Los medicamentos prescritos y administrados se documentan en el expediente clínico del paciente.

MMU 4.4 EM 1: Se registran los medicamentos prescritos a cada paciente.

3.8 Es responsabilidad del prestador de la atención médica de base y en formación:

a) Apegarse a los estándares y elementos medibles (EM) del capítulo Atención de Pacientes **(COP)**:

COP.2.2 Los profesionales que participan en la atención del paciente registran las órdenes, indicaciones, sugerencias y recomendaciones en los formatos correspondientes que se integran al expediente clínico, en un lugar uniforme.
COP.2.2 EM 1: Las órdenes o indicaciones cumplen la política del establecimiento.
COP.2.2 EM 3: Sólo emiten órdenes o indicaciones quienes están autorizados para hacerlo.
COP.2.3 EM 1: Los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.
COP.2.3 EM 2: Los resultados de los procedimientos realizados se anotan en el expediente clínico del paciente.

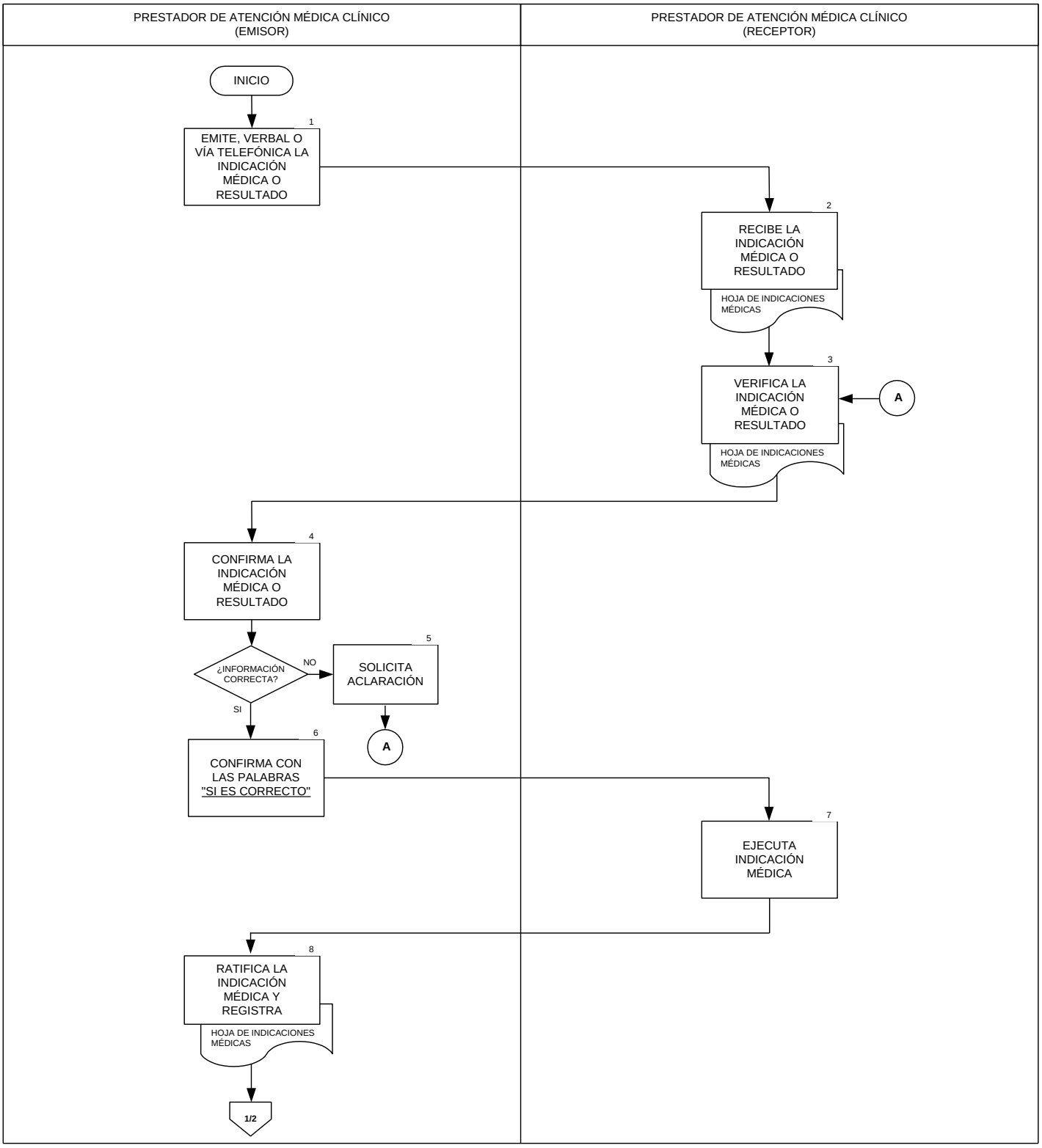
3.9 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al Código de Etica de los Servidores Públicos del Hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga”, con respeto absoluto a los derechos humanos individuales del paciente, el familiar y el prestador de servicios.

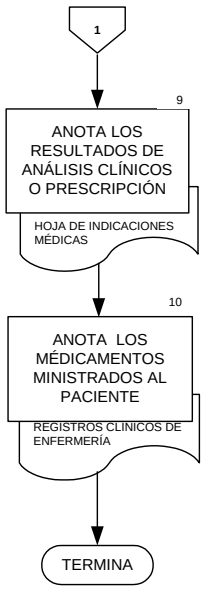
3.10 Todo el personal de la institución, en el ejercicio de sus actividades que conlleve este procedimiento, deberá, sin excepción, salvaguardar los Derechos Humanos de los usuarios que soliciten sus servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Prestador de Atención Médica Clínico (EMISOR)	1	Emite al receptor, con voz clara y audible, la indicación médica o resultado del análisis clínico precisando los datos de identificación del paciente: nombre completo y Número de Expediente Clínico Único. En caso de no contar con expediente, utilizará la fecha de nacimiento.	
Prestador de Atención Médica Clínico (RECEPTOR)	2 3	*Escucha* indicación médica o información de resultados del paciente y *escribe* en hoja de indicaciones médicas, precisando: fecha, hora y nombre del emisor. *Lee* al emisor, con voz clara y audible, la indicación médica o información de resultado.	• Hoja de indicaciones médicas
Prestador de Atención Médica Clínico (EMISOR)	4 5 6	*Confirma* con el receptor que la información es correcta. ¿Es correcta la información? No: Solicita aclaración y regresa a la actividad 3 Si: Confirma con las palabras **"Sí, es correcto"**.	
Prestador de Atención Médica Clínico (RECEPTOR)	7	Ejecuta indicación médica recibida (de manera verbal o vía telefónica).	
Prestador de Atención Médica Clínico (EMISOR)	8	Ratifica la orden emitida de manera verbal o vía telefónica, la anota en la hoja de indicaciones médicas y complementa con su nombre completo y firma, después del evento, antes del término de turno o máximo en el siguiente.	• Hoja de indicaciones médicas
Prestador de Atención Médica Clínico (RECEPTOR)	9 10	Anota en la hoja de indicaciones médicas los resultados de análisis clínicos o prescripción de medicamentos. Anota en los registro de enfermería los medicamentos ministrados al paciente durante el evento y emitidos de manera verbal o telefónica. **TERMINA**	• Hoja de indicaciones médicas • Registros clínicos de enfermería

5. DIAGRAMA DE FLUJO



PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA CLÍNICO (EMISOR)	PRESTADOR DE ATENCIÓN MÉDICA CLÍNICO (RECEPTOR)
1 8	

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Direcciòn General Adjunta Médica	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.3 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de indicaciones medicas	5 años	Archivo Clínico.	No aplica
7.2 Hoja de registro de enfermería	5 años	Archivo Clínico	No aplica
7.3 Expediente clínico único	5 años	Archivo clínico	No Aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Atención médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

8.2 Comunicación efectiva: es la información oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe (receptor) y el prestador de atención médica que la emite (emisor).

8.3 Emisor: Persona que emite un mensaje en un acto de comunicación.

8.4 Evento adverso: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otros sucesos desfavorables que ocurren directamente asociados con la prestación de atención., que no están previstos durante la misma.

8.5 Expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento de atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud (médicos y otros profesionales de la salud) deberá hacer los registros, anotaciones, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones, detalles del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

8.6 Identificación del paciente. Es un proceso que permite tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

8.7 Identificador institucional. Dato informativo (nombre completo y Expediente Clínico Único) que permite confirmar la identidad de una persona a la que se presta atención médica.

8.8 Paciente: Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares, el paciente y la familia son considerados una sola unidad de atención.

8.9 Personal de Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: Son los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de apoyo a la atención médica, como: laboratorios de análisis clínicos, radiología, anatomía patológica, electrocardiografía, electroencefalografía, endoscopía, radioterapia e isótopos radiactivos, medicina física, fisioterapia y rehabilitación.

8.10 Prestador de atención médica clínico: Personal de salud que proporciona atención directa al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, radiólogo. Puede ser de base o en formación.

8.11 Receptor: En el proceso de comunicación, se refiere a quién va dirigido el mensaje, el que recibe o quien lo interpreta.

8.12 Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

8.13 Urgencia: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera atención inmediata.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de indicaciones médicas. (Ver anexo del procedimiento 16)
10.2 Formato de Registros Clínicos de Enfermería. (Ver anexo del procedimiento 4)

18. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO

1. PROPÓSITO

1.1 Evaluar y minimizar el riesgo de caída en todos los pacientes a fin de cumplir con el propósito de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente, número 6 “Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades de atención a pacientes; la Dirección Médica y la Dirección Quirúrgica son responsables de la operación de los servicios de atención a pacientes; la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionas al cuidado de los pacientes; la Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de contribuir en la conservación y mantenimiento de los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles en condiciones de operación continua, confiable y segura, para la oportuna prestación de los servicios de salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad de todo prestador de atención médica:

- Cumplir con la MISP. 6 “Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes”.
- Identificar los procesos y desperfectos en las instalaciones, equipo o mobiliario de la unidad, que representen riesgo de caída para el paciente.
- Identificar factores de riesgo de caída en el paciente.
- Conocer el nivel de riesgo de caída del paciente antes de realizar algún procedimiento o tratamiento.
- Implementar medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída del paciente.

3.2 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo:

- Gestionar la disponibilidad de equipo y mobiliario para prevenir el riesgo de caída en el paciente hospitalizado (barandales, bancos de altura, pasamanos, piso antiderrapante, entre otros).
- Gestionar con el área correspondiente al mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, equipo y mobiliario que represente riesgo de caída en el paciente hospitalizado.
- Conocer y supervisar los procesos que representen riesgo de caída al paciente hospitalizado.
- Conocer, difundir y supervisar entre el personal a su cargo, las medidas de seguridad tendientes a reducir la probabilidad de caída en el paciente hospitalizado.

3.3 Es responsabilidad de la Coordinación de Modelos de Atención en Enfermería:

- Difundir entre el personal de Enfermería las escalas de valoración vigentes, así como sus especificaciones para cada tipo de paciente.
- Capacitar al personal en el registro de la valoración del riesgo de caída.

3.4 Es responsabilidad del personal de Enfermería:

- *Valorar* el riesgo de caídas al ingreso del paciente, cambio de área o servicio y/o al inicio de cada turno.

- *Revalorar* a todos los pacientes en:

  - Cambios en el estado de salud.
  - Alteraciones en el estado de conciencia y condición física.
  - Ministración de medicamentos como sedantes, hipoglucemiantes, antihipertensivos u otros que influyen en la condición del paciente.
  - Egreso del paciente.

- Registrar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería, el resultado obtenido en la valoración.

- Registrar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el resultado de la última revaloración realizada durante el turno, en caso de haber revalorado más de dos.

- Colocar alerta visual: tarjeta en cabecera de la cama del paciente o etiqueta en brazalete, color rojo (alto riesgo) o naranja (moderado riesgo) dependiendo del riesgo identificado.

- Proporcionar educación al paciente y su familia con respecto a las medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída.

- Planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones específicas para reducir el riesgo de caídas y registrar el plan de cuidados de enfermería en el formato de Registros Clínicos de Enfermería.

3.5 El personal de enfermería responsable de realizar el procedimiento debe apegarse, en su ámbito de competencia, a lo siguiente:

- AOP.1.2 A cada paciente se le realiza una evaluación inicial que ayuda a entender sus necesidades específicas de atención.

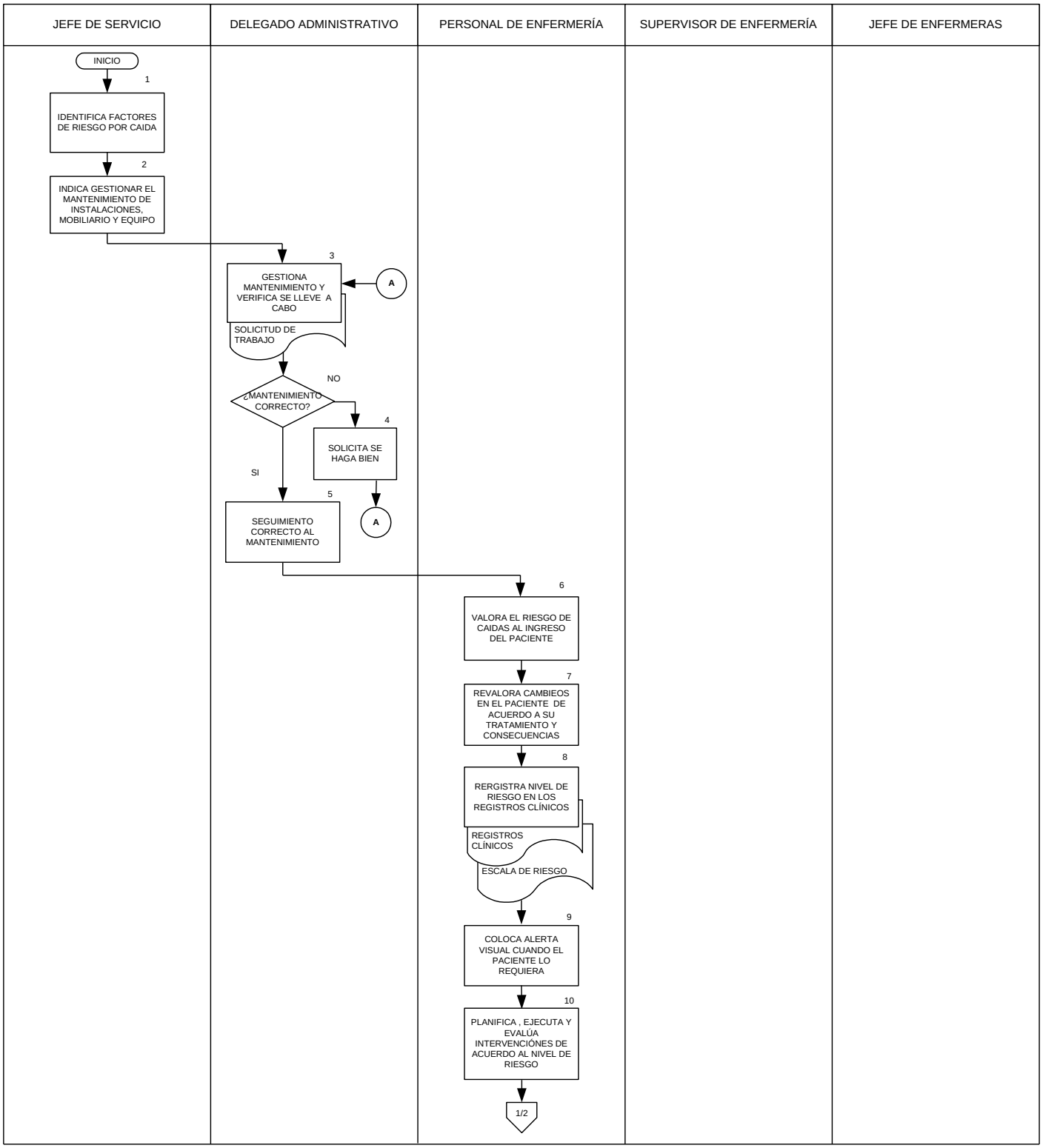
- FMS 4 La Dirección planifica e implementa un programa para proporcionar un entorno físico seguro y protegido.

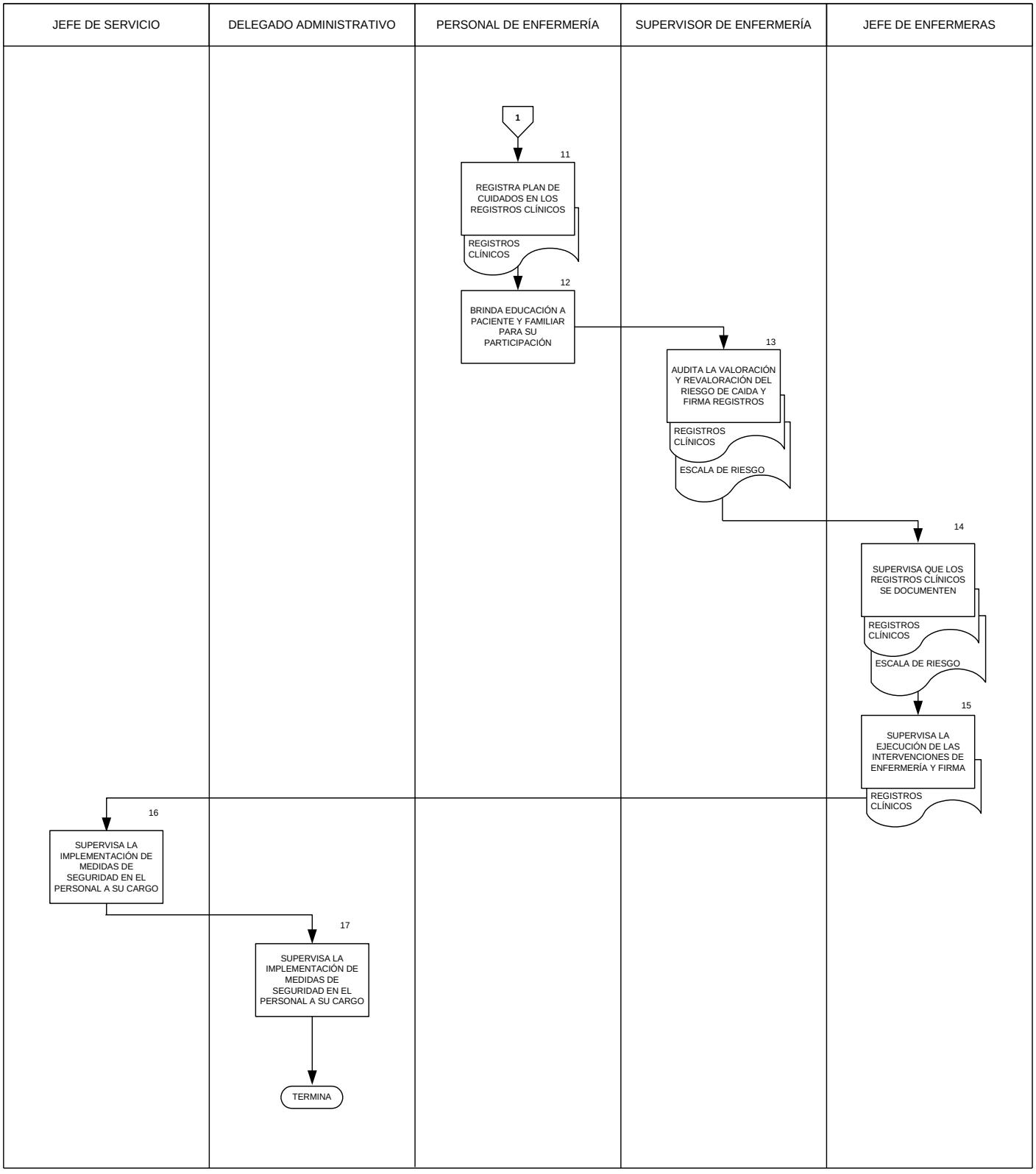
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio	1	Identifica factores de riesgo de caída de paciente en las instalaciones, equipo, mobiliario o en los procesos.	
	2	Indica al Delegado Administrativo gestionar el mantenimiento preventivo o correctivo en las instalaciones, equipo y/o mobiliario del Servicio.	
Delegado Administrativo	3	Gestiona mediante solicitud de trabajo, mantenimiento preventivo o correctivo en las instalaciones, equipo y/o mobiliario del Servicio y valora. ¿Dá seguimiento a la solicitud de trabajo de mantenimiento preventivo o correctivo?	• Solicitud de trabajo
	4	No: Solicita se le de seguimiento correcto y regresa a actividad 3.	
	5	Si: El seguimiento al mantenimiento es correcto.	
Personal de Enfermeria	6	Valora el riesgo de caídas al ingreso del paciente, cambio de área o Servicio y/o al inicio de cada turno.	• Registros clínicos de enfermería. • Escala de riesgo.
	7	Revalora al paciente en cambios en el estado de salud, alteraciones en el estado de conciencia y condición física, ministración de medicamentos como sedantes, hipoglucemiantes, antihipertensivos u otros que influyen en la condición del paciente y al egreso del paciente.	
	8	Registra el nivel de riesgo de caída del paciente en el formato de Registros Clínicos de Enfermería.	
	9	Coloca alerta visual (tarjeta o etiqueta en brazalete) cuando el paciente presente moderado (naranja) o alto (rojo) riesgo de caída.	
	10	Planifica, ejecuta y evalua intervenciones específicas de acuerdo al nivel de riesgo de caida.	
	11	Registra el plan de cuidados de enfermería en el formato de Registros Clínicos de Enfermería.	
	12	Brinda educación al paciente y familia para promover su participación.	
Supervisor de Enfermería	13	Audita en los formatos de Registros Clínicos de Enfermería, se documente la valoración y revaloración del riesgo de caída así como plan de cuidados de enfermería y firma formato de Registros Clínicos de Enfermería.	• Registros clínicos de enfermería. • Escala de riesgo.

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Enfermeras	14	Supervisa en los formatos de Registros Clínicos de Enfermería, se documente la valoración y revaloración del riesgo de caída así como plan de cuidados de enfermería.	• Registros clínicos de enfermería. • Escala de riesgo.
	15	Supervisa la ejecución de intervenciones de enfermería y firma en el formato de registros clínicos de Enfermería del paciente.	
Jefe de Servicio	16	Supervisa entre el personal a su cargo, la implementación de medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída.	
Delegado Administrativo	17	Supervisa entre el personal a su cargo la implementación de medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO




JEFE DE SERVICIO
DELEGADO ADMINISTRATIVO
PERSONAL DE ENFERMERÍA
SUPERVISOR DE ENFERMERÍA
JEFE DE ENFERMERAS
1
11
REGISTRA PLAN DE CUIDADOS EN LOS REGISTROS CLÍNICOS
REGISTROS CLÍNICOS
12
BRINDA EDUCACIÓN A PACIENTE Y FAMILIAR PARA SU PARTICIPACIÓN
13
AUDITA LA VALORACIÓN Y REVALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDA Y FIRMA REGISTROS
REGISTROS CLÍNICOS
ESCALA DE RIESGO
14
SUPERVISA QUE LOS REGISTROS CLÍNICOS SE DOCUMENTEN
REGISTROS CLÍNICOS
ESCALA DE RIESGO
15
SUPERVISA LA EJECUCIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y FIRMA
REGISTROS CLÍNICOS
16
SUPERVISA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL A SU CARGO
17
SUPERVISA LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD EN EL PERSONAL A SU CARGO
TERMINA

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.3 Manual del Proceso de Certificación de Hospitales. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica.	No aplica
6.4 Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.5 NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	No aplica
6.6 Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaría de Salud 2011.	No aplica
6.7 Recomendaciones específicas para Enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	No aplica
6.8 Registros Clínicos de Enfermería, Hospital General de México, Subdirección de Enfermería, Coordinación de Modelos de Atención de Enfermería.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Registros Clínicos de Enfermería.	5 años	Archivo General	No aplica
7.2 Escala de Riesgo de Caídas.	5 años	Archivo General	No aplica
7.3 Solicitud de Trabajo.	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Caída. es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

8.2 Daño. Deterioro, destrucción, mal o sufrimiento que causa a las personas.

8.3 Escala de caídas. Instrumento por medio del cual se mide el riesgo de caídas en el paciente hospitalizado, considerando los criterios: caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y problemas de deambulación.

8.4 Factor de riesgo. Elemento o condición que implica el aumento de la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.

8.5 Medidas de seguridad. Acciones encaminadas a minimizar los riesgos y posibles daños por caídas.

8.6 Paciente hospitalizado. Persona que recibe atención médica durante su estancia en servicios de hospitalización.

8.7 Prestador de atención médica. Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapista, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.8 Prevención de caída. Se refiere a todos las acciones que se proporcionan al paciente con la finalidad de evitar su precipitación al suelo en contra de su voluntad; para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.
8.9 Riesgo de caída. Aumento de la susceptibilidad a sufrir caídas que pueden causar daño físico.

8.10 Valoración de Enfermería. obtención y análisis de la información sobre el estado de salud de la persona, buscando evidencia de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud que se realiza al ingreso del paciente, cambio de área o servicio y/o al inicio de cada turno.

8.11 Revaloración de Enfermería. son todas aquellas valoraciones subsecuentes a la valoración de Enfermería. Ejemplo: Cambios en el estado de salud, alteraciones en el estado de conciencia y condición física, ministración de medicamentos como sedantes, hipoglucemiantes, antihipertensivos u otros que influyen en la condición del paciente y al egreso del paciente.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

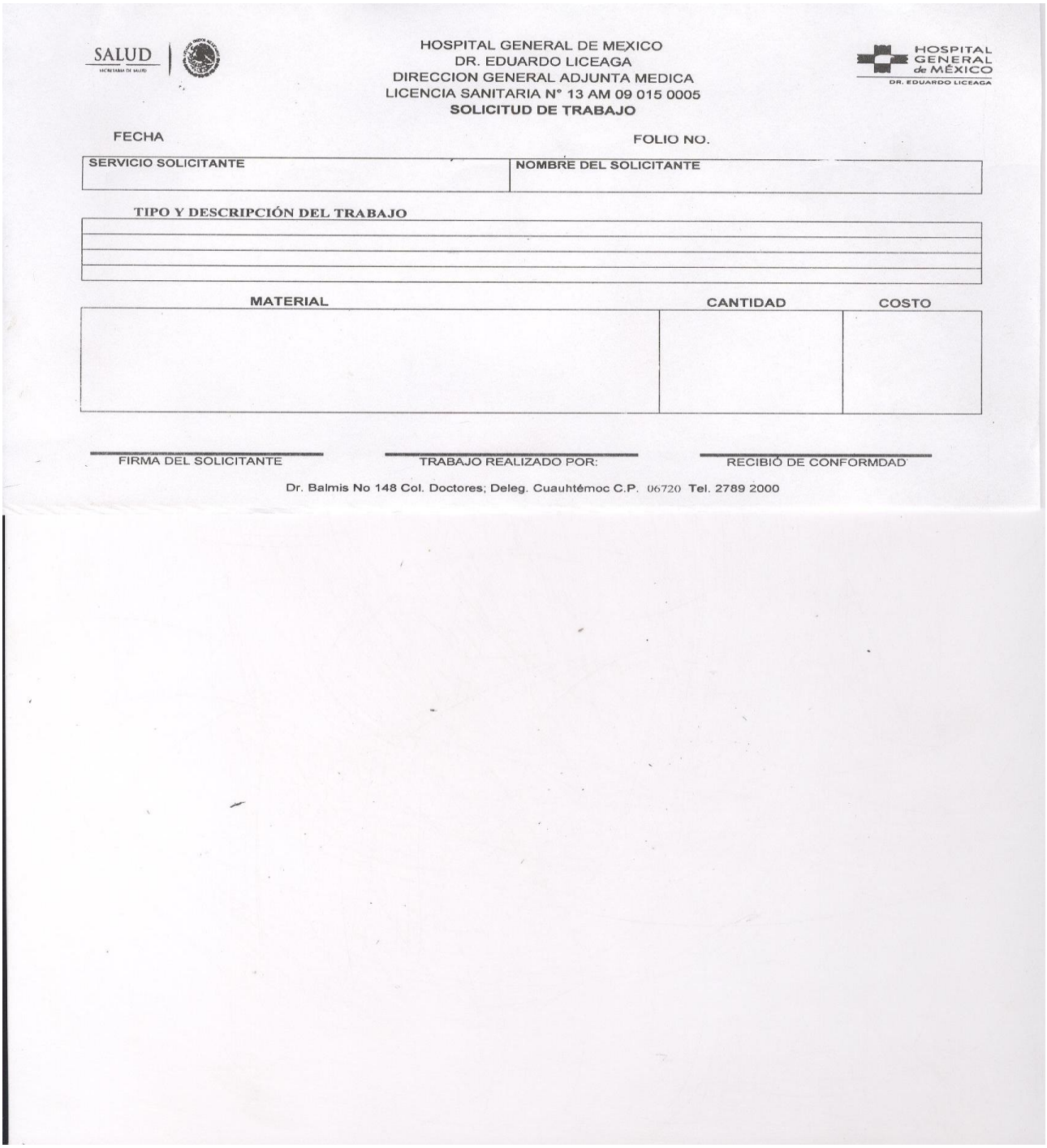
Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de Registros Clínicos de Enfermería. *
10.2 Solicitud de trabajo

* Ver anexos del procedimiento 4.

10.2 Solicitud de trabajo



SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005

SOLICITUD DE TRABAJO

FECHA

FOLIO NO.

SERVICIO SOLICITANTE	NOMBRE DEL SOLICITANTE

TIPO Y DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

MATERIAL	CANTIDAD	COSTO

FIRMA DEL SOLICITANTE

TRABAJO REALIZADO POR:

RECIBIÓ DE CONFORMDAD

Dr. Balmis No 148 Col. Doctores; Deleg. Cuauhtémoc C.P. 06720 Tel. 2789 2000

19. PROCEDIMIENTO PARA REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO POR CAUSA DE CAÍDAS EN EL PACIENTE AMBULATORIO

1. PROPÓSITO

1.1 Mitigar el riesgo de caída en todos los pacientes a fin de cumplir con el propósito de la Meta Internacional de Seguridad del Paciente, número 6 “Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades de atención a pacientes; la Dirección Médica y la Dirección Quirúrgica son responsables de la operación de los servicios de atención a pacientes; la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionas al cuidado de los pacientes; la Subdirección de Conservación y Mantenimiento es responsable de contribuir en la conservación y mantenimiento de los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles en condiciones de operación continua, confiable y segura, para la oportuna prestación de los servicios de salud.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Es responsabilidad del Jefe de Servicio y Jefe de Enfermeras:

- Identificar los procesos y desperfectos en las instalaciones, equipo o mobiliario de la unidad, que represente riesgo de caída en el paciente.
- Identificar y dar aviso al Delegado Administrativo de los desperfectos en los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles del Servicio, tales como; pasillos, rampas, escaleras, entre otros y que representen riesgo de caída en el paciente.
- Conocer, difundir y supervisar entre el personal a su cargo, las medidas de seguridad tendientes a reducir la probabilidad de caída en el paciente ambulatorio.
- Gestionar la disponibilidad de equipo y mobiliario para prevenir el riesgo de caída en el paciente ambulatorio (barandales, rampas, pasamanos, piso antiderrapante, entre otros).

3.2 Es responsabilidad del Delegado Administrativo del Servicio.

- Identificar los procesos y desperfectos en las instalaciones, equipo o mobiliario de la unidad, que represente riesgo de caída en el paciente.
- Gestionar la disponibilidad de equipo y mobiliario para prevenir el riesgo de caída en el paciente ambulatorio (barandales, rampas, pasamanos, piso antiderrapante, entre otros).
- Identificar y dar aviso a la Subdirección de Conservación y Mantenimiento de los desperfectos en los equipos, mobiliario, instalaciones e inmuebles del Servicio, tales como; pasillos, rampas, escaleras, entre otros y que representen riesgo de caída en el paciente.
- Gestionar con el área correspondiente el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones, equipo y mobiliario que represente riesgo de caída en el paciente ambulatorio.
- Conocer, difundir y supervisar entre el personal a su cargo, las medidas de seguridad tendientes a reducir la probabilidad de caída en el paciente ambulatorio.

3.3 Es responsabilidad del prestador de atención médica del Servicio:

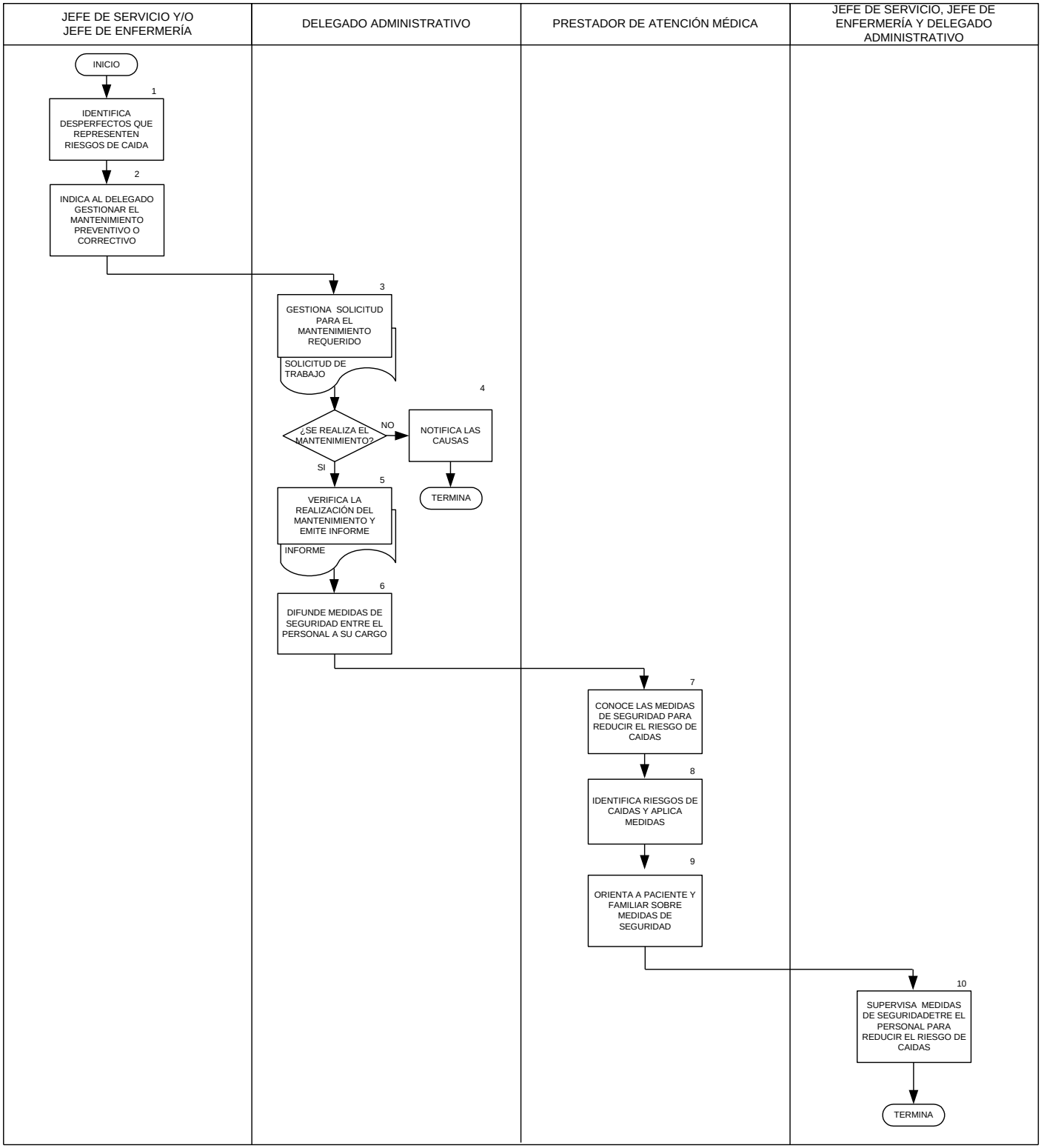
- Cumplir con la MISP. 6 “Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes”.

- Identificar riesgo de caída en el paciente ambulatorio.
- Implementar medidas de seguridad para reducir la probabilidad de caída en el paciente ambulatorio.
- Orientar al paciente y su familia en las medidas de seguridad para reducir el riesgo de caída durante su permanencia en el Hospital.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio y/o Jefe de Enfermería	1	Identificar desperfectos en las instalaciones, equipo mobiliario, que represente riesgo de caída en el paciente.	
	2	Indica a Delegado Administrativo gestionar el mantenimiento preventivo o correctivo.	
Delegado Administrativo	3	Gestiona ante la Subdirección de Conservación y Mantenimiento, la solicitud de trabajo para el mantenimiento preventivo o correctivo. ¿Es posible el mantenimiento?	• Solicitud de trabajo • Informe
	4	No: Notifica las causas y termina procedimiento.	
	5	Si: Verifica la realización del mantenimiento solicitado y emite informe por escrito al Jefe del Servicio.	
	6	Difunde las medidas de seguridad entre el prestador de atención médica a su cargo, para reducir el riesgo de daño por caída en el paciente ambulatorio.	
Prestador de atención médica	7	Conoce las medidas de seguridad para reducir el riesgo de daño por caída en el paciente ambulatorio.	
	8	Identifica riesgos de caída en el paciente y aplica medidas de seguridad.	
	9	Orienta al paciente y/o familiar sobre medidas para prevenir caídas.	
Jefe de Servicio, Jefe de Enfermería y Delegado Administrativo	10	Supervisa medidas de seguridad entre el prestador de atención médica a su cargo, para reducir el riesgo de caída en el paciente ambulatorio. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.2 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica 2012.	No aplica
6.3 Manual de procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica.	No aplica
6.4 NOM-197-SSA1-2000 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.3 Solicitud de Trabajo	5 años	Archivo del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Caída. es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

8.2 Daño. Deterioro, destrucción, mal o sufrimiento que causa a las personas.

8.3 Escala de caídas. Instrumento por medio del cual se mide el riesgo de caídas en el paciente hospitalizado, considerando los criterios: caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y problemas de deambulación.

8.4 Factor de riesgo. Elemento o condición que implica el aumento de la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado.

8.5 Medidas de seguridad. Acciones encaminadas a minimizar los riesgos y posibles daños por caídas.

8.6 Paciente hospitalizado. Persona que recibe atención médica durante su estancia en servicios de hospitalización.

8.7 Prestador de atención médica. Personal de salud (clínico y no clínico) que proporciona atención directa o indirecta al paciente: Es personal clínico: enfermera, médico, laboratorista, nutriólogo, radiólogo, inhaloterapista, entre otros. Es personal no clínico: camillero, intendencia, afanador, administrativos, servicios de alimentación, entre otros.

8.8 Prevención de caída. Se refiere a todos las acciones que se proporcionan al paciente con la finalidad de evitar su precipitación al suelo en contra de su voluntad; para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno.

8.9 Riesgo de caída. Aumento de la susceptibilidad a sufrir caídas que pueden causar daño físico.

9. CAMBIOS DE VERSION EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Solicitud de trabajo (Ver solicitud del procedimiento 18).

20. PROCEDIMIENTO PARA EL RESGUARDO, TRANSCRIPCIÓN, PREPARACIÓN Y MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1. PROPÓSITO

1.1 Describir las acciones durante el resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos para establecer barreras de seguridad con el fin de prevenir errores, disminuir riesgos y problemas en estas áreas de enfoque del Estándar Manejo y Uso de Medicamentos.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica planea, coordina y evalúa las actividades para la ministración de la farmacoterapia a pacientes, la Subdirección de Almacenes proporciona los medicamentos LASA correctamente etiquetados, la Subdirección de Enfermería coordina las intervenciones relacionadas al resguardo, transcripción, preparación y ministración de medicamentos.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.

3.1 Es responsabilidad del la Dirección General Adjunta Médica:

- Notificar y establecer los canales de comunicación efectivos, para el retiro de medicamentos con alerta sanitaria por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos (COFEPRIS).

3.2 Es responsabilidad de la Subdirección de Almacenes:

- Distribuir los medicamentos con nombre o aspecto parecido con etiqueta rosa y la leyenda “LASA” (LASA por sus siglas en inglés Look-Alike-Sound-Alike).

3.3 Es responsabilidad del Delegado Administrativo:

- Mantener limpio el mobiliario (vitrinas o gaveta) así como los refrigeradores para resguardo de medicamentos.

- Programar, supervisar y documentar la limpieza exhaustiva de las áreas donde se resguardan y preparan los medicamentos.

- Limpiar y desinfectar diariamente los contenedores para traslado de medicamentos de la Farmacia Central al Servicio.

- Es responsabilidad del Departamento de Gestión del Cuidado en Enfermería:

- Inspeccionar semanalmente y de forma aleatoria que los medicamentos se encuentren debidamente resguardados bajo condiciones adecuadas para mantener la estabilidad del producto (humedad, temperatura, luz y evitar fuentes de contaminación).

- Verificar que los medicamentos controlados se resguarden conforme a lo establecido en cada servicio.

- Verificar que los medicamentos que se utilizan en casos de urgencia se encuentren disponibles, controlados y resguardados de forma segura en las áreas estipuladas, como el carro de reanimación cardiopulmonar “carro rojo” (ver procedimiento para el funcionamiento y resguardo de carro de reanimación cardiopulmonar).

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Enfermeras y Delegado Administrativo:

- Realizar el análisis de las principales causas de atención y generar un listado de medicamentos que responda a las necesidades de atención inmediata, con la finalidad de iniciar el tratamiento farmacológico oportuno.

- Gestionar el contar con un “stock de medicamentos” (mínimos y máximos) para la atención inmediata del paciente.

- Resguardar el “stock de medicamentos” en el lugar destinado para ello y solicitar su reposición por paciente de acuerdo al procedimiento 45. Solicitud y entrega de medicamentos para pacientes hospitalizados, además de establecer controles para mantener el stock.

3.6 Es responsabilidad de Jefe de Enfermería y/o personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante el resguardo de medicamentos**:**

- Colocar etiqueta con: nombre completo del paciente y número de Expediente Clínico Único (ECU) en el cajón de la vitrina que le corresponda, para identificar que los medicamentos que se resguardan pertenecen al paciente correcto (se anexa ejemplo). La etiqueta se retirará al egreso del paciente.

- Recibir los medicamentos que entregue el personal de la Farmacia Central, verificando que preserven su esterilidad y notificar cualquier sospecha de riesgo de contaminación del medicamento.

- Registrar diariamente (al menos una vez por turno) en la gráfica correspondiente, la temperatura del refrigerador y reportar al Delegado Administrativo fallas en el funcionamiento.

- Utilizar exclusivamente el refrigerador para resguardar medicamentos, se prohíbe guardar alimentos, muestras para laboratorio (orina, sangre, etc.) piezas quirúrgicas, paquetes sanguíneos, entre otros, ya que son fuentes potenciales de contaminación.

- Identificar los medicamentos que requieren condiciones especiales de resguardo, como: refrigeración (red fría) o protección de la luz (fotosensibles).

- Destinar un lugar y contenedor exclusivo de medicamentos para devolución a la Farmacia Central.

- Resguardar los medicamentos que el paciente trae consigo (sólo los que van a ser utilizados como parte del tratamiento) conservándolos en su empaque original; registrarlos en bitácora; etiquetarlos con nombre del paciente y número de ECU. Los medicamentos que el paciente trae consigo se entregarán a su egreso.

- Sensibilizar al paciente y familia para resguardar los “medicamentos que el paciente trae consigo”, en el área destinada en cada servicio, con la finalidad de disminuir el riesgo de automedicación. En caso de rehusarse al resguardo, registrarlos en bitácora, colocarlos en el buró de paciente y corresponsabilizar al paciente y familiar en el uso seguro de medicamentos por medio de la educación.

- Resguardar las soluciones para diluir medicamentos, clasificándolas de acuerdo a su composición, etiquetas o alertas visuales, evitando el riesgo de confusión.
- Identificar y tener precauciones especiales en el manejo de los medicamentos con nombre o aspecto parecido (LASA, por sus siglas en inglés Look-Alike-Sound-Alike) para disminuir el riesgo de preparación de medicamento incorrecto.

- Verificar que los medicamentos que institucionalmente son considerados LASA cuenten con la alerta visual que los identifica.

- Colocar el listado de medicamentos LASA en un lugar visible, en el área de preparación de medicamentos.

- Identificar oportunamente los medicamentos próximos a caducar (tres meses), caducos, rotos, deteriorados, en mal estado, obsoletos, ilegibilidad de la etiqueta de identificación del medicamento. Realizar la devolución al Almacén de acuerdo a la normatividad institucional, para su devolución por no consumo o reemplazo.

- Desechar conforme a la normativa institucional los medicamentos parenterales (ampolletas o frascos) que presenten sedimentos o cambio de color, notificando al Centro Institucional de Farmacovigilancia.

- Limitar el acceso al área de resguardo de medicamentos a fin de evitar el riesgo de abuso, robo o extravío.

3.7 Es responsabilidad del personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la transcripción de indicaciones médicas:

- Identificar oportunamente errores en la transcripción: nombre del pacientes, medicamento, dosis, vía de ministración u otra variable incorrecta.

- Identificar fallas y errores de medicación al ingreso del paciente, cuando hay cambio de médico responsable o cambio de servicio, notificando al médico posibles omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.

- Registrar los medicamentos en el Plan Terapéutico de Enfermería, con:

- Letra legible (sin tachaduras y/o sobre-escrituración),
- Utilizar abreviaturas establecidas por la institución.
- Nombre completo del medicamento (sustancia activa)
- Presentación, dosis, vía, horario y/o frecuencia establecida en la prescripción.

- Registrar en Hoja de Indicaciones Médicas, las indicaciones médicas verbales y/o telefónicas que se dan en situaciones de urgencia, cumpliendo el proceso: Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar, especificando: Fecha, hora, nombre del personal que recibe la indicación y de quien la emite (consultar: Procedimiento para prevenir errores por órdenes verbales o telefónicas)

- Cotejar que se actualice y registre en el Formato de Registro Clínico de Enfermería el peso del paciente, especialmente en pacientes neonatos o pediátricos.

3.8 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería (o a quien delegue) implementar las siguientes barreras de seguridad durante la preparación de medicamentos:

- Destinar un área exclusiva para la preparación de medicamentos, con las siguientes características: higiénica, iluminada, acceso limitado de personal, lejana a focos de contaminación (séptico, baños, manejo de alimentos, entre otros).

- Ubicar, si la estructura del servicio médico lo permite, la vitrina para resguardo de medicamentos por paciente, dentro del área de preparación de medicamentos.

- Verificar que preferentemente se utilice el cristal superior de la vitrina para realizar la preparación de medicamentos. En caso de no contar con este mobiliario, utilizar: charola de acero inoxidable o área limpia contigua a la tarja (previamente desinfectada).

- Delimitar la superficie de preparación de medicamentos con un campo estéril (sólo cuando no se cuenta con charola de acero inoxidable desinfectada) y retirar al termino del procedimiento.

- Supervisar la preparación de medicamentos de acuerdo a la normativa institucional.

- Verificar que sólo el personal calificado y capacitado, prepare y ministre los medicamentos o en su caso, supervisar que el personal de nuevo ingreso o personal en formación (estudiantes y pasantes, siempre y cuando la práctica incluya esta actividad) lo realicen bajo observación directa del personal de enfermería responsable del paciente.

- Retroalimentar al personal de enfermería en el momento que se identifican fallas en la preparación de medicamentos.

- Notificar cuasifallas y/o errores de medicación durante la preparación de medicamentos.

3.9 Es responsabilidad del personal de Enfermería cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la preparación de medicamentos:

- Preparar los medicamentos en el área destinada para garantizar un entorno seguro e higiénico.

- Realizar desinfección de la superficie para la preparación de medicamentos con hipoclorito de sodio (en presentación al 6%) a la siguiente dilución, 83ml x cada litro.

- Evitar utilizar atomizadores con hipoclorito de sodio, para la desinfección del área de preparación de medicamentos, debido al riesgo de inhalación del producto.

- Utilizar solución para diluir medicamentos, preferentemente en presentaciones de 50ml o 100ml. Indicar la fecha de apertura y finalidad: “uso exclusivo para dilución de medicamentos”, desechar el sobrante al terminar el turno.

- Conservar la esterilidad del medicamento durante la preparación.

- Utilizar los medicamentos preparados para ministración endovenosa en un periodo de tiempo no mayor a 1 hora, con la finalidad de apegarse a los horarios de ministración establecidos en la prescripción médica.

3.10 Es responsabilidad del Jefe de Enfermería (o a quien delegue) implementar las siguientes barreras de seguridad durante la ministración de medicamentos:

- Verificar que sólo el personal calificado y capacitado ministre los medicamentos o en su caso, supervisar que el personal de nuevo ingreso o personal en formación (estudiantes y pasantes, siempre y cuando la práctica incluya esta actividad) lo realicen bajo observación directa del personal de enfermería responsable del paciente.

- Identificar riesgos y problemas que repercuten en una ministración segura de medicamentos.

- Notificar incidentes durante la ministración de medicamentos a la instancia correspondiente.

3.11 Es responsabilidad del Personal de Enfermería, cumplir con las siguientes barreras de seguridad durante la ministración de medicamentos:

- Aplicar, antes de iniciar la ministración de medicamentos, los 6 correctos (paciente, medicamento, dosis, vía, horario correcto y fecha de caducidad) y en medicamentos parenterales los 7 correctos (paciente, medicamento, dosis, vía, horario y frecuencia de ministración; fecha de caducidad y velocidad de infusión), garantizando paciente correcto con medicamento correcto.

- Identificar fallas y errores de medicación, como: dosis, frecuencia o vía de ministración incorrecta, duplicación terapéutica, alergias o sensibilidades e interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos.

- Ministrar los medicamentos precisa y puntualmente de acuerdo a la prescripción médica.

- Identificar oportunamente alergias en el paciente (por interrogatorio o en el expediente clínico) notificando al médico. Colocar alerta visual (tarjeta amarilla) “ALERGIA” y especificar en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el tipo de alergia.

- Desechar el material utilizado, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo.

- 3.12 El Departamento de Farmacia Hospitalaria y/o el Centro Institucional de Farmacovigilancia, son responsables de:

- Brindar apoyo al personal de Enfermería ante cualquier duda en la: dilución y/o combinación del medicamento, interacciones medicamentosas, velocidad de infusión y otras variables de riesgo que pudieran ocasionar acontecimientos adversos por medicamentos durante la preparación y ministración.

- Generar material de consulta de los medicamentos (vía parenteral) de uso frecuente, que considere las siguientes variables de riesgo: diluyente, tipo y cantidad; dosis máximas permitidas; envase y características del equipo para infundir; reacciones adversas; incompatibilidad con medicamentos, alimentos, etc.; horas de viabilidad una vez mezclado o abierto y velocidad de infusión en medicamentos.

- Definir las variables operacionales de error, cuasifalla, evento adverso leve, moderado y centinela en el proceso de medicación.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

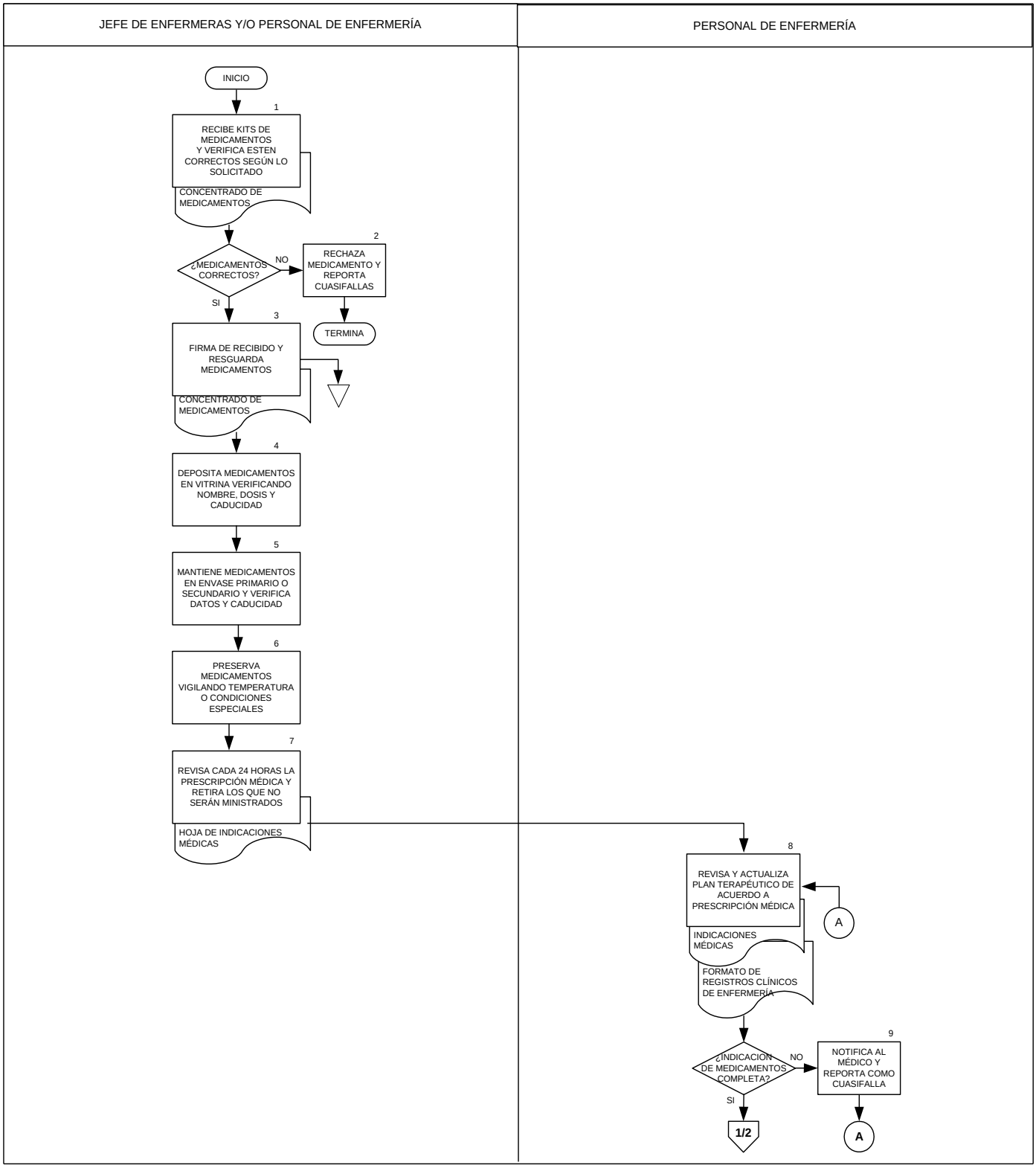
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Enfermeras y/o Personal de Enfermería.	1	Recibe kits de medicamentos, por paciente y verifica en el "Reporte concentrado de entrega de medicamentos" que se entregue correctamente lo solicitado, en cantidad y con las especificaciones establecidas. ¿El medicamento solicitado corresponde con la prescripción médica vigente?	• Reporte concentrado de entrega de medicamentos. • Hoja de indicaciones médicas.
	2	NO: Rechaza el medicamento, entrega al Auxiliar de Farmacia y reporta cuasifallas; cuando el nombre, dosis y/o presentación del medicamento surtido no corresponda a la prescripción médica, o cuando se surta un medicamento por otro y termina procedimiento.	
	3	SI: Firma y entrega el original al Auxiliar de Farmacia. Procede al resguardo.	
	4	Deposita los medicamentos en el cajón de la vitrina que corresponde a cada paciente, corroborando: nombre, dosis, presentación y caducidad del medicamento (Paciente correcto con resguardo de medicamentos correcto).	
	5	Mantiene los medicamentos preferentemente en su envase primario o bien, en su envase secundario, verifica que se especifique: clave, nombre, presentación, dosis, piezas, lote y fecha de caducidad.	
	6	Preserva la estabilidad de los medicamentos identificando la temperatura ambiente, o condiciones especiales de manejo (red fría y/o fotosensible) que requieren.	
	7	Revisa cada 24 horas la Hoja de indicaciones médicas con la prescripción médica vigente, los medicamentos de cada cajón de la vitrina, retira los que no van a ser ministrados al paciente y los coloca en un contendedor exclusivo para realizar la devolución a la Farmacia Central, conservando únicamente los que corresponden a la prescripción vigente.	
Personal de Enfermería.	8	Revisa la hoja de indicaciones médicas y actualiza, por turno, el Plan Terapéutico de Enfermería en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería. ¿Indicación de medicamentos completa y legible?	• Hoja de indicaciones médicas • Formato de Registros Clínicos de Enfermería
	9	NO: Notifica inmediatamente al personal médico para que complete o aclare la prescripción. Reportar como cuasifalla y regresa actividad 8.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería.	10	SI. Registra, por turno, en el Formato de Registros Clínicos de Enfermería el "Plan Terapéutico de Enfermería" los medicamentos prescritos para el paciente, especificando: fecha de inicio (si aplica), medicamento, dosis, vía, frecuencia, horario de administración y observaciones de acuerdo a la prescripción médica vigente.	• Formato de Registros Clínicos de Enfermería • Hoja de indicaciones médicas • Etiqueta para identificación del medicamento preparado
	11	Anota fecha, hora y nombre completo del personal de enfermería que revisa la actualización de la prescripción médica.	
	12	Realiza desinfección de la superficie para la preparación de medicamentos conforme a la normativa y realiza higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional establecida	
	13	Coloca cubrebocas en boca y nariz y realiza nuevamente higiene de manos con agua y jabón de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	14	Prepara medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, con técnica aséptica, verificando por cada medicamento: • Prescripción médica del paciente correcto • Medicamento • Dosis prescrita • Concentración, si corresponde • Vía de ministración • Dilución y/o combinación del medicamento • Caducidad del medicamento. • Hora y frecuencia de ministración • Alergias ¿El medicamento preparado cumple con los requisitos de seguridad para su ministración?	
	15	NO: Corrobora los requisitos de seguridad y regresa a la actividad 14.	
	16	SI: Etiqueta los medicamentos preparados con: nombre completo del paciente y número de ECU (en caso de no contar con ECU anotar fecha de nacimiento del paciente) nombre del medicamento, dosis, vía y hora de ministración.	
	17	Traslada los medicamentos preparados a la unidad del paciente, en las mesas de trabajo o charolas, delimitando imaginariamente el lado sucio y limpio.	

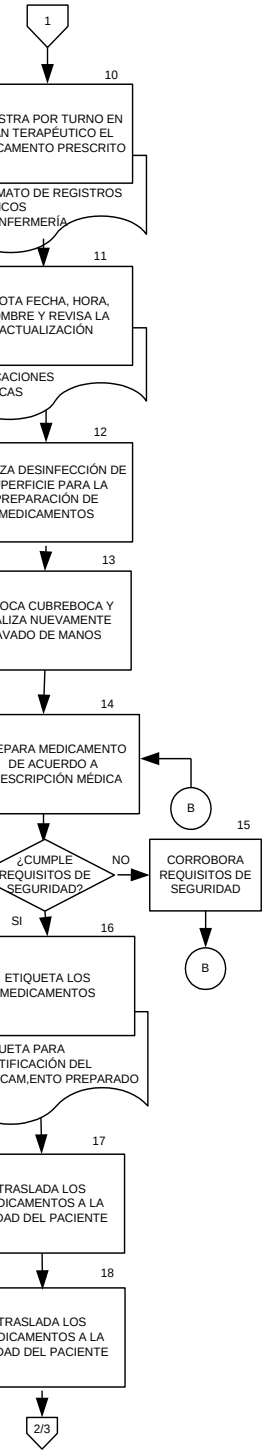
Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería	18	Pregunta al paciente su nombre completo y coteja con los datos que contienen los identificadores gráficos institucionales.	• Hoja de indicaciones médicas
	19	Identifica al paciente con nombre completo, número de Expediente Clínico Único (ECU), y en caso de no contar con este último dato identifica con fecha de nacimiento. ¿El nombre del paciente, número de ECU y/o fecha de nacimiento son correctos?	
	20	NO: Confirma paciente correcto con medicamento correcto y regresa actividad 19	
	21	SI: Verifica si el paciente es alérgico a algún medicamento (interrogarlo y/o revisar el expediente clínico). En caso afirmativo, informar al médico.	
	22	Comprueba los medicamentos a ministrar con la prescripción médica vigente en la hoja de indicaciones médicas.	
	23	Coloca nuevamente cubrebocas en boca y nariz, y realiza higiene de manos, de acuerdo a la técnica institucional establecida.	
	24	Explica al paciente el nombre y efecto terapéutico del medicamento.	
	25	Ministra los medicamentos conforme a las Técnicas de Enfermería, respeta los principios de técnica aséptica.	
	26	Verifica durante la ministración los 6 ó 7 correctos: 1 Identidad del Paciente 2 Medicamento prescrito 3 Dosis prescrita 4 Vía de ministración prescrita 5 Hora y frecuencia de ministración prescrita 6 Caducidad. 7 Velocidad de infusión (si aplica).	
	27	Vigila en el paciente, síntomas y signos de reacción adversa por medicamentos, en caso de presentar alguno, informar inmediatamente al médico.	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Personal de Enfermería	28	Registra en el "Plan terapéutico" del Formato de Registros Clínicos de Enfermería, los medicamentos ministrados, especificando: nombre genérico del fármaco, dosis, horario, frecuencia, vía de ministración y circula la hora en que se ministra el medicamento.	• Formato de Registros Clínicos de Enfermería
	29	Desecha el material utilizado, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental, salud ambiental, residuos biológicos-infecciosos, clasificación y especificaciones de manejo. **TERMINA**	

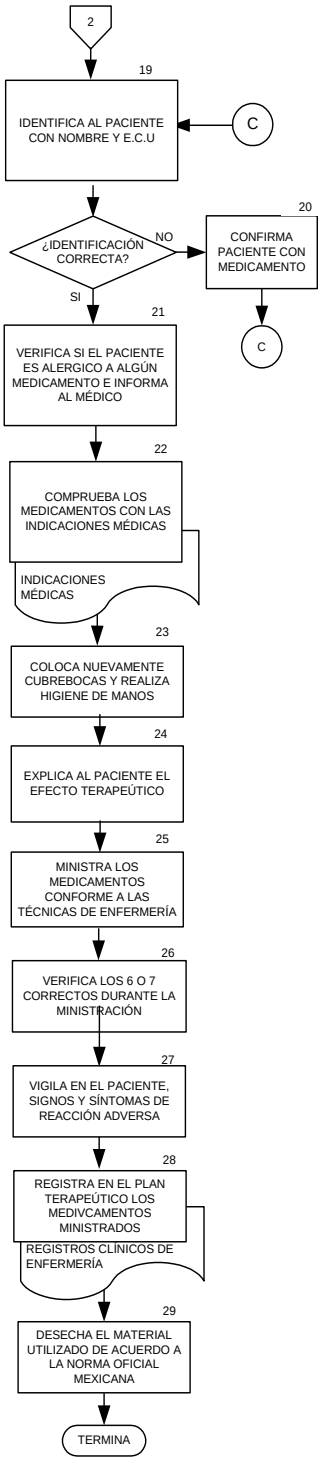
5. DIAGRAMA DE FLUJO



JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL DE ENFERMERÍA



JEFE DE ENFERMERAS Y/O PERSONAL DE ENFERMERÍA	PERSONAL DE ENFERMERÍA



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No aplica
6.3 Manual de Técnicas de Enfermería.	No aplica
6.4 Estándares para la Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. 2012	No aplica
6.5 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Hoja de Indicaciones Médicas (Expediente Clínico Único)	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.2 Registros Clínicos de Enfermería.	5 años	Archivo clínico	No aplica
7.3 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos).	1 año	Jefe de Enfermeras del Servicio	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Alerta visual. Mecanismo o dispositivo que activa una señal visual preventiva para iniciar la aplicación de un protocolo de seguridad para el paciente.

8.2 Automedicación. Es el uso de medicamentos, sin receta, por iniciativa propia de la persona.

8.3 Barrera de seguridad. Una práctica segura que se lleva a cabo en una unidad de salud, que se desprende de un análisis de los eventos adversos ocurridos y que tiene como objetivo principal prevenir o disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento de esta naturaleza.

8.4 Caducidad: Día, mes y año en que el medicamento ya no se puede ministrar.

8.5 Cuasifalla. Toda variación del proceso que no afectó un resultado pero cuya recurrencia implica una probabilidad importante de efectos adversos graves.

8.6 Denominación genérica. Al nombre del medicamento, determinando a través de un método preestablecido, que identifica al fármaco o sustancia activa reconocido internacionalmente y aceptado por la autoridad sanitaria.

8.7 Desinfección: Es la destrucción de los microorganismos patógenos en todos los ambientes, materias, o partes en que pueden ser nocivos, por los distintos medios mecánicos, físicos o químicos.

8.8 Educación al paciente. Aumento del conocimiento del paciente, que permite los cambios de estilo de vida y los hábitos higiénicos-dietéticos, para mantener la salud o evitar la enfermedad o problemas relacionados con la medicación.

8.9 Envase primario. Elementos del sistema de envase que están en contacto directo con el insumo.

8.10 Envase secundario. Los componentes que forman parte del empaque en el cual se comercializa el insumo y no están en contacto directo con él. Envase dentro del cual se coloca el envase primario.

8.11 Error de medicación. Cualquier acontecimiento, prevenible, que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos cuando éstos están bajo el control de los profesionales de la salud o del paciente o del consumidor.

8.12 Evento adverso. Cualquier suceso médico perjudicial que puede presentarse durante el tratamiento con un producto farmacéutico, el cual no necesariamente tiene una relación causal con este tratamiento.

8.13 Expediente clínico. Informe escrito de la variedad de información de salud del paciente, como por ejemplo hallazgos de las evaluaciones del tratamiento, notas sobre la evolución y resumen del alta. Este registro es creado por médicos y otros profesionales de la salud.

8.14 Farmacovigilancia. Ciencia que trata de recoger, vigilar investigar y evaluar la información sobre los efectos de los medicamentos, productos biológicos, plantas medicinales y medicinas tradicionales, con el objetivo de identificar información de nuevas reacciones adversas y prevenir los daños en los pacientes.

8.15 Fotosensible. Son aquellos medicamentos que se degradan rápidamente en presencia de luz. Por este motivo se acondicionan en envases opacos.

8.16 Hoja de indicaciones médicas: Formato donde realiza la prescripción del medicamento el médico autorizado.

8.17 Medicamento. Todo medicamento recetado, muestras de medicamentos, remedios herbales, vitaminas, productos nutracéuticos, medicamentos de venta libre, vacunas, agentes de diagnóstico y contraste empleados o administrados a personas para diagnosticar, tratar o prevenir enfermedades u otros trastornos anormales, medicamentos radiactivos, tratamientos de terapia respiratoria, nutrición parenteral, hemoderivados y soluciones intravenosas (simples, con electrolitos y/o fármacos).

8.18 Ministración. Actividad de Enfermería que se realiza bajo prescripción médica, en la cual se aplica o se hace tomar un medicamento al paciente, evaluando los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de los medicamentos, los diversos tipos de prescripciones y vías de ministración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la ministración de medicamentos.

8.19 Paciente: Persona que recibe atención, tratamiento y servicios. Para los estándares de la JCI, el paciente y su familia son considerados una sola unidad de atención

8.20 Personal calificado. Una persona o miembro del personal que pueden participar en una o todas las actividades o servicios de atención del establecimiento. La calificación es determinada por lo siguiente: educación, capacitación, experiencia, competencia, habilitación correspondiente, leyes o reglamentaciones, registro o certificación.

8.21 Preparación de medicamentos: Proceso que realiza el personal de enfermería para obtener y proporcionar la dosis exacta de fármaco a través de técnica específica, para garantizar la esterilidad de las soluciones o medicamentos a ministrar.

8.22 Reacción adversa. Cualquier efecto perjudicial y no deseado que se presenta a las dosis empleadas en el hombre para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica. Reacción nociva no intencionada, que ocurre a las dosis usuales en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico, terapéutica o modificación de una función fisiológica.

8.23 Red fría: Se define como cadena o red fría a la serie de elementos y actividades necesarios para garantizar la potencia inmunizante desde la fabricación hasta su ministración.

9. CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Listado de medicamentos LASA
10.2 Hoja de indicaciones médicas
10.3 Formato de Registros Clínicos de Enfermería.
10.4 Grafica para monitorizar la temperatura del refrigerador.
10.5 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos).
10.6 Etiqueta para resguardo de medicamentos por paciente en vitrina.
10.7 Etiqueta para identificación del medicamento preparado

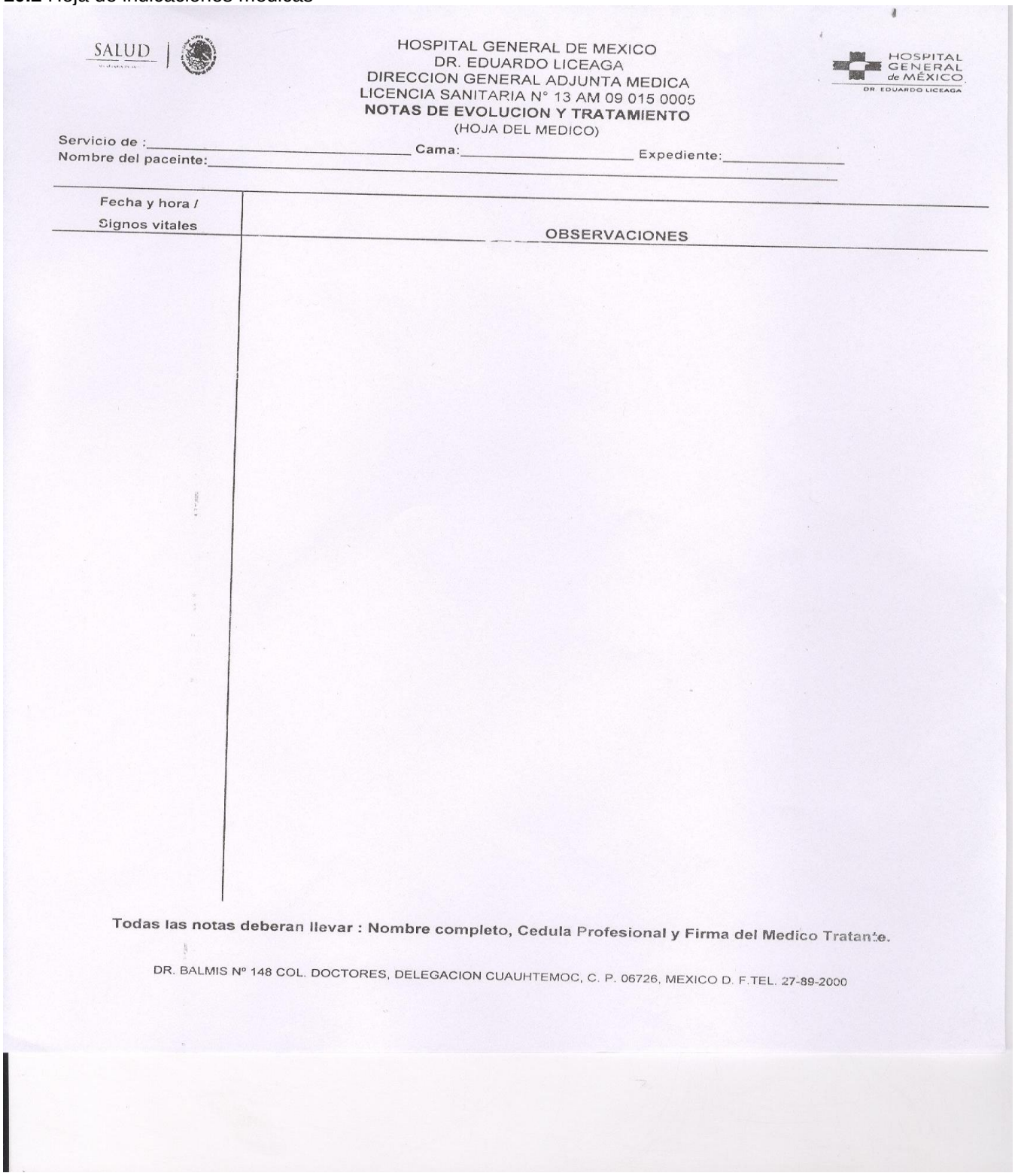
10.1 Listado de medicamentos de LASA

Medicamentos con presentación similar que requieren identificación

CLAVE	DESCRIPCIÓN	UDM	IDENTIFICACIÓN, ETIQUETA 4, 20x8 MM (SEGÚN ANEXO)
1928	DICLOXACILINA 250 MG. 5 ML. POLVO SOL. INY. FCO. AMP.	FC	[redacted]
1931	AMPICILINA 500 MG. 2 ML. SOL. INY. FCO. AMPOLLETA	FC	[redacted]
1933	BENCILPENICILINA SODICA CRISTALINA SOLUCION INTECTABLE DE 5, 000, 000 U.I. ENVASE CON UN FRASCO AMPULA.	FC	
1992	CLORAMFENICOL DE 1 GR. FRASCO AMPULA POLVO.	AM	[redacted]

CLAVE	DESCRIPCIÓN	UDM	IDENTIFICACIÓN, ETIQUETA 17, 51.7 MM (SEGÚN ANEXO)
3624	GLUCOSA SOL. INY. AL 5% ENVASE CON 50 ML.	EN	
3625	GLUCOSA SOL. INY. AL 5% ENVASE CON 100 ML.	EN	[redacted]
3626	CLORURO DE SODIO SOL. INY. AL 0.9% ENVASE CON 50 ML.	EN	[redacted]
3627	CLORURO DE SODIO SOL. INY. AL 0.9% ENVASE CON 100 ML	EN	[redacted]

10.2 Hoja de indicaciones médicas



SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
NOTAS DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO
(HOJA DEL MEDICO)

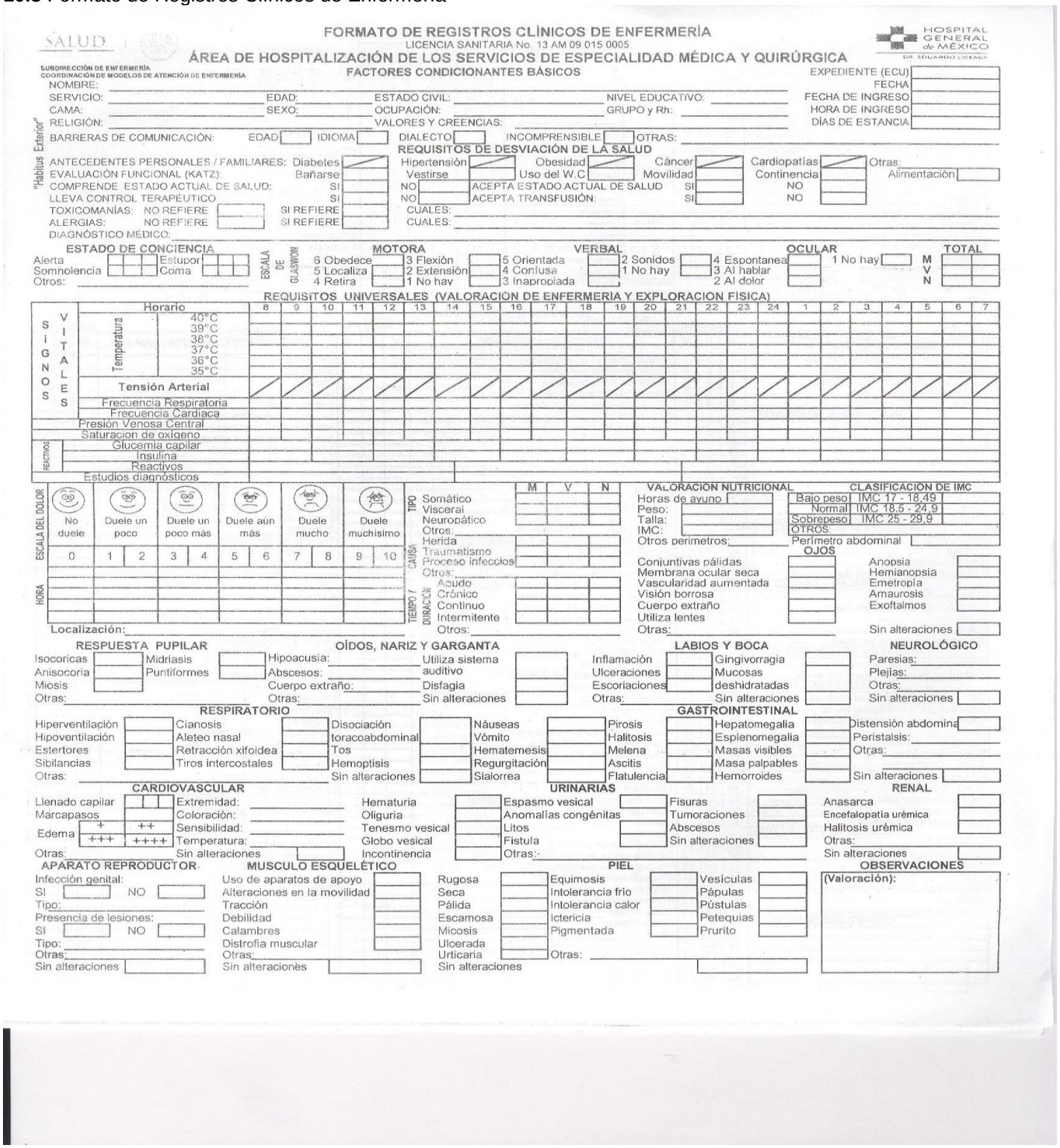
Servicio de : _____ Cama: _____ Expediente: _____
Nombre del paceinte: _____

Fecha y hora / Signos vitales	OBSERVACIONES

Todas las notas deberan llevar : Nombre completo, Cedula Profesional y Firma del Medico Tratante.

DR. BALMIS Nº 148 COL. DOCTORES, DELEGACION CUAUHTEMOC, C. P. 06726, MEXICO D. F.TEL. 27-89-2000

10.3 Formato de Registros Clínicos de Enfermería



FORMATO DE REGISTROS CLÍNICOS DE ENFERMERÍA

LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ESPECIALIDAD MÉDICA Y QUIRÚRGICA

SUBDIRECCIÓN DE ENFERMERÍA. COORDINACIÓN DE MODELOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

NOMBRE: | SERVICIO: | EDAD: | SEXO: | CAMA: | RELIGIÓN: | ESTADO CIVIL: | OCUPACIÓN: | VALORES Y CREENCIAS: | NIVEL EDUCATIVO: | GRUPO y Rh:

EXPEDIENTE (ECU) | FECHA | FECHA DE INGRESO | HORA DE INGRESO | DÍAS DE ESTANCIA

"Habitus Exterior" — BARRERAS DE COMUNICACIÓN: EDAD | IDIOMA | DIALECTO | INCOMPRENSIBLE | OTRAS:

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

ANTECEDENTES PERSONALES / FAMILIARES: Diabetes | Hipertensión | Obesidad | Cáncer | Cardiopatías | Otras:

EVALUACIÓN FUNCIONAL (KATZ): Bañarse | Vestirse | Uso del W.C | Movilidad | Continencia | Alimentación

COMPRENDE ESTADO ACTUAL DE SALUD: SI / NO — ACEPTA ESTADO ACTUAL DE SALUD: SI / NO

LLEVA CONTROL TERAPÉUTICO: SI / NO — ACEPTA TRANSFUSIÓN: SI / NO

TOXICOMANÍAS: NO REFIERE | SI REFIERE — CUALES:

ALERGIAS: NO REFIERE | SI REFIERE — CUALES:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

ESTADO DE CONCIENCIA: Alerta | Somnolencia | Otros: | Estupor | Coma

ESCALA DE GLASGOW — MOTORA: 6 Obedece | 5 Localiza | 4 Retira | 3 Flexión | 2 Extensión | 1 No hay | 5 Orientada | 4 Confusa | 3 Inapropiada | VERBAL: 2 Sonidos | 1 No hay | OCULAR: 4 Espontanea | 3 Al hablar | 2 Al dolor | 1 No hay | TOTAL: M V N

REQUISITOS UNIVERSALES (VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y EXPLORACIÓN FISICA)

SIGNOS VITALES	Horario	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7
	Temperatura 40°C																								
	Temperatura 39°C																								
	Temperatura 38°C																								
	Temperatura 37°C																								
	Temperatura 36°C																								
	Temperatura 35°C																								
	Tensión Arterial																								
	Frecuencia Respiratoria																								
	Frecuencia Cardiaca																								
	Presión Venosa Central																								
	Saturacion de oxigeno																								
REACTIVOS	Glucemia capilar																								
	Insulina																								
	Reactivos																								
	Estudios diagnósticos																								

ESCALA DEL DOLOR: No duele (0) | Duele un poco (1, 2) | Duele un poco más (3, 4) | Duele aún más (5, 6) | Duele mucho (7, 8) | Duele muchísimo (9, 10)

HORA | Localización:

TIPO: Somático | Visceral | Neuropático | Otros:

CAUSA: Herida | Traumatismo | Proceso infeccios | Otros:

TIEMPO Y DURACIÓN: Agudo | Crónico | Continuo | Intermitente | Otros:

M V N

VALORACIÓN NUTRICIONAL: Horas de ayuno | Peso: | Talla: | IMC: | Otros perimetros:

CLASIFICACIÓN DE IMC: Bajo peso IMC 17 - 18,49 | Normal IMC 18,5 - 24,9 | Sobrepeso IMC 25 - 29,9 | OTROS: | Perímetro abdominal

OJOS: Conjuntivas pálidas | Membrana ocular seca | Vascularidad aumentada | Visión borrosa | Cuerpo extraño | Utiliza lentes | Otras: | Anopsia | Hemianopsia | Emetropia | Amaurosis | Exoftalmos | Sin alteraciones

RESPUESTA PUPILAR: Isocoricas | Anisocoria | Miosis | Midriasis | Puntiformes | Otras:

OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: Hipoacusia: | Abscesos: | Cuerpo extraño: | Otras: | Utiliza sistema auditivo | Disfagia | Sin alteraciones

LABIOS Y BOCA: Inflamación | Ulceraciones | Escoriaciones | Otras: | Gingivorragia | Mucosas deshidratadas | Sin alteraciones

NEUROLÓGICO: Paresias: | Plejias: | Otras: | Sin alteraciones

RESPIRATORIO: Hiperventilación | Hipoventilación | Estertores | Sibilancias | Otras: | Cianosis | Aleteo nasal | Retracción xifoidea | Tiros intercostales | Disociación toracoabdominal | Tos | Hemoptisis | Sin alteraciones

GASTROINTESTINAL: Náuseas | Vómito | Hematemesis | Regurgitación | Sialorrea | Pirosis | Halitosis | Melena | Ascitis | Flatulencia | Hepatomegalia | Esplenomegalia | Masas visibles | Masa palpables | Hemorroides | Distensión abdominal | Peristalsis: | Otras: | Sin alteraciones

CARDIOVASCULAR: Llenado capilar | Marcapasos | Edema + ++ +++ ++++ | Otras: | Extremidad: | Coloración: | Sensibilidad: | Temperatura: | Sin alteraciones

URINARIAS: Hematuria | Oliguria | Tenesmo vesical | Globo vesical | Incontinencia | Espasmo vesical | Anomalías congénitas | Litos | Fistula | Otras: | Fisuras | Tumoraciones | Abscesos | Sin alteraciones

RENAL: Anasarca | Encefalopatia urémica | Halitosis urémica | Otras: | Sin alteraciones

APARATO REPRODUCTOR: Infección genital: SI / NO — Tipo: — Presencia de lesiones: SI / NO — Tipo: — Otras: — Sin alteraciones

MUSCULO ESQUELÉTICO: Uso de aparatos de apoyo | Alteraciones en la movilidad | Tracción | Debilidad | Calambres | Distrofia muscular | Otras: | Sin alteraciones

PIEL: Rugosa | Seca | Pálida | Escamosa | Micosis | Ulcerada | Urticaria | Sin alteraciones — Equimosis | Intolerancia frío | Intolerancia calor | Ictericia | Pigmentada | Otras: — Vesículas | Pápulas | Pústulas | Petequias | Prurito

OBSERVACIONES (Valoración):

ESCALA DE RIESGO UPP (BRADEN BERGSTROM)

	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Totalmente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	Constantemente húmeda	Continuamente húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
ACTIVIDAD	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula solo
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
NUTRICIÓN	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
ROCE, PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1 Paciente con problemas		2 Paciente con problemas	3 Sin Problema aparente

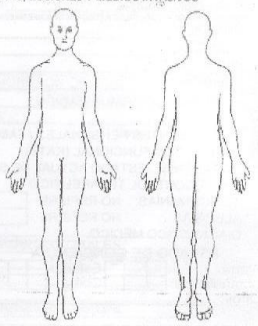
ALTO RIESGO: menor a 12 puntos
RIESGO MODERADO: entre 13-14 puntos
RIESGO BAJO: entre 15 a 16 puntos en pacientes menores de 75 años o de 15 a 18 puntos si el paciente es mayor o igual a 75 años.

	M	V	N
TOTAL			
HORA			
TOTAL			
HORA			

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS J.H. DOWNTON

		M		V		N	
CAÍDAS PREVIAS	No	0	0	0	0	0	0
	Sí	1	1	1	1	1	1
MEDICAMENTOS	No	0	0	0	0	0	0
	Tranquilizantes-sedantes	1	1	1	1	1	1
	Diurético	1	1	1	1	1	1
	Hipotensores no diuréticos	1	1	1	1	1	1
	Antidepresivos	1	1	1	1	1	1
	Otros Medicamentos	1	1	1	1	1	1
DÉFICIT SENSORIAL	Ninguno	0	0	0	0	0	0
	Alteraciones visuales	1	1	1	1	1	1
	Alteraciones auditivas	1	1	1	1	1	1
	Extremidades	1	1	1	1	1	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0	0	0	0	0	0
	Confuso	1	1	1	1	1	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0	0	0	0	0	0
	Seguro con ayuda	1	1	1	1	1	1
	Inseguro con o sin ayuda	1	1	1	1	1	1
	Imposible	1	1	1	1	1	1
Bajo riesgo: 0 a 2 pts. Moderado riesgo: 3 a 4 pts. Alto riesgo: igual o mayor a 5 ptos.		TOTAL					
		HORA					

IDENTIFICACIÓN DEL MARCADO DEL SITIO QUIRÚRGICO, ACCESOS VASCULARES, LESIONES Y MEDIOS INVASIVOS



- Acceso vascular
- Herida quirúrgica
- X Úlcera por presión
- Marcado quirúrgico

1. Sonda
2. Drenajes
3. Estoma
4.
5.
6.
7.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

ETIQUETA DIAGNÓSTICA (PROBLEMA)	Código Dx. M	V	N
AIRE Y CARDIOVASCULAR			
Deterioro del intercambio gaseoso	1	1	1
Disminución del gasto cardiaco	2	2	2
Limpieza ineficaz de vías aéreas	3	3	3
Patrón respiratorio ineficaz	4	4	4
Perfusión tisular inefectiva:	5	5	5
HIDRATACIÓN - NUTRICIÓN			
Déficit de volumen de líquidos	6	6	6
Riesgo de desequilibrio nutricional	7	7	7
Deterioro de la deglución	8	8	8
Exceso de volumen de líquidos	9	9	9
Náuseas	10	10	10
Desequilibrio hidroelectrolítico	11	11	11
Desequilibrio nutricional	12	12	12
Deterioro de la función hepática	13	13	13
Nivel de glucemia inestable	14	14	14
ELIMINACIÓN VESICAL Y/O INTESTINAL			
Deterioro de la eliminación urinaria	15	15	15
Diarrea	16	16	16
Estreñimiento	17	17	17
Motilidad gastrointestinal disfuncional	18	18	18
ACTIVIDAD Y REPOSO			
Deprivación del sueño	19	19	19
Deterioro de la movilidad física	20	20	20
Fatiga	21	21	21
Retraso en la recuperación quirúrgica	22	22	22
Trastorno del patrón del sueño	23	23	23
SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL			
Deterioro de la comunicación verbal	24	24	24
Trastorno de la percepción sensorial:	25	25	25
PELIGROS PARA LA VIDA			
Deterioro de la integridad cutánea	26	26	26
Deterioro de la integridad tisular	27	27	27
Deterioro generalizado del adulto	28	28	28
Dolor:	29	29	29
Riesgo de aspiración	30	30	30
Riesgo de caídas	31	31	31
Riesgo de infección:	32	32	32
Riesgo de intoxicación	33	33	33
Riesgo de lesión	34	34	34
Riesgo de sangrado:	35	35	35
Riesgo de shock:	36	36	36
Termoregulación ineficaz	37	37	37
AUTOCONCEPTO Y ACEPTACIÓN			
Ansiedad	38	38	38
Conocimientos deficientes:	39	39	39
Déficit de autocuidado:	40	40	40
Duelo	41	41	41
Gestión ineficaz de la propia salud	42	42	42
Temor	43	43	43
Trastorno de la imagen corporal	44	44	44
OTROS DIAGNÓSTICOS			
	45	45	45
	46	46	46
	47	47	47
	48	48	48
	49	49	49

FACTOR RELACIONADO	Código Dx. M	V	N
Alteración de la contractilidad			
Alteración de la poscarga			
Alteración de la precarga			
Alteración inmunológica			
Alteraciones de la coagulación			
Amputación:			
Anomalías de la vía aérea superior:			
Ayuno prolongado			
Cambios del estado de salud			
Cirugía:			
Compromiso mecanismos reguladores			
Cuerpo extraño:			
Defectos anatómicos:			
Defensas primarias inadecuadas:			
Depresión del reflejo nauseoso			
Depresión del reflejo tusígeno			
Desequilibrio entre aporte y demanda de O2			
Destrucción tisular			
Deterioro de la circulación			
Deterioro sensitivo-motor			
Deterioro del metabolismo de la glucosa			
Deterioro musculoesquelético			
Disminución de la capacidad pulmonar			
Diferencias culturales			
Edema:			
Estrés emocional			
Efectos adversos de medicamentos			
Falta de movilidad			
Fatiga de los músculos respiratorios			
Falta de conocimiento:			
Herida quirúrgica			
Hiperventilación			
Hipoxia tisular			
Incapacidad para ingerir alimentos			
Inestabilidad hemodinámica			
Inmunosupresión			
Irritación gástrica			
Infección:			
Malestar prolongado			
Microorganismos del medio hospitalario			
Mucosidad excesiva			
Nivel de conciencia:			
Obesidad			
Perfil sanguíneo anormal:			
Pérdida activa del volumen de líquidos			
Procedimiento quirúrgico prolongado			
Procedimientos invasivos:			
Proceso inflamatorio			
Reposo prolongado			
Traumatismo:			
Tumoraciones:			
Otras:			

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	Código Dx. M	V	N
Acúfenos			
Adinamia			
Afasia			
Agitación			
Aleteo nasal			
Alt. de la frecuencia cardiaca:			
Alteración de la glucosa:			
Alteración de la temperatura:			
Alteración del equilibrio:			
Alteración tensión arterial:			
Presión venosa central:			
Alteraciones respiratorias:			
Angustia			
Cambio en el patrón de conducta			
Cansancio			
Cianosis:			
Conocimientos deficientes			
Desorientación			
Diaforesis			
Dilatación pupilar:			
Disfagia			
Dislexia			
Edema:			
Escalofrío			
Facies de dolor			
Falta de concentración			
Flebitis			
Fosfenos			
Gasometría anormal:			
Habla inapropiada			
Hemorragia			
Hiperemia			
Inquietud			
Interrupción de cicatrización			
Irritabilidad			
Lesiones cutáneas			
Letargo			
Llanto			
Llenado capilar:			
Mareo			
Mucosas deshidratadas			
Palidez			
Parálisis facial			
Piloerección			
Secreción:			
Sonidos respiratorios:			
Vértigo			
Otras:			

APOYO NUTRICIONAL

Nutrición Parenteral Total	
Nutrición Parenteral Parcial	
Nutrición Enteral	

Otros: _____

EVALUACIÓN DE LAS HERIDAS

HERIDA	SI	NO	CUBIERTA	SI	NO

CURACIÓN:

ETIOLOGÍA		
	Quirúrgica	Quemadura
	Ulcera por presión	Otras

BORDES	Afrontados	Inflamados	Dehiscente

CANTIDAD EXUDADO	Sin exudado	Moderado
	Escaso	Abundante
EXUDADO	Seroso	Serohematico
	Hematico	Purulento

DATOS DE INFECCIÓN	Sin datos	Dolor	Eritema
	Calor		Edema

Otras: _____

ACCESO VASCULAR	CALIBRE	SITIO	FECHA INSTALACIÓN	CARACTERÍSTICAS

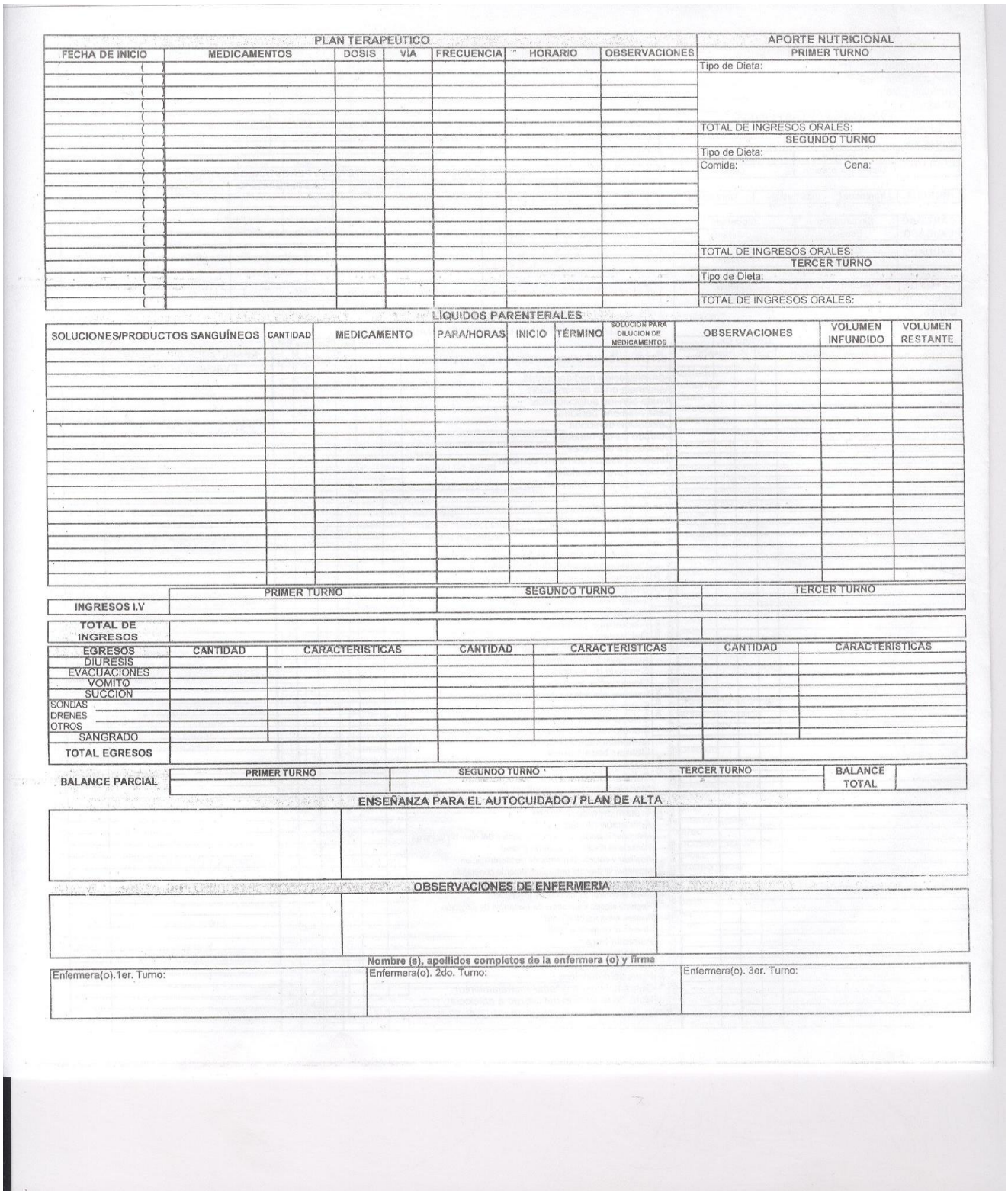
SONDAS, DRENES, OSTOMÍAS, CATETÉRES PERCUTÁNEOS U OTROS

TIPO/CALIBRE	FECHA DE INSTALACIÓN	DIAS PERMANENCIA	CARACTERÍSTICAS

RESULTADOS INTERVENCIONES Y EVALUACIÓN

RESULTADO ESPERADO NOC	Código Dx. M	V	N	P. DIANA INICIAL

INTERVENCIONES/ACCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	Código Dx. M	V	N	Sistema Enf. T.C	P.C	A.E	RESULTADOS OBTENIDOS / EVALUACIÓN (NOC)	P.DIANA FINAL
Administración medicamentos:								
Asistencia en la alimentación:								
Ayuda con los autocuidados:								
Baño / higiene personal								
Colocación de sonda:								
Cuidado de las heridas:								
Cuidados a catéteres:								
Cuidados uso de orinal y/o comodo								
Cuidados pre-operatorios								
Enseñanza individual / familiar:								
Manejo de la glucemia:								
Manejo de la volemia:								
Manejo de las convulsiones								
Manejo de líquidos y electrolitos								
Manejo del dolor								
Monitorización de signos vitales								
Monitorización neurológica: Vigilar alteraciones del lenguaje								
Monitorización neurológica: Valoración de escala de Glasgow								
Monitorización neurológica: Evaluar funciones mentales								
Monitorización neurológica: Vigilar niveles de conciencia								
Monitorización respiratoria: Aspiración de secreciones:								
Monitorización respiratoria: Fisioterapia pulmonar								
Monitorización respiratoria: Oxigenoterapia:								
Precauciones paras evitar la aspiración								
Auscultar ruidos respiratorios								
Prevención de ulceras por presion: Cambios de posición:								
Prevención de ulceras por presion: Movilización asistida								
Prevención de ulceras por presion: Mantener la piel limpia, seca,lubricada y protegida								
Prevención de ulceras por presion: Evitar zonas de presión								
Prevención de ulceras por presion: Colocar tarjeta y/o brazalete de riesgo								
Prevención de ulceras por presion: Manejo recursos disponibles (colchon de agua,protectores)								
Prevención de caidas: Identificar factores de riesgo								
Prevención de caidas: Utilizar barandales								
Prevención de caidas: Sujeción terapéutica								
Prevención de caidas: Colocar tarjeta y/o brazalete de riesgo								
Prevención de caidas: Manejo recursos disponibles (bancos, luz, pasamanos, etc.)								
Control temp: Regulación de temperatura (curva térmica)								
Control temp: Tratamiento de la fiebre								
Control temp: Aplicación de calor o frío								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Realizar la fijación de acuerdo al sexo								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Realizar y colocar el membrete de identificacion								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Mantener el drenaje permanentemente conectado								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Verifica el funcionamiento de la sonda								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Lleva el control de los dias de instalacion								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Registra signos y sintomas de evidencia de infección								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Realiza medidas higiénicas								
Cuidados del cateter urinario (sonda vesical): Orienta al paciente o familia								
Manejo del codigo de emergencia: Asistolia hora:								
Manejo del codigo de emergencia: Cuidados en la emergencia								
Manejo del codigo de emergencia: Maniobras de RCP avanzado								
Manejo del codigo de emergencia: Hora de defunción:								
Manejo del codigo de emergencia: Cuidados post-mortem(Amortajamiento)								
Manejo del codigo de emergencia: Hora de recepción del cuerpo a patologia:								
Otras:								



PLAN TERAPEUTICO

FECHA DE INICIO	MEDICAMENTOS	DOSIS	VÍA	FRECUENCIA	HORARIO	OBSERVACIONES

APORTE NUTRICIONAL

PRIMER TURNO

Tipo de Dieta:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

SEGUNDO TURNO

Tipo de Dieta:

Comida: Cena:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

TERCER TURNO

Tipo de Dieta:

TOTAL DE INGRESOS ORALES:

LIQUIDOS PARENTERALES

SOLUCIONES/PRODUCTOS SANGUÍNEOS	CANTIDAD	MEDICAMENTO	PARA/HORAS	INICIO	TÉRMINO	SOLUCION PARA DILUCION DE MEDICAMENTOS	OBSERVACIONES	VOLUMEN INFUNDIDO	VOLUMEN RESTANTE

	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO
INGRESOS I.V			
TOTAL DE INGRESOS			

EGRESOS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS	CANTIDAD	CARACTERISTICAS
DIURESIS						
EVACUACIONES						
VOMITO						
SUCCION						
SONDAS						
DRENES						
OTROS						
SANGRADO						
TOTAL EGRESOS						

BALANCE PARCIAL	PRIMER TURNO	SEGUNDO TURNO	TERCER TURNO	BALANCE TOTAL	

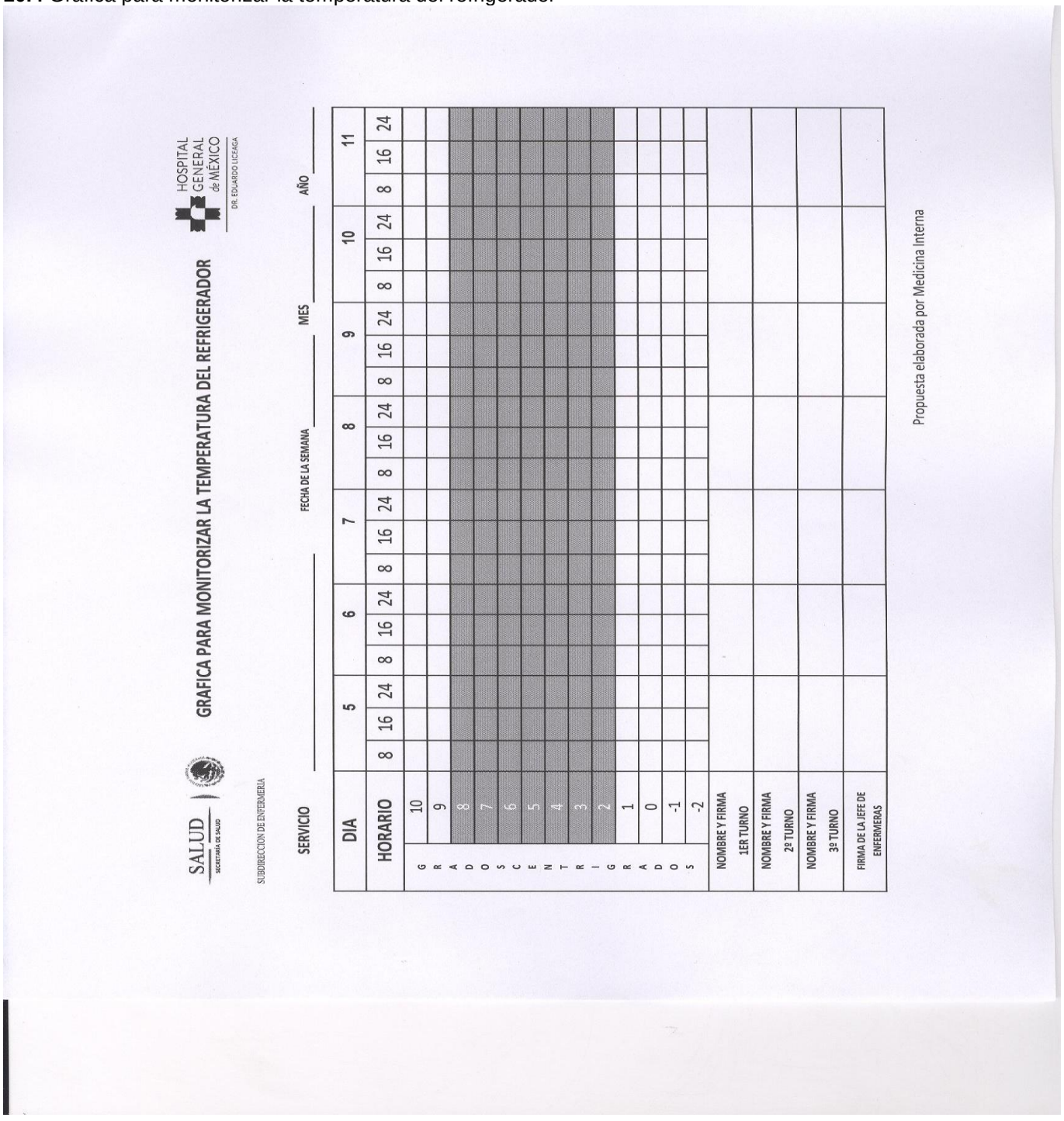
ENSEÑANZA PARA EL AUTOCUIDADO / PLAN DE ALTA

OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

Nombre (s), apellidos completos de la enfermera (o) y firma

Enfermera(o).1er. Turno:	Enfermera(o). 2do. Turno:	Enfermera(o). 3er. Turno:

10.4 Grafica para monitorizar la temperatura del refrigerador



SALUD SECRETARÍA DE SALUD

SUBDIRECCION DE ENFERMERIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

GRAFICA PARA MONITORIZAR LA TEMPERATURA DEL REFRIGERADOR

SERVICIO _____ FECHA DE LA SEMANA _____ MES _____ AÑO _____

DIA		5			6			7			8			9			10			11		
HORARIO		8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24	8	16	24
GRADOS CENTIGRADOS	10																					
	9																					
	8																					
	7																					
	6																					
	5																					
	4																					
	3																					
	2																					
	1																					
	0																					
	-1																					
	-2																					
NOMBRE Y FIRMA 1ER TURNO																						
NOMBRE Y FIRMA 2º TURNO																						
NOMBRE Y FIRMA 3º TURNO																						
FIRMA DE LA JEFE DE ENFERMERAS																						

Propuesta elaborada por Medicina Interna

10.5 Formato para control del stock de medicamentos por servicio (mínimos y máximos)

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

MINIMOS Y MÁXIMOS DE LA UNIDAD 103 (TOTAL de camas 24)

MEDICAMENTO	PRESENTACIÒN	TIPO DE MOVIMIENTO	NUM DE AMPULAS P/24 HRS	MINIMOS	MAXIMOS
AMINOFILINA	AMPULA DE 250 mg	BAJO	4	4	8
AMIODARONA	AMPULA DE 150 mg	BAJO	7	7	10
BICARBONATO DE SODIO	AMPULA DE 8.9 meq	MODERADO	12-24	12	24
	FRASCO DE 44.5 meq	MODERADO	2-4	2	5
BUTILHIOSINA	AMPULA DE 20 mg	MODERADO	4-5	15	20
CLORURO DE POTASIO	AMPULA DE 20 meq	ALTO	10	20	30
CLORURO DE SODIO AL 17.7%	AMPULA DE 1.77 g	BAJO	6	6	10
DEXAMETAZONA	AMPULA DE 8 mg	MODERADO	4	10	15
D.F.H (FENITOINA)	AMPULA DE 250 mg	MODERADO	7	14	21
DIAZEPAN	AMPULA DE 10 mg	MODERADO	3	2	4
DIFENIDOL	AMPULA DE 40 mg	BAJO	3	5	6
DIGOXINA	AMPULA DE 0.25 mg	BAJO	2	2	5
DOBUTAMINA	AMPULA DE 250 mg	BAJO	2	2	5
DOPAMINA	AMPULA DE 200 mg	MODERADO	4	4	10
ENOXIPARINA	AMPULA DE 40 mg	ALTO	2	20	30
ENOXIPARINA	AMPULA DE 60 mg	MODERADO	1	10	20
FOSFATO DE POTASIO	AMPULA DE 20 meq	MODERADO	3	9	15
FUROSEMIDE	AMPULA DE 20 mg	ALTO	8-12	50	70
GLUCONATO DE CALCIO	AMPULA DE 1 gr	ALTO	4	20	30
HALOPERIDOL	AMPULA DE 5 mg	MODERADO	3	3	5
HEPARINAS	FRASCO AMPULA DE	ALTO	2 DE 500UI	2-4	4-8
	10000UI Y 5000UI		4 DE 1000UI		
HIDROCORTIZONA	AMP. 100mg ò 500mg	MODERADO	3	9	15
KETOROLCO	AMPULA DE 30 mg	ALTO	4	20	30
METAMIZOL	AMPULA DE 1 gr	MODERADO	3	15	20
METILPREDNISOLONA	AMPULA DE 500 mg	BAJO	3	3	5
METOCLOPRAMIDA	AMPULA DE 10 mg	ALTO	4	20	30
MIDAZOLAM	AMPULA DE mg	MODERADO	23	8	16
MULTIVITAMINICO	FCO. AMPULA 5 ml	BAJO	1	3	5
NITROGLICERINA	FCO. AMPULA 50 mg	BAJO	1	1	2
NITROPARCHE	PARCHE 18.7 mg	BAJO	1	2	5
NOREPINEFRINA	AMPULA DE 4 mg	MODERADO	2	4	10
OMEPRAZOL	AMPULA DE 40 mg	ALTO	2	24	48
PENTOXIFILINA	AMPULA DE 300 mg	BAJO	4	5	8
RANITIDINA	AMPULA DE 50 mg	MODERADO	2	10	20
SALBUTAMOL	AMPULA DE 0.5 mg	ALTO	3	10	20
SULFATO DE MAGNESIO	AMPULA DE 10 ml	MODERADO	3	10	15
TRAMADOL	AMPULA DE 100 mg	ALTO	4	20	25
VECURONIO	AMPULA DE 4 mg	BAJO	6	6	12
VITAMINA K	AMPULA DE 2 mg	BAJO	1	1	3
LIDOCAINA LIDOCAINA	FRASCO DE 10 ML AL 1% FRASCO DE 10 ML AL 2%	ALTO	1	1	2

10.7 Etiqueta para resguardo de medicamentos por paciente en vitrina

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

ECU:

NOMBRE:

CAMA:

RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	RODRIGUEZ VELAZQUEZ SANDRA I EXP.2712500 CAMA 307A112FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	SANCHEZ LOZANO GUMERCINDA (EXP.2768640 CAMA 307A114FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
IBANEZ CAMPOS SARA EXP.2780840 CAMA 307A115FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	CRUZ BERNAL DANIELA ANDREA EXP.2780860 CAMA 307A116FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LUCIO RIVERO PAZ (MARIA DE L EXP.1858352 CAMA 307A117FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	HERNANDEZ RODRIGUEZ VIRGINIA EXP.2692868 CAMA 307A118FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
GARCIA GARCIA GUADALUPE (M EXP.2607097 CAMA 307A119FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BEDOLLA CABRERA IRENE EXP.1727087 CAMA 307A120FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	PARADA MAGDALENO LETICIA EXP.2595565 CAMA 307A121FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MIGUEL)(CARMEN)(REB EXP.1933637 CAMA 307A122FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
BAUTISTA BAUTISTA ALEJANDRIN EXP.2729374 CAMA 307A123FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:	BARRERA SANCHEZ MATILDE EXP.1995598 CAMA 307A124FC MED. DOSIS: VIA: HORA:
LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	LEVARIO)(YLLESCAS MARCOS EXP.2524266 CAMA 307A137MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	MORALES ROJAS ROBERTO EXP.2779356 CAMA 307A138MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
VEGA BERDEJO JULIO ENRIQUE EXP.2779205 CAMA 307A139MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	VALENZUELA HERNANDEZ ESTANIS EXP.2779280 CAMA 307A140MC MED. DOSIS: VIA: HORA:
GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	GONZALEZ MARMOLEJO SIDRONIO EXP.2775101 CAMA 307A141MC MED. DOSIS: VIA: HORA:	

21. PROCEDIMIENTO PARA LA CONCILIACIÓN Y VERIFICACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para realizar la conciliación y verificar la idoneidad en la prescripción de medicamentos en los Servicios médicos a fin de asegurar el adecuado tratamiento farmacológico, garantizando la seguridad del paciente y minimizando los errores a través de una adecuada prescripción en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: la Dirección General Adjunta Médica, coordina la realización de las actividades concernientes a este procedimiento, a las Direcciones de Área (Médica, Quirúrgica y de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento) supervisan la correcta realización del procedimiento, la Subdirección de Enfermería, Jefes de Servicio y/o de Unidad dan cumplimiento de los lineamientos establecidos en este procedimiento.

2.2 De forma externa, este procedimiento no tiene alcance.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica coordinar el presente procedimiento, verificar su cumplimiento, además de solicitar que se realice adecuadamente en los Servicios médicos.

3.2 El Médico será responsable de prescribir de manera clara y concisa el tratamiento farmacológico durante el proceso de atención y plasmarlo en el expediente clínico hasta el momento del alta o la transferencia del paciente, emitiendo un resumen (hoja de alta) donde se especifiquen los medicamentos utilizados con la finalidad de que se verifique la conciliación correspondiente. De igual manera deberá supervisar que el paciente trasladado de un Servicio a otro lleve consigo los medicamentos prescritos durante las 24 horas previas a su traslado.

3.3 El Médico de Base o Médico Tratante será responsable de realizar el proceso de conciliación de medicamentos a todos los pacientes, cuando exista un cambio de médico responsable, de área de hospital, a su ingreso y/o a su egreso, mediante los siguientes puntos:

a) Verificar los medicamentos que tomaban los pacientes antes de su admisión y enlistarlos en el expediente clínico.
b) Comparar las indicaciones médicas a su ingreso con la lista de medicamentos que tomaba antes de la admisión.

3.4 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad y Médico de Base realizar una revisión específica de la idoneidad de la prescripción médica mediante los siguientes elementos:

a) Definición del o los problemas de salud del paciente.
- Enfermedad o trastorno (diagnóstico médico)
- Signos de enfermedad de base
- Problemas psicológicos o sociales
- Efectos indeseables de fármacos
- Demanda de repetición de la receta (polifarmacia)
- Falta de adhesión al tratamiento
- Petición de tratamiento preventivo
- Combinación de las anteriores.

b) Especificación de los objetivos.
- Especificar el objetivo terapéutico antes de tomar la decisión de prescribir un tratamiento es esencial.
- Esto ayudara a evitar el uso de una gran cantidad de fármacos innecesarios.
- Ayudar a evitar la prescripción profiláctica innecesaria.

- Convertir al paciente en un socio informado y mejora su adhesión al tratamiento.

c) Indicación del tratamiento farmacológico mediante los requisitos establecidos en la política del procedimiento Prescripción y Trascripción de medicamentos.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad, Médico de base y/o médicos residentes de mayor jerarquía entregar información, instrucciones y advertencias al paciente entre ellas:

1.- Efectos farmacológicos	Síntomas que desaparecen y cuando; lo importante que es tomar el medicamento; lo que ocurre si no se toma.
2.- Efectos indeseados	Qué efectos indeseables pueden ocurrir; cómo reconócelos; cuánto durarán; qué gravedad tienen; qué hacer si aparecen.
3.- Instrucciones	Cuándo tomarlo; cómo guardarlo; cuánto debe durar el tratamiento; qué hacer en caso de dudas en la prescripción.
4.- Advertencias	Qué no hacer (conducción de vehículos, manejo de maquinaria); dosis máxima (fármacos tóxicos); necesidad de proseguir el tratamiento (antibióticos).
5.- Próxima cita	Cuándo volver (o no); en qué caso (s) volver antes; qué hacer con el medicamento sobrante; qué información debe traer.
6.- ¿Está todo claro?	Todo entendido; repita la información; ¿alguna pregunta?

3.6 Será responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad, Médico de Base y/o Médico Residente de mayor jerarquía, diseñar un esquema terapéutico apropiado mediante el registro adecuado en el Formato para la Validación de la Idoneidad en la Prescripción Médica.

3.7 Es responsabilidad del Jefe de Servicio, Jefe de Unidad, y/o Médico de Base verificar la idoneidad de las prescripciones médicas, antes de la dispensación o administración de los medicamentos:

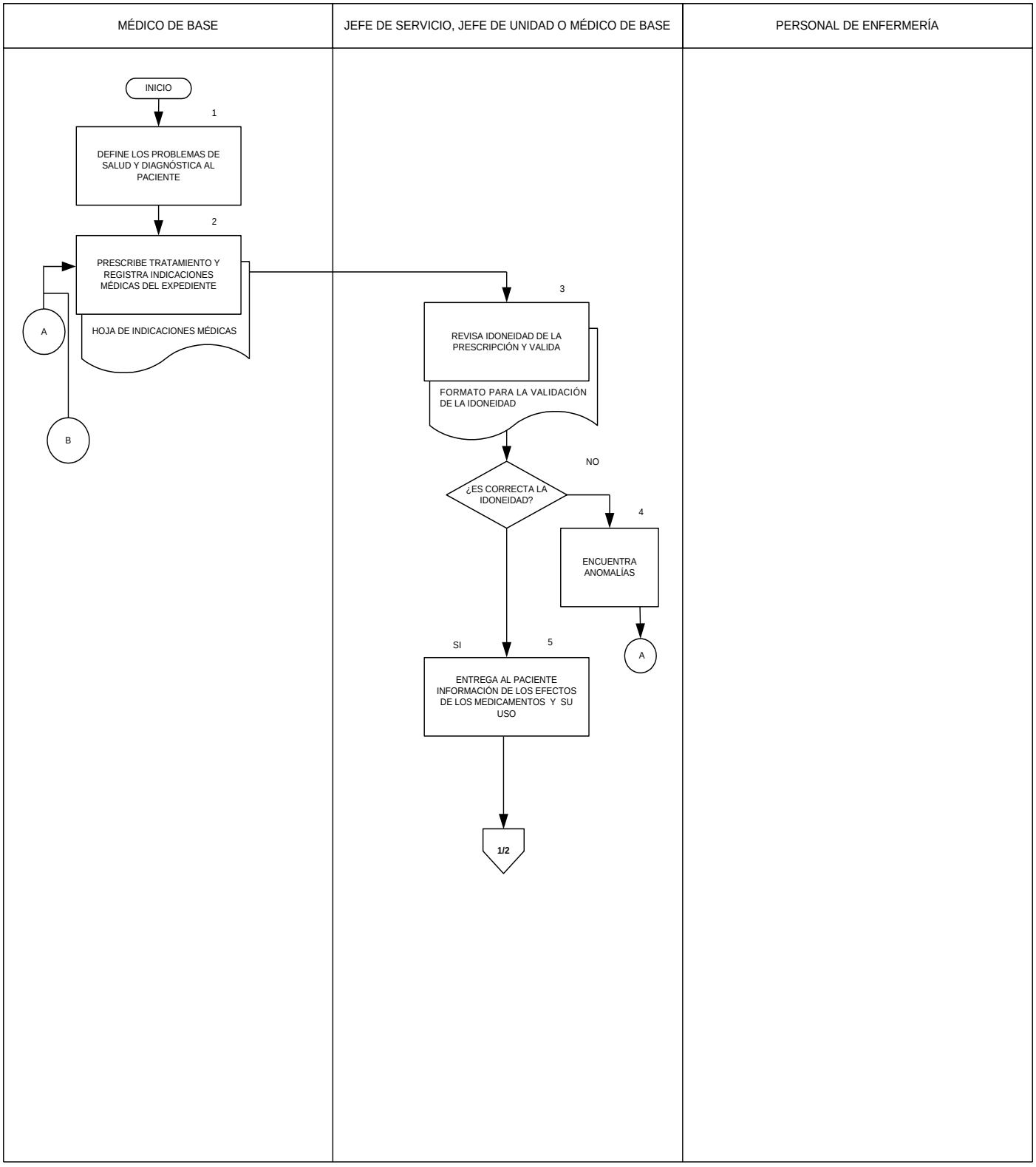
3.8 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al código de Ética de los Servidores Públicos del Hospital General de México “Dr Eduardo Liceaga”

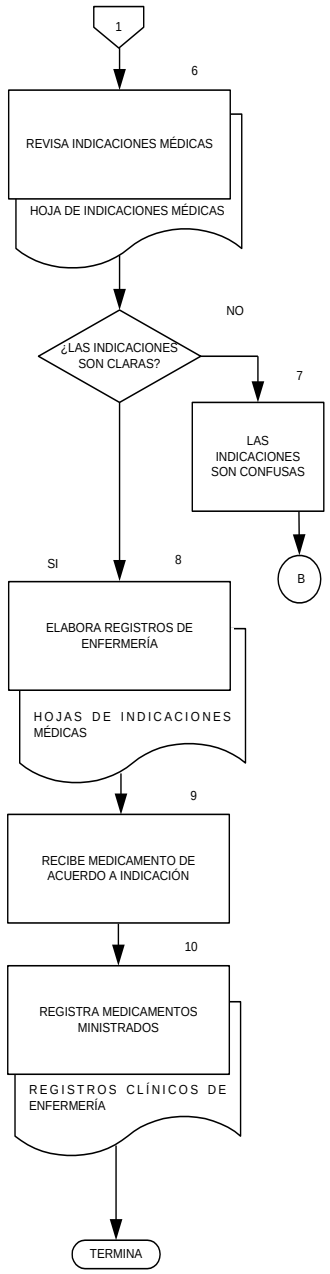
3.9 Todo el personal de la institución, en el ejercicio de sus actividades que conlleve este procedimiento, deberá, sin excepción, salvaguardar los Derechos Humanos de los usuarios que soliciten sus servicios.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico de Base.	1	Define el o los problemas de salud y Diagnostica al paciente que se encuentra hospitalizado y especifica objetivos terapéuticos.	• Hoja de indicaciones médicas.
	2	Prescribe el tratamiento farmacológico completo y adecuado para el diagnóstico del paciente hospitalizado y lo registra en la hoja de indicaciones médicas del expediente clínico.	
Jefe de Servicio, Jefe de Unidad o Médico de Base.	3	Revisa la idoneidad: frecuencia, vía de administración, duplicidad farmacéutica, las alergias o sensibilidades, interacciones medicamentosas, farmacéuticas y/o con alimentos, conforme al formato para la validación de la idoneidad de la prescripción médica. ¿Es correcta la idoneidad?.	• Formato para la validación de la idoneidad.
	4	No: Encuentra anomalías y regresa a la actividad 2.	
	5	Si: El medico entrega al paciente la información relacionada a los efectos farmacológicos y los indeseados de los medicamentos, así como instrucciones y advertencias de uso.	
Personal de Enfermería.	6	Revisa las indicaciones médicas en la “hoja de indicaciones médicas”. ¿Las indicaciones son claras?.	• Hoja de indicaciones médicas.
	7	No: Las indicaciones son confusas y regresa a la actividad 2.	
	8	Si: Elabora registro de enfermería del paciente conforme a lo establecido.	
Personal de Enfermería	9	Recibe medicamento, prepara, membrete y aplica, acorde a la vía de administración indicada en los horarios establecidos en las indicaciones médicas.	• Registros Clínicos de Enfermería.
	10	Registra los medicamentos ministrados en los Registros Clínicos de Enfermería del expediente clínico. **TERMINA**	

5. DIAGRAMA DE FLUJO



MÉDICO DE BASE	JEFE DE SERVICIO, JEFE DE UNIDAD O MÉDICO DE BASE	PERSONAL DE ENFERMERÍA
		

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Reglamento de insumos para la Salud.	No Aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica.	No Aplica
6.3 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Enfermería.	No Aplica
6.4 Manual de Procedimientos de la Subdirección de Almacenes.	No Aplica
6.5 Modelo de Farmacia Hospitalaria.	No Aplica
6.6 Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud.	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Receta Médica	5 años	Subdirección de Almacenes y Servicios Médicos	No aplica
7.2 Hoja de indicaciones médicas (expediente clínico)	5 años	Archivo Clínico.	No aplica
7.3 Hoja de registro de enfermería (expediente clínico)	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Conciliación de Medicamentos.- Proceso formal y estandarizado que consiste en obtener un listado completo y exacto de la medicación previa del paciente y compararla con la que se le ha prescrito al ingreso al hospital, traslados, cambios de responsable y al egreso. Las discrepancias encontradas se deben de comentar con el médico que prescribe y si se requiere se deben de corregir. Los cambios realizados se deben de documentar y comunicarse adecuadamente al siguiente responsable del paciente y al mismo paciente.

8.2 Envase primario.- Empaque del sistema de envase que está en contacto directo con el insumo.

8.3 Envase secundario.- Empaque exterior en el cual se comercializa el insumo y no está en contacto directo con él.

8.4 Hoja de indicaciones médicas: Formato donde el médico autorizado realiza la prescripción del medicamento.

8.5 Idoneidad de la prescripción.- Es el acto de revisar la prescripción, con los siguientes elementos;
a) la idoneidad del fármaco referente a la patología, la dosis, la frecuencia y la vía de administración;
b) la duplicación terapéutica;
c) las alergias o sensibilidades;
d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento
f) el peso del paciente y demás información fisiológica.

8.6 Medicamento.- Toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

8.7 Medicamento de mezclas.- Son los antibióticos, la quimioterapia y la nutrición parenteral.

8.8 Prescribir.- Recetar un medicamento.

8.9 Registros de enfermería.- Documento en el cual se transcribe las indicaciones médicas (régimen dietético, terapia medicamentosa y medidas generales)

8.10 Servicio médico.- área médica o quirúrgica para internamiento de pacientes con fines de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

8.11 Unidad de medida.- Descripción de la presentación en la que se entrega el medicamento.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Hoja de Indicaciones Médicas. (Ver Anexo del Procedimiento 16)
10.2 Receta Médica. (Ver Anexo del Procedimiento 1)
10.3 Registros Clínicos de Enfermería. (Ver Anexo del Procedimiento 4)

22. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD Y ENTREGA DE RESUMEN CLÍNICO

1. PROPÓSITO

1.1 Contar con los lineamientos administrativos que sirvan de guía al personal médico y paramédico para señalar los mecanismos y requisitos necesarios en los casos que se realice solicitud de resúmenes clínicos de pacientes atendidos en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” por parte del interesado, familiar directo, tutor, personas autorizadas por el interesado y/o por una autoridad competente; así como el proceso de entrega de la información a los solicitantes, con la finalidad de cumplir con la normatividad vigente y obtener la satisfacción del usuario.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica recibe solicitudes, solicita expedientes, reenvía expediente y solicitud al Servicio Médico, las tramite y entrega al peticionario, Archivo Clínico busca y envía expedientes con carácter devolutivo y los Servicios de Atención Médica realizan resumen clìnico de acuerdo al expediente clínico.

2.2 De forma externa, este procedimiento es aplicable a los pacientes, familiares directos de primera línea, tutores, personas autorizadas por el interesado y/o por una autoridad competente que deseen solicitar la elaboración de un resumen clínico.

3. POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 Será responsabilidad de la Dirección General Adjunta Médica coordinar el presente procedimiento, verificar su cumplimiento, además de informar a los solicitantes acerca de los requisitos y el proceso a realizar cuando requieran resúmenes clínicos y/o a toda persona que requiera dicha información.

3.2 El Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica es responsable de otorgar información, recibir solicitudes y entregar los resúmenes clínicos, en horario de las 08:30 hrs. a las 15:00 hrs. de lunes a viernes, debiendo **proporcionar un trato amable y cortés al usario solicitante, además** informar adecuada y verazmente los requisitos: Formato de Solicitud de Resumen Clínico, debidamente llenado, copia de carnet o número de E.C.U. (Expediente Clínico Único), identificación oficial (credencial de elector, cartilla del servicio militar, pasaporte), carta poder o documento de la autoridad competente que autorice la solicitud de la información en caso de no ser el famliar responsable registrado en el sistema del hospital y acta de defunción (cuando aplique).

3.3 El Jefe del Servicio es responsable de los casos en que el resumen clínico sea con fines de trámites administrativos que solamente requieran información clínica no legal (incapacidades, constancias de internamiento, etc), y que el paciente se encuentre en ese momento hospitallizado, asignará al médico tratante para que lo elabore, el procedimiento se realizará en el Servicio donde se atiende al paciente, bastará con enviar el documento con firma de “Visto Bueno” para que se avale por la Dirección General Adjunta Médica a través de un sello. **Esta actividad no requiere formato de solicitud de resumen clínico, se tramitará directamente en el Servicio por parte del familiar responsable y el Jefe de Servicio.**

3.4 En estos casos, el Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica es responsable de efectuar el sellado del documento, **previa autorización del Directivo de Guardia.**

3.5 El Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica, es responsable de realizar un expediente por cada solicitud de resumen clínico, asignar un número de folio y de registrarlo y de solicitar el expediente clínico correspondiente al Archivo clínico, mediante oficio firmado por el Director General Adjunto Médico. En los casos que el Servicio cuente con archivo propio (Pediatría, Ortopedia, Oncología, Oftalmología) la petición se hará directo al Servicio en mención.

3.6 El Personal Administrativo de la Dirección General Adjunta Médica es responsable de solicitar el resumen mediante oficio firmado por el Director General Adjunto Médico dirigido al Jefe de Servicio correspondiente, estableciendo en el mismo como tiempo máximo de entrega 3 días hábiles para la respuesta.

3.7 El resumen clínico será responsabilidad del Médico tratante y deberá elaborarse **con estricto apego** a la NOM-004-SSA3-2012, cuyo numeral 4.10 (definiciones) a la letra establece: "...**Resumen clínico,** al documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. **Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete**".

3.8 El Personal Administrativo es responsable de entregar el resumen clínico correspondiente, solicitando la copia del formato tramitado y de una identificación oficial del paciente o persona autorizada; en casos específicos el paciente deberá autorizar la entrega del documento a otras personas autorizadas, por considerarse información de tipo confidencial.

3.9 El solicitante podrá realizar una llamada telefónica a la Dirección General Adjunta Médica para confirmar la elaboración del resumen clínico; y de esta manera pueda recogerlo, el responsable es el personal admnistrativo de la Dirección General Adjunta Médica.

3.10 Los resúmenes clínicos se resguardarán 30 días naturales, posterior a la fecha de recepción por parte de la Dirección General Adjunta Médica. Posteriormente, se enviarán con oficio al Archivo Clínico para que sea resguardado en el expediente clínico correspondiente, como responsabilidad del personal administrativo de la misma.

3.11 En caso de que el solicitante acuda por la información y esta ya haya sido enviada al expediente correspondiente, se pedirá que acuda al Archivo Clínico para que le sea entregado, previa presentación de documentos que compruebe la solicitud antes realizada al personal administrativo de la Dirección General Adjunta Médica.

3.12 Todas las actividades que conlleven relaciones interpersonales, se deberán apegar al Código de Ética de los Servidores Públicos del Hospital General de México "Dr Eduardo Liceaga"

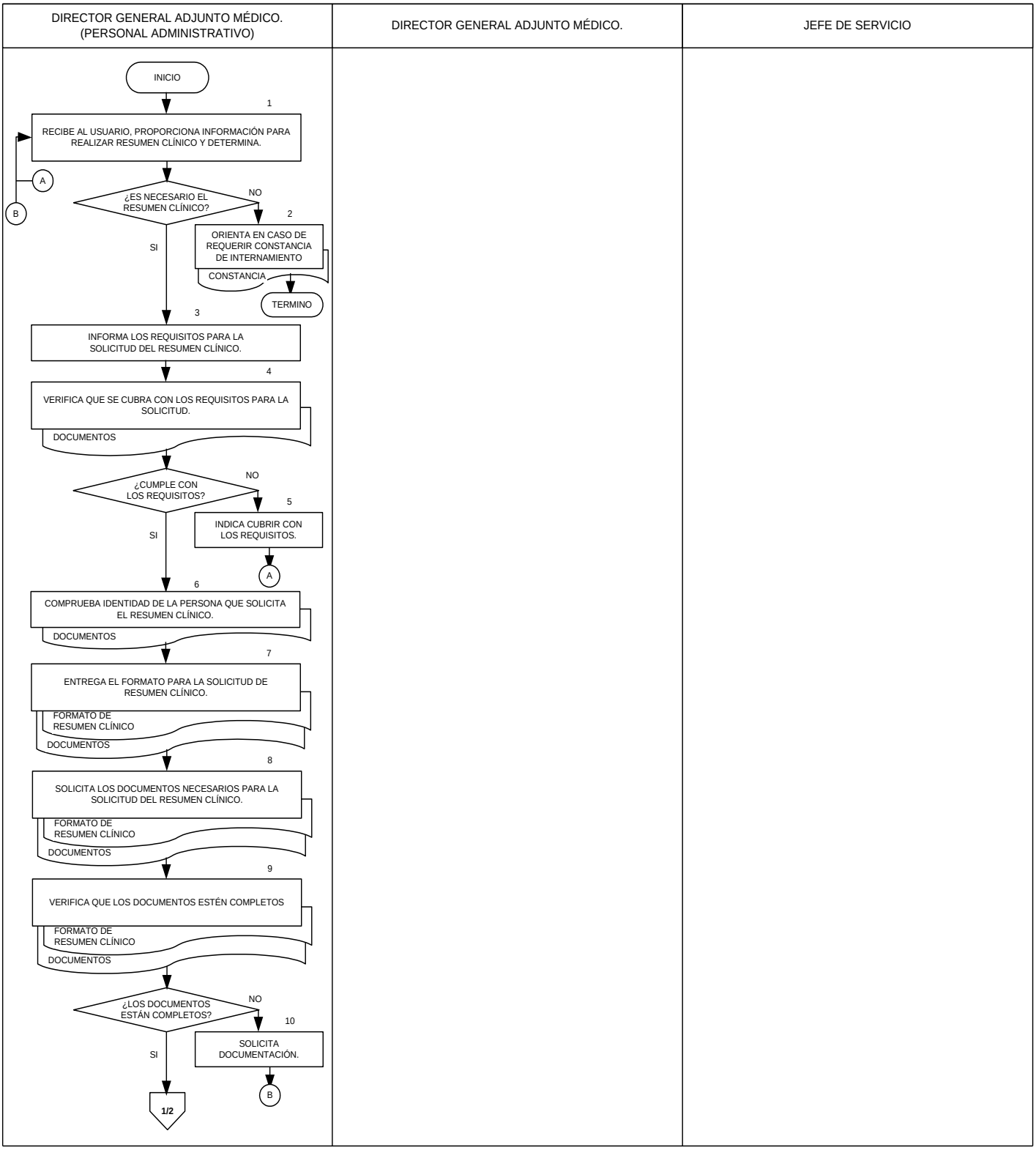
3.13 Todo el personal de la institución, en el ejercicio de sus actividades que conlleve este procedimiento, deberá, sin excepción, salvaguardar los Derechos Humanos de los usuarios que soliciten sus servicios.

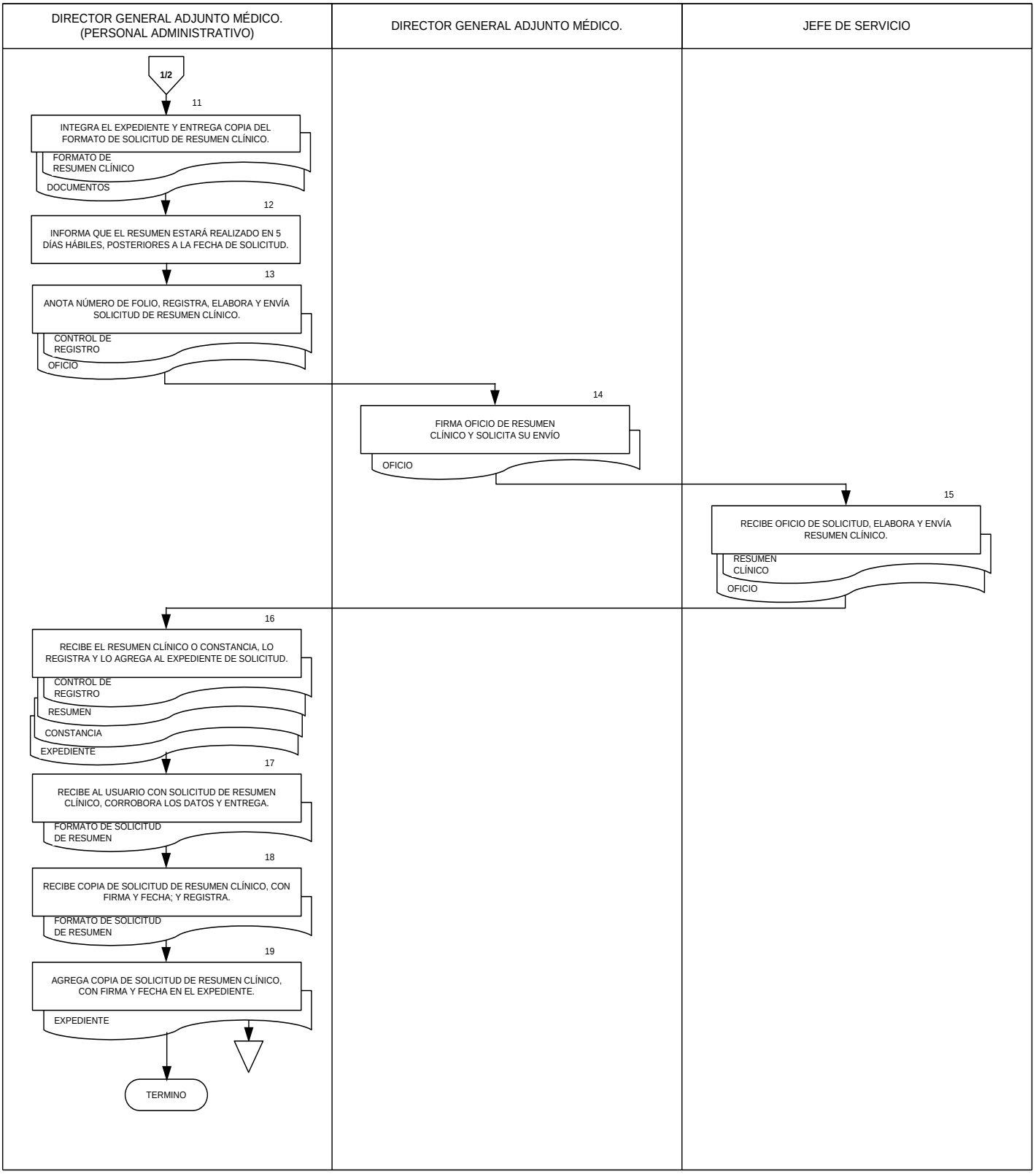
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto Médico. (Personal Administrativo)	1	Recibe al usuario, proporciona información para realizar resumen clínico y determina si es necesario el resumen clínico (no para tramite de incapacidades o constancias de internamiento). ¿Es necesario el resumen clínico?	• Constancia de internamiento (realizada por el servicio tratante)
	2	NO: Orienta al usuario, en caso de requerir constancia de internamiento, para que acuda al Servicio Médico tratante, donde se elaborará y sellará, una vez recibida y firmada con aval del Jefe de Servicio correspondiente y termina el procedimiento.	
	3	SI: Informa al paciente, familiar o persona autorizada, los requisitos para la solicitud el resumen clínico.	
	4	Verifica que el paciente, familiar directo o persona autorizada cubra con los requisitos para la solicitud. ¿Cumple con los requisitos?	• Documentos
	5	NO: Indica cubrir con los requisitos y regresa a la actividad 1.	
	6	SI: Comprueba identidad de la persona que solicita el resumen clínico. a) Identificación Oficial (Credencial de elector, cartilla de servicio militar, pasaporte) b) Carta poder con copia de identificación oficial del solicitante, dos testigos y de la persona que autoriza.	
	7	Entrega el Formato para la Solicitud de Resumen Clínico para que la persona que solicita lo llene.	• Formato de resumen clínico • Documentos
	8	Solicita los documentos necesarios para la solicitud del Resumen Clínico. a) Formato adecuadamente llenado de la solicitud del resumen clínico. b) Identificación Oficial (Credencial de elector, cartilla de servicio militar, pasaporte) c) Carta poder con copia de identificación oficial del interesado, dos testigos y de la persona que autoriza. En este caso, se conserva el documento original y se otorga una copia. d) Carnet de atención médica del Hospital. e) Acta y/o Certificado de Defunción (en caso de que corresponda) de quien se solicita el resumen clínico.	• Formato de resumen clínico • Documentos

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Director General Adjunto Médico. (Personal Administrativo)	9	Verifica que los documentos estén completos y obtiene una copia fotostática. ¿Los documentos están completos?	• Formato de solicitud de resumen clínico • Documentos (copia)
	10	No: Solicita documentación faltante y regresa a la actividad 1.	
	11	Si: Integra el expediente con las copias de los documentos necesarios para la solicitud del resumen clínico y entrega la copia del Formato de Solicitud de resumen clínico al solicitante.	• Expediente • Formato de Solicitud
	12	Informa al interesado que el resumen estará realizado en 5 días hábiles, posteriores a la fecha de solicitud y otorga los números telefónicos de la Dirección General Adjunta Médica, para que corrobore su elaboración, antes de acudir a recogerlo.	
	13	Anota número de folio y registra en el Control de Registro de Solicitudes de Resumen Clínico, elabora y envía oficio a la Dirección General Adjunta Médica en el cual solicita resumen clínico al Jefe de Servicio correspondiente.	• Control de Registro. • Oficio
Director General Adjunto Médico.	14	Firma oficio de resumen clínico y solicita su envío al Jefe de Servicio correspondiente.	• Oficio
Jefe de Servicio	15	Recibe oficio de solicitud, elabora y envía resumen clínico a la Dirección General Adjunta Médica en el tiempo estipulado (3 días hábiles).	• Resumen clínico • Oficio
Director General Adjunto Médico. (Personal Administrativo)	16	Recibe el resumen clínico o constancia en la Dirección General Adjunta Médica, lo registra en el Control de Registro de Solicitudes de Resumen Clínico y lo agrega al expediente de solicitud del paciente.	• Control de Registro • Resumen • Constancia • Expediente
	17	Recibe al usuario, solicita la copia del Formato de Solicitud de Resumen Clínico, corrobora los datos y entrega el resumen clínico.	• Formato de Solicitud de resumen
	18	Recibe la copia del Formato de Solicitud de Resumen Clínico, con firma y fecha de recibido; y registra la entrega en la base de datos.	• Formato de Solicitud de resumen
	19	Agrega la copia del Formato de Solicitud de Resumen Clínico, con firma y fecha de recibido en el expediente de solicitud y se resguarda en la carpeta correspondiente. **TERMINA**	• Expediente

5. DIAGRAMA DE FLUJO




DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO. (PERSONAL ADMINISTRATIVO)
DIRECTOR GENERAL ADJUNTO MÉDICO.
JEFE DE SERVICIO
1/2
11
INTEGRA EL EXPEDIENTE Y ENTREGA COPIA DEL FORMATO DE SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO.
FORMATO DE RESUMEN CLÍNICO
DOCUMENTOS
12
INFORMA QUE EL RESUMEN ESTARÁ REALIZADO EN 5 DÍAS HÁBILES, POSTERIORES A LA FECHA DE SOLICITUD.
13
ANOTA NÚMERO DE FOLIO, REGISTRA, ELABORA Y ENVÍA SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO.
CONTROL DE REGISTRO
OFICIO
14
FIRMA OFICIO DE RESUMEN CLÍNICO Y SOLICITA SU ENVÍO
OFICIO
15
RECIBE OFICIO DE SOLICITUD, ELABORA Y ENVÍA RESUMEN CLÍNICO.
RESUMEN CLÍNICO
OFICIO
16
RECIBE EL RESUMEN CLÍNICO O CONSTANCIA, LO REGISTRA Y LO AGREGA AL EXPEDIENTE DE SOLICITUD.
CONTROL DE REGISTRO
RESUMEN
CONSTANCIA
EXPEDIENTE
17
RECIBE AL USUARIO CON SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO, CORROBORA LOS DATOS Y ENTREGA.
FORMATO DE SOLICITUD DE RESUMEN
18
RECIBE COPIA DE SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO, CON FIRMA Y FECHA; Y REGISTRA.
FORMATO DE SOLICITUD DE RESUMEN
19
AGREGA COPIA DE SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO, CON FIRMA Y FECHA EN EL EXPEDIENTE.
EXPEDIENTE
TERMINO

6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”	No aplica
6.2 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No aplica
6.3 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Formato de Solicitud de Resumen Clínico.	30 días	Dirección General Adjunta Médica	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 Formato: Documento específico en el que se concentran datos cuantitativos y/o cualitativos. Documento escrito que ilustra acerca de algún hecho que se realiza de manera periódica o incidental.

8.2 Resumen Clínico: Documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica y que se encuentran contenidos en el Expediente Clínico.

8.3 Servicios de Atención Médica: El conjunto de recursos que interviene sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de Revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
No Aplica	No Aplica	No Aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formato de solicitud de resumen clínico

10.1 Formato de solicitud de resumen clínico

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

"A la Vanguardia en el Cuidado de la Vida"

SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____
NÚMERO DE CARNET (ECU) _____
UNIDAD EN LA QUE RECIBE ATENCIÓN MÉDICA _____
NÚMERO DE CAMA (EN CASO DE ESTAR HOSPITALIZADO) _____

MOTIVO DE LA SOLICITUD DEL RESUMEN
_____
_____
_____
_____
_____

NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL RESUMEN _____
FIRMA DE QUIEN SOLICITA EL RESUMEN _____
PARENTESCO _____
NÚMERO TELEFÓNICO DONDE SE PUEDA LOCALIZAR _____

LA FECHA DE ENTREGA DEL RESUMEN CLÍNICO SERÁ **MÍNIMO** DE **5 DÍAS HÁBILES** A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE A LA FECHA DE SOLICITUD
EL HORARIO DE INFORMACIÓN, SOLICITUD Y ENTREGA DEL RESUMEN CLÍNICO ES DE **LUNES A VIERNES DE 8.30 A 15 HRS.**
USTED PUEDE LLAMAR AL CONMUTADOR DEL HOSPITAL **2789 2000** Y EN LAS EXTENSIONES **1086, 1088 Y 1089** PREGUNTAR POR EL RESUMEN SOLICITADO.

DIRECCIÓN GENERAL
ADJUNTA MÉDICA
www.hgm.salud.gob.mx

Dr. Balmis 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc
México, DF 06726

T +52 (55) 5004 3817
F 1756 (Ext)
Con +52 (55) 2789 2000
Ext 1086 a 1089, 1794

23. PROCEDIMIENTO PARA EL MANEJO E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

1. PROPÓSITO

1.1 Coordinar y señalar los mecanismos necesarios para el manejo, integración y resguardo del Expediente Clínico de los pacientes en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”.

2. ALCANCE

2.1 A nivel interno: La Dirección General Adjunta Médica y los Servicios de Atención Médica, aprueban y manejan la integración del expediente clínico.

3. POLÍTICAS DE APLICACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

3.1 La elaboración e integración del expediente clínico, se apegará a la NOM-004-SSA3-2012, así como a los lineamientos establecidos por el Consejo de Salubridad General para la Certificación de Hospitales.

3.2 Se creará un solo expediente para cada paciente que solicite atención médica en el Hospital General de México, O.D. El número del expediente clínico es el único autorizado para identificar al paciente en todo la institución y se identifica como E.C.U (Expediente Clínico Único).

3.3 La información contenida en el expediente debe ser clara y comprensible, además de justificar el diagnóstico, los procedimientos realizados, la terapéutica empleada y la evolución del paciente. No están permitidas las abreviaturas en los registros que integran el expediente clínico. Las abreviaturas que serán utilizadas son las que representen las unidades de medida internacional.

3.4 El expediente clínico y toda la información que se genere de la atención brindada a los pacientes, será manejada con privacidad y confidencialidad, y sólo será proporcionada, previa solicitud por escrito, al paciente, familiar directo en primera línea, tutor, representante jurídico o autoridad competente que la solicite.

3.5 Es responsabilidad del Jefe de Servicio resguardar adecuadamente el expediente clínico y la información que de este emane, limitando el acceso al personal previamente autorizado.

3.6 Es responsabilidad del jefe de servicio resguardar los expedientes clínicos y la información que se genere de los usuarios en un área que evite la pérdida, alteración o acceso de personal no autorizado a éstos.

3.7 El personal que contará con autorización para tener acceso a la información contenida en el expediente clínico será el siguiente: Personal médico (Médicos, Residentes, Internos, Estudiantes bajo la supervisión de un médico responsable de estos), de Enfermería, Nutrición, Trabajo Social y Psicología.

3.8 El personal autorizado para agregar información es el personal médico (Médicos, Residentes, Internos), de enfermería, nutrición, trabajo social y psicología; de acuerdo a los formatos y categoría de información correspondiente.

3.9 El expediente se actualizará, registrando todos los datos que la atención del paciente genere: estado de salud, evolución, diagnósticos y procedimientos; como lo dicta la NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.

3.10 Las notas del expediente clínico (evolución, interconsulta, urgencia, transfusión, pre y postoperatorias y pre y postanestésicas, hoja de indicaciones), incluirán: nombre y E.C.U. del paciente, fecha y hora de elaboración, signos vitales, nombre, cédula y firma del médico tratante y del personal que la elabora. Será realizada utilizando lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible y sin alteraciones.

3.11 La evaluación inicial del área médica incluye: historia clínica, exploración física, evaluación nutricional, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta, evaluación del dolor.

3.12 La evaluación inicial del área de enfermería incluye: evaluación de enfermería, evaluación psicológica de tamizaje, evaluación funcional, identificación del riesgo de caídas, identificación de las necesidades de educación, evaluación de las barreras para el aprendizaje, evaluación de la disposición para aprender, evaluación del dolor, evaluación de criterios para identificar a los pacientes que requieren la planeación temprana del alta.

3.13 La evaluación inicial del área de Trabajo Social incluye: evaluación social, evaluación económica, evaluación cultural (valores y creencias)

3.14 La evaluación inicial tanto médica como de enfermería y de trabajo social de los pacientes hospitalizados se realizará dentro de las primeras 24 horas de ingreso, de acuerdo a la condición general del paciente y la información obtenida encontrándose la misma en los formatos y el expediente clínico correspondiente.

3.15 En una urgencia, las evaluaciones iniciales médicas y de enfermería, podrán solamente enfocarse a las necesidades y al estado del paciente. Cuando no hay tiempo de registrar la historia clínica completa en un paciente de urgencia que requiera cirugía, se incluye una nota con el diagnóstico preoperatorio y se completará posteriormente.

3.16 La historia clínica será elaborada por el médico interno de pregrado y/o médico residente, con la supervisión del médico de base o residente de guardia de mayor jerarquía.

3.17 La nota de ingreso será elaborada por el médico residente de guardia, bajo la supervisión del médico de base o médico residente de mayor jerarquía, en caso de que el turno no cuente con el primero.

3.18 La hoja de valoración inicial del Servicio de Urgencias Médicas (Triage) será anexada al expediente clínico, si es el caso que el paciente ingresara por este servicio.

3.19 Los eventos adversos, errores en la medicación, reacciones adversas a medicamentos, cuasi fallas, accidentes y eventos centinelas ocurridos durante la atención del paciente serán registrados en el expediente clínico además de apegarse al procedimiento de registro, análisis y seguimiento de eventos adversos por parte de la Unidad de Calidad y Seguridad de la Atención Médica. (Ver Procedimiento de Registro, Análisis y Seguimiento de Eventos Adversos)

3.20 Las indicaciones médicas serán numeradas, sin abreviaturas ni símbolos. En el caso de indicaciones vía telefónica deberá seguirse el procedimiento correspondiente (Procedimiento para Prevenir Errores por Órdenes Verbales o Telefónicas)

3.21 Las cartas de consentimiento bajo información serán explicadas detenidamente al paciente, cuando sea posible, y a los familiares para autorizar el acto a realizar, aclarando previamente toda duda que surja al usuario o a sus familiares; la falta del nombre, cédula y firma del médico responsable, del paciente o de la persona responsable a autorizar los procedimientos es un impedimento para llevar a cabo el acto. Excepto en casos de urgencia, donde se elaborará nota en el expediente clínico describiendo la situación.

3.22 En caso de que el paciente o los familiares decidieran en base a la información proporcionada por el médico tratante o residente de mayor jerarquía, así como de la enfermedad del paciente, no aplicar maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada y/o tratamientos que prolonguen la vida; se describirá la información proporcionada al paciente y/o familiar en el expediente clínico y firmarán el personal que proporcionó la información así como el paciente y/o los familiares de conformidad.

3.23 Los familiares del paciente tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el paciente para evitar la obstinación terapéutica.

3.24 Es responsabilidad del médico tratante emplear los códigos de diagnóstico y de procedimiento de acuerdo a la CIE 9 y CIE 10, en la hoja de alta hospitalaria.

3.25 En caso de traslado a otro servicio médico, es responsabilidad del médico de base del servicio tratante, corroborar que el expediente del paciente a trasladar se encuentre completo, así como elaborar la nota de envío y resumen clínico con la información de la atención proporcionada, ésta estará integrada como mínimo por los siguientes elementos: motivo de ingreso, padecimiento actual, diagnóstico y procedimientos realizados, así como la terapéutica empleada.

3.26 Durante el cambio de turno, el personal encargado comunicará la información necesaria y suficiente del estado de salud del paciente, al personal que quedará a cargo de este; esta información consistirá como mínimo en: padecimiento actual, diagnóstico, tratamiento, evolución, estudios realizados y actividades pendientes por realizar.

3.27 La información del estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico será otorgada a la persona que el paciente tenga a bien designar, siempre y cuando, se encuentre en condiciones de hacerlo.

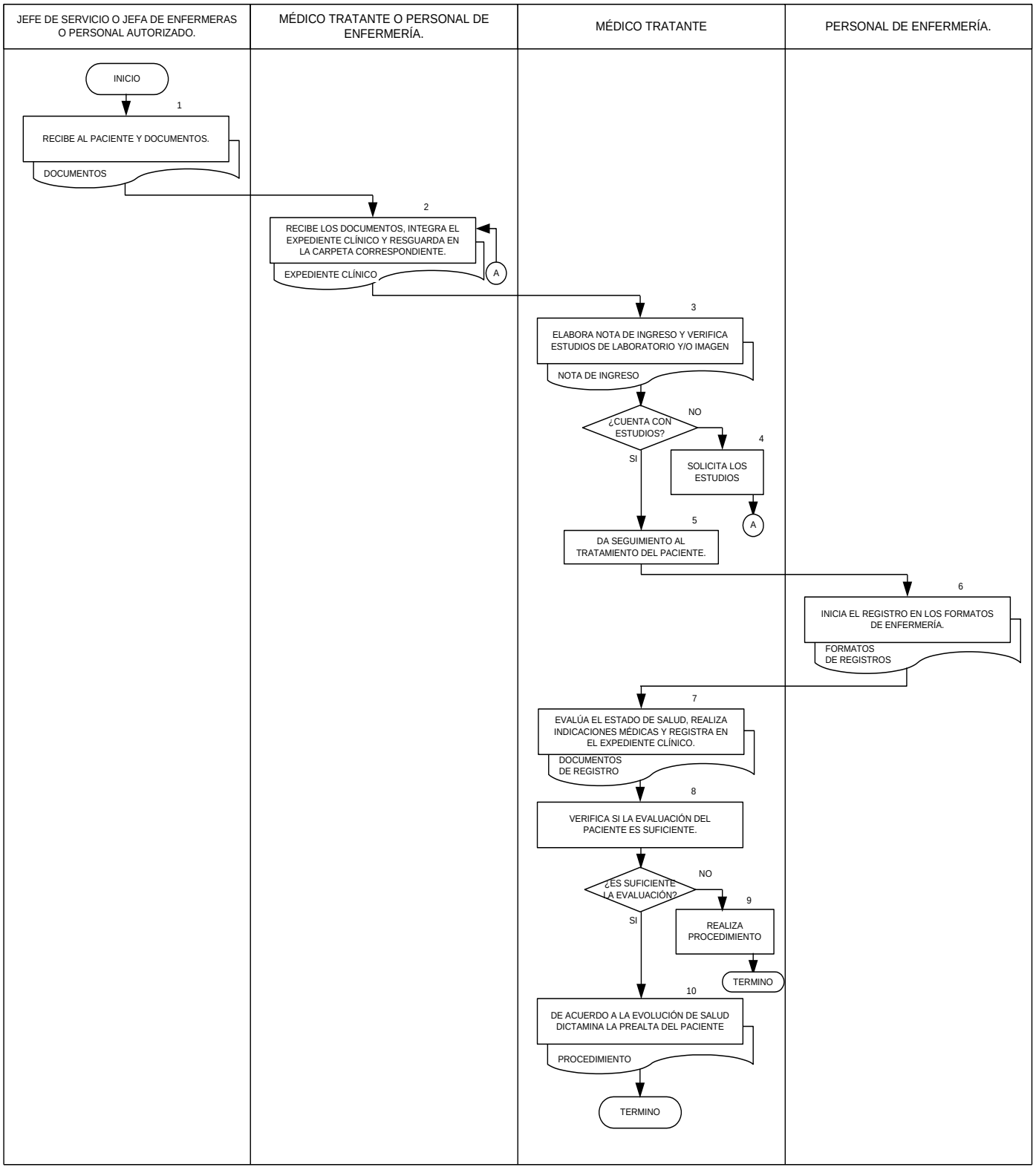
3.28 Los informes del estado de salud del paciente o a sus familiares se darán en un horario y lugar establecido por cada servicio, con el fin de dar a conocer la atención brindada: diagnóstico, tratamiento, procedimientos, resultados, plan terapéutico, pronóstico, beneficios, riesgos y alternativas de atención, aclarando cualquier duda que surja por parte del usuario o sus familiares.

3.29 La información proporcionada a los pacientes o a sus familiares del estado de salud, diagnóstico, tratamiento, procedimientos, resultados, plan terapéutico y pronóstico, quedará registrada en el expediente clínico o bitácora específica y firmada de conformidad por el usuario o familiares responsables de este; así como por el médico tratante y será integrada con los siguientes elementos: fecha, hora, nombre completo y firma de conformidad por parte de los usuarios, nombre completo, cédula y firma del médico tratante.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefe de Servicio o Jefa de Enfermeras o Personal Autorizado.	1	Recibe al paciente y Hoja de internamiento, Hoja de ingreso – egreso, Hoja de consentimiento informado, Hoja de trabajo social, Hoja de enfermería, Nota de ingreso, Historia clínica, Nota de evolución, Nota de traslado de acuerdo al Servicio procedente (Consulta Externa, Urgencias o Servicio médico interconsultado) y entrega a Médico Tratante o Personal de Enfermería.	• Documentos
Médico Tratante o Personal de Enfermería.	2	Recibe los documentos, integra el Expediente Clínico y resguarda en la carpeta correspondiente a la cama del paciente.	• Expediente Clínico
Médico Tratante	3 4 5	Elabora nota médica de ingreso al Servicio y verifica que el paciente cuente con estudios complementarios de laboratorio y/o imagen. ¿Cuenta con estudios complementarios? No: Solicitan los estudios o exámenes necesarios y regresa a la actividad 2. Si: Da seguimiento al tratamiento del paciente.	• Nota de Ingreso
Personal de Enfermería.	6	Inicia el registro de información en los formatos de registros de Enfermería.	• Formatos de Registros
Médico Tratante.	7

5. DIAGRAMA DE FLUJO



6. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
6.1 Manual de Organización de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.2 Manual de Procedimientos de la Dirección General Adjunta Médica	No Aplica
6.3 NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico	No Aplica

7. REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
7.1 Expediente Clínico	5 años	Archivo Clínico	No aplica

8. GLOSARIO DEL PROCEDIMIENTO

8.1 E.C.U.: Expediente Clínico Único, número irrepetible, con que se identifica el expediente del paciente.

8.2 Evento adverso: Incidente desfavorable, percance terapéutico, lesión iatrogénica u otro suceso infortunado que ocurre en asociación directa con la prestación de atención.

8.3 Expediente Clínico: Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

8.4 Médico interno de pregrado: Estudiante de medicina que cubre el ciclo académico teórico-práctico, el cual forma parte de la Licenciatura de Medicina.

8.5 Médico residente: Profesional de la medicina con título legalmente expedido que realiza estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse.

8.6 Médico tratante: Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud del paciente asignado a su cargo.

8.7 Servicios de Atención Médica: El conjunto de recursos que interviene sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

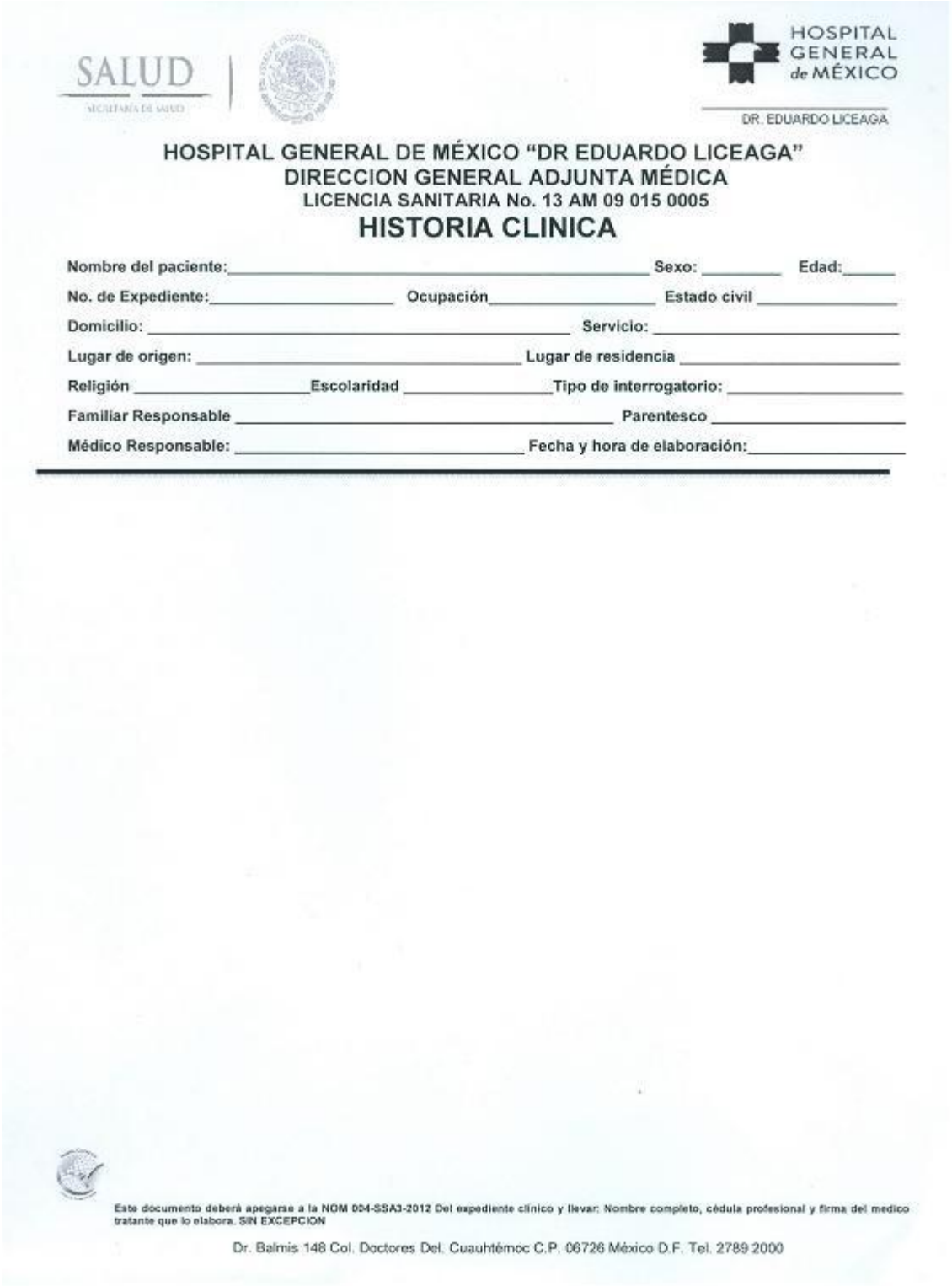
9. CAMBIOS DE VERSIÓN EN EL PROCEDIMIENTO

Número de revisión	Fecha de autorización	Descripción del cambio
No aplica	No aplica	No aplica

10. ANEXOS DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Formatos autorizados que integran el expediente clínico.

10.1 Formatos autorizados que integran el expediente clínico.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

HISTORIA CLINICA

Nombre del paciente:_____ Sexo: _____ Edad:_____

No. de Expediente:_____ Ocupación_____ Estado civil _____

Domicilio: _____ Servicio: _____

Lugar de origen: _____ Lugar de residencia _____

Religión _____Escolaridad _____Tipo de interrogatorio: _____

Familiar Responsable _____ Parentesco _____

Médico Responsable: _____ Fecha y hora de elaboración:_____

Este documento deberá apegarse a la NOM 004-SSA3-2012 Del expediente clínico y llevar: Nombre completo, cédula profesional y firma del medico tratante que lo elabora. SIN EXCEPCION

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
SOLICITUD DE INTERCONSULTA

AL SERVICIO: _____ **NO. DE EXPEDIENTE** _____

NOMBRE DEL ENFERMO _____
APELLIDO PATERNO MATERNO NOMBRE (S)

DEL SERVICIO _____ **UNIDAD** _____ **CAMA** ____ **FECHA Y HORA** ____/____/____

MOTIVO DE LA INTERCONSULTA :

_____
_____
_____
_____

MEDICO SOLICITANTE:

RECIBIDO POR _____
NOMBRE, CARGO Y FIRMA

FECHA Y HORA ____/____/____

_____
NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA".
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

HOJA DE INDICACION DE INGRESO HOSPITALARIO

México, D.F. a _____ de _____ de 20 _____

Realizar trámite de ingreso hospitalario al paciente:

Nombre _____ No. Expediente _____

al Servicio _____ Cama _____ Servicio a cargo : _____

Tipo de Internamiento ☐ Normal ☐ Con estancia

Diagnóstico (s) de ingreso _____

_____

Procedencia ☐ Consulta externa ☐ Urgencias ☐ Referido CASO ☐ Médico ☐ Quirúrgico

Tipo de ingreso ☐ Primera vez ☐ Subsecuente

Médico que indica el ingreso _____
(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

NOTIFICACION AL SERVICIO A CARGO HECHA POR _____

RECIBIO NOTIFICACION DEL SERVICIO A CARGO: _____ **(NOMBRE Y CARGO)**

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
CONSULTA EXTERNA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOJA DE FILTRO DE CONSULTA EXTERNA PARA
PACIENTES ENVIADOS PARA INTERCONSULTA

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____

SERVICIO SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

DIAGNÓSTICO DE ENVÍO: _____

_____

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: _____

_____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

_____

_____

DIAGNÓSTICO ALGOLÓGICO: _____

_____

_____

TRATAMIENTO ALGOLÓGICO: _____

_____

_____

NOTA PARA EL PACIENTE: ESTOY INFORMADO DE QUE ESTA CONSULTA ES UNA VALORACIÓN PREVIA A LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN ESTE SERVICIO, DONDE SE ME REALIZARA HISTORIA CLÍNICA Y TRATAMIENTO PARA MI ENFERMEDAD. EL TRATAMIENTO QUE SE ME INSTALE EL DÍA DE HOY ES TRANSITORIO Y DESLINDO TODA RESPONSABILIDAD A LOS MÉDICOS DE ESTE SERVICIO POR LAS REACCIONES ADVERSAS QUE SE LLEGARAN A PRESENTAR, TOMANDO EN CUENTA QUE ES UNA VALORACIÓN DE URGENCIA.

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

_____

NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO TRATANTE

México, D.F. a _____ de _____ de _____

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA" DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA

LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

OFICINA DE ADMISION

ORDEN DE TRASLADO INTERNO

SE TRASLADA AL ENFERMO (A)

_____

DE LA UNIDAD
O SERVICIO No. _____ **ESPECIALIDAD** _____ **CAMA** _____

A LA UNIDAD

O SERVICIO No. _____ **ESPECIALIDAD** _____ **CAMA**_____

A SOLICITUD

DEL MEDICO _____

(NOMBRE COMPLETO, CEDULA PROFESIONAL Y FIRMA)

AUTORIZADO POR EL JEFE DE LA UNIDAD O SERVICIO _____

FECHA ___/___/___ **HORA** ____

ENFERMERA QUE RECIBE AL ENFERMO

_____

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA

POR LA OFICINA DE ADMISION

_____

NOMBRE COMPLETO, CARGO, FIRMA Y SELLO

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
DR. EDUARDO LICEAGA
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA N° 13 AM 09 015 0005
SOLICITUD DE CIRUGIA

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

Electiva ( ) Urgencia ( )

Datos del paciente:

Apellido paterno **Apellido materno** **Nombres**

Edad: _____ **Genero: M ( ) F( )** **Expediente:** _____ **Cama:** _____

Diagnostico Preoperatorio: _____

Cirugía Solicitada: _____

Fecha de Cirugía: _____ **Hora:** _____

Equipo Quirúrgico:

Cirujano Responsable _____
1er. Ayudante _____
2do. Ayudante _____
Otros Integrantes _____

Instrumental y Equipo Solicitado:

Rayos X ( )
Estudios de Patología ( )

Hemocomponentes: _____ **Otros:** _____

Anestesiólogo Responsable: _____ **Sala:** _____

SOLICITADO POR: **AUTORIZACIÒN**

Jefe de Unidad o Cirujano Responsable	Jefe de Quirófanos	Jefe de Anestesiología
Nombre, Cedula Profesional y Firma	Nombre, Cedula Profesional y Firma	Nombre, Cedula Profesional y Firma

Folio:

Recibió: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____
Nombre y Firma

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
HOJA DE ALTA HOSPITALARIA

Nombre del paciente _____ **Fecha** _____ **Hora**_____
No. expediente_____ **Edad**_____ **Sexo**_____ **Fecha de Ingreso** _____
Diagnóstico(s) de ingreso_____ **Fecha y hora de egreso** _____
Diagnóstico (s) de egreso (CIE-10) _____
_____
_____

Motivo de egreso: **Mejoría** ☐ **Máximo beneficio** ☐ **Alta Voluntaria** ☐ **Curación** ☐ **Defunción** ☐

RESUMEN DE ALTA HOSPITALARIA
(Evolución Clínica- Resultado de estudios relevantes- Plan de Tratamiento, Medicamentos administrados)

Problemas clínicos pendientes o comorbilidades a atender:_____
_____
Recomendaciones de Vigilancia Ambulatoria: _____
Referencia a: _____
Nombre, Cédula y Firma Vo.Bo. Jefe de Servicio _____
Nombre, Cédula y Firma del Médico Tratante: _____
Recibí información y resumen (Nombre y firma del paciente o familiar responsable) _____
Su próxima cita es _____

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

SERVICIO_____ No.Expediente_____

DATOS DEL AGENTE DE AUTOCUIDADO (PACIENTE)

Nombre del paciente _____ **Edad**_____ **Sexo**_____
No. de cama _____ **Fecha y hora de egreso** _____
Diagnóstico (s) médicos de egreso (CIE-10) _____
_____
_____

Requisitos de educación

Medidas higiénico-dietéticas:

Cuidados específicos:

Terapia medicamentosa:

Enfermera (o) Responsable: _____
Nombre y firma

Nombre y firma del agente de autocuidado o familiar que recibe el plan:

_____

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005
TERAPEUTICA QUIRURGICA
DICTADO DE OPERACIÓN

FECHA

DIA	MES	AñO

NOMBRE DEL PACIENTE | EDAD | M | F

UNIDAD	EXP.	CAMA	HORA	MESA	SANGRE

TIPO DE ANESTESIA | ANESTESIOLOGO

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

OPERACIÓN PROGRAMADA

OPERACIÓN REALIZADA

DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

DESCRIPCIÓN

HALLAZGOS QUIRÚRGICOS

ACCIDENTES

BIOPSIA ____SI ____NO TIPO _____ SE ETIQUETO _____

RADIOLOGIA

CIRUJANO RESPONSABLE (NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA)

1ER. AYUDANTE (NOMBRE, CEDULA Y FIRMA)

2DO. AYUDANTE (NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA)

INSTRUMENTISTA:

NOTA: Deberá llenarse un formato por cada cirugía con todos los datos solicitados, SIN EXCEPCION.

CIRCULE LAS RESPUESTAS PRECODIFICADAS

FOLIO 1841833

SECRETARÍA DE SALUD

HOJA DE HOSPITALIZACION SIS-SS-14-P

UNIDAD: HOSPITAL GENERAL DE MEXICO | CLUES: DF SSA 003973 (EDO INSTITUCION CONSECUTIVO) 33|15|015|0001| 001|01|952 (EDO|JUR|MF|LOCALIDAD|DIGITO VER.)

DATOS DEL PACIENTE Y RECIEN NACIDO

NOMBRE: GARDUNO (APELLIDO PATERNO) HERNANDEZ (APELLIDO MATERNO) SANDRA SAMANTHA (NOMBRE (S)) GAHS951011000 RFC:

EDAD CUMPLIDA AL INGRESO: 19 AÑOS

¿NACIÓ EN EL HOSPITAL? SI [ ] NO [X]

SEXO: MASCULINO [ ] FEMENINO [X]

TALLA [ ] CM PESO [ ] KGS

DERECHOHABIENTE: IMSS [ ] ISSTE [ ] PEMEX [ ] SEDENA [ ] SECMAR [ ] GRATITUD [ ] GOB. ESTATAL [ ] SEGURO PRIVADO [ ] SEGURO POPULAR [ ] S. GASTOS CAST. [ ] NINGUNA [X] SE IGNORA [ ] PROSPERA [ ]

RESIDENCIA HABITUAL

FILIACION AL SPSS
ENTIDAD DISTRITO FEDERAL 09
MUNICIPIO IZTACALCO 006
LOCALIDAD IZTACALCO 0001
EXPEDIENTE 3104602
C.U.R.P.
CANELA NUM. 347 COL. GRANJAS MEXICO IZTACALCO; D.F.

¿PERTENECE A UN GRUPO INDIGENA: SI [ ] NO [ ] NO RESPOND [ ] NO SAB [ ]

HABLA O ENTIENDE ALGUNA LENGUA INDIGENA: SI [ ] NO [ ] NO RESPOND [ ] NO SAB [ ]

CUAL ES LA LENGUA INDIGENA QUE HABLA O ENTIENDE

HABLA ESPAÑO: SI [ ] NO [ ] NO RESPOND [ ] NO SAB [ ]

DATOS DE LA ESTANCIA

Ingreso 30/03/2015 (DIA MES AÑO)

Dias Estanci

SERVICIO TRATANTE 112A GINECO-OBSTETRICIA 112 — NORMAL X — CORTA EST [ ]

DE INGRESO 112A GINECO-OBSTETRICIA 112

TERCERO DE EGRESO

SALA DE LABOR [ ] HORAS
SALA DE EXPULSION [ ] HORAS
SALA DE RECUPERACION [ ] HORAS
TERAPIA INTENSIVA [ ] HORAS
TERAPIA INTERMEDIA [ ] HORAS

PROCEDENCIA: CONSULTA EXTERNA

REFERIDO: PERINOTALOGIA (Especificar Institucion)

MOTIVO DEL EGRESO: MEJORÍA [ ] CURACIÓN [ ] VOLUNTARIO [X] FUGA [ ] PASE A OTRO HOSPITAL [ ] DEFUNCIÓN [ ] OTRO MOTIVO [ ] MÁXIMO BENEFICIO [ ] CIRUGIA SUSPENDIDA [ ]

INGRESO

MEDICO: DRA NIETO

REINGRESO SI [ ] NO [X]

CAMA: 112A053FC CASO MEDICO S CASO QUIRURGICO S

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNOSTICOS FINALES AL EGRESO) — CODIGO CIE-10

COMORBILIDAD

DIAGNOSTICO DE INGRESO: EMB DE 17.3 SDG X FUM+PUVI PO DE COLESISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

AFECCION PRINCIPAL

SEGUNDA

TERCERA

CUARTA

QUINTA

SEXTA

PRIMERA VEZ |1| SUBSECUENTE |2| INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA SI [ ] NO [ ] RESELECCION AP. PRINCIPA

PROCEDIMIENTOS DIANOSTICOS TERAPEUTICOS NO QUIRURGICOS | DIA MES AÑO | CIRUJANO CEDULA PRO | CODIGO 9MC

Ninguno

PROCEDIMIENTO QUIRURGICOS | DIA MES AÑO | TIPO DE ANESTESIA | QUIROFANO EN HRS:MI FUERA | CODIGO CIE-10

Ninguno

ANESTESIA: 1.GENERAL 2.REGIONAL 3.SEDACIÓN 4.LOCAL 5.COMBINADA 6. NO US

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA AMPUTACION QUIRURGICA

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo _____
Lugar y fecha: _____ No de Exp.: _____ identificado con: _____
Servicio _____ Cama _____
Nombre de familiar o Representante legal: _____ Edad_____
Identificado con: _____Domicilio _____
Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a) _____ del servicio de _____del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" me ha informado que es necesario realizar la siguiente cirugía: **Amputación quirúrgica de** _____, por considerar que es la que mayores beneficios puede proporcionarme, al mismo tiempo me explicó y entendí que todo acto quirúrgico lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que se pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten la estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del tipo de cirugía, del estado previo del paciente, de los tratamientos que están recibiendo o de posibles anomalías anatómicas. Todas ellas pueden ameritar la atención de contingencias y urgencias, mismas que se realizarán bajo los principios éticos y científicos de la práctica médica.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y después de la **amputación quirúrgica** de_____se encuentran: _____, también se me ha explicado acerca de las alternativas a esta técnica quirúrgica como son: _____, por lo que he comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico realizó todas las observaciones pertinentes y aclaró todas las dudas que he planteado.Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.** Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención, podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (enfermeras o médicos residentes de la especialidad).Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos de la técnica quirúrgica a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cedula Profesional y Firma)
	Quien se identifica con:
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante legal	
Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:	Nombre y Firma Testigo Quien se identifica con:

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada evento quirúrgico** a realizar, sin excepción.

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que, sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal	
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

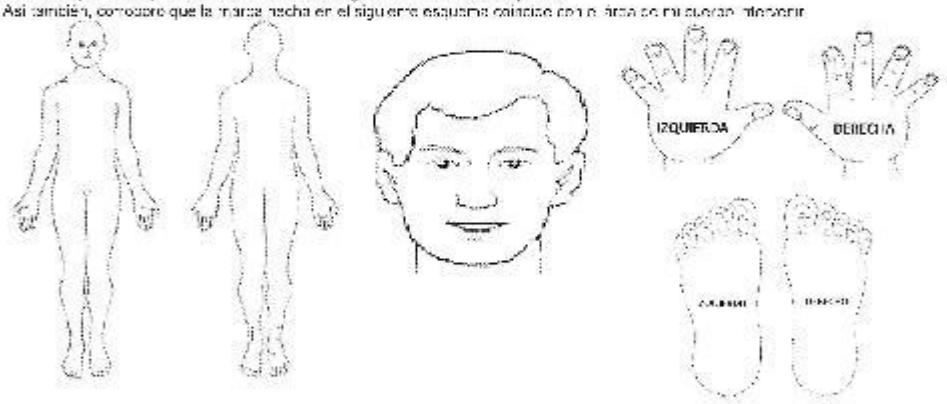
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCIÓN GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN PARA MARCAJE DE SITIO QUIRÚRGICO

Nombre del paciente: _____ Sexo_____ Edad _____
Lugar y fecha:_____ Estado Civil _____ Ocupación_____
Identificado con: _____ Domicilio_____
Nombre de familiar responsable:_____Parentesco: _____
Representante Legal: _____
Cirugía programada: _____ al oído _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr. (a). _____ del servicio de _____ de Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informó que: El marcaje del sitio quirúrgico es un procedimiento que realiza el cirujano tratante, previo a la cirugía, colocando en mi cuerpo una señal (círculo con punto en el centro) para identificar con precisión el sitio que será intervenido quirúrgicamente, por lo tanto es conveniente realizarlo y me explicó que no existen complicaciones que puedan surgir durante y posterior al procedimiento.
Fue comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido resolvió todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Estando y sabiendo que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación, siempre bajo supervisión (médicos residentes o enfermeras).

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación puedo negar o revocar el presente consentimiento. Por todo ello, manifiesto estar bien y satisfecho (a) con la información recibida y autorizo al médico cirujano tratante para que marque en mi cuerpo el sitio para la realización de la cirugía de acuerdo a lo estipulado.
Así también, comprendo que la marca hecha en el siguiente esquema coincide con la zona en la cual operará el cirujano.



Observaciones _____

_____ Nombre y Firma del paciente	_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
_____ Que se identifica con	Que se identifica con: _____
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable	_____ Que se identifica con
_____ Nombre y Firma Testigo	_____ Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y llenarse un formato para cada procedimiento de marcaje quirúrgico a realizar, sin excepción.

Dr. Balmis 148 Col. Doctores Del. Cuauhtémoc C.P. 06726 México D.F. Tel. 2789 2000

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO
DR. EDUARDO LICEAGA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA

ANTES DE LA INDUCCIÓN DE LA ANESTESIA — ENTRADA

1. EL PACIENTE HA CONFIRMADO:

SU IDENTIDAD ☐NO ☐SI ☐NA
EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI ☐NA
EL PROCEDIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA
SU CONSENTIMIENTO ☐NO ☐SI ☐NA

2. MARCADO DE SITIO QUIRÚRGICO
☐NO ☐SI

3. PREPARACIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO
☐NO ☐SI

4. MONITOREO CARDIACO Y OXÍMETRO DE PULSO COLOCADO Y EN FUNCIONAMIENTO
☐NO ☐SI ☐NA

5. ¿TIENE EL PACIENTE ALERGIAS CONOCIDAS?
☐NO ☐SI

6. ¿VÍA AÉREA DIFÍCIL/RIESGO DE ASPIRACIÓN?
☐NO ☐SI, ☐NA

7. RIESGO DE HEMORRAGIA >500ML (7 ML/KG EN NIÑOS)
☐NO ☐SI ☐NA

8. ¿SE HA PREVISTO LA DISPONIBILIDAD DE ACCESO INTRAVENOSO Y LÍQUIDOS ADECUADOS?
☐NO ☐SI

9. HEMODERIVADOS DISPONIBLES (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL)
☐NO ☐SI ☐NA

10. CRUCE DE SANGRE (DE ACUERDO A NORMATIVA INSTITUCIONAL)
☐NO ☐SI ☐NA

11. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS?
☐NO ☐SI ☐NA

12. ¿SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?
☐NO ☐SI ☐NA

NA=No Aplica

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA — INTERMEDIO QUIRÚRGICO

13. CONFIRMAR QUE EL EQUIPO QUIRÚRGICO SE PRESENTE POR NOMBRE Y FUNCIÓN

ENFERMERÍA ☐NO ☐SI
CIRUJANO ☐NO ☐SI
ANESTESIÓLOGO ☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)

14. ENTRE EL CIRUJANO ANESTESIÓLOGO Y ENFERMERA CONFIRMAN VERBALMENTE

LA IDENTIDAD DEL PACIENTE ☐NO ☐SI
EL SITIO QUIRÚRGICO ☐NO ☐SI
EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR ☐NO ☐SI

15. PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS
EL CIRUJANO REVISA LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS, LA DURACIÓN DE LA OPERACIÓN Y LA PÉRDIDA DE SANGRE
☐NO ☐SI

16. EL ANESTESIÓLOGO (A) REVISA SI EL PACIENTE PRESENTA ALGÚN PROBLEMA ESPECÍFICO
☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)

17. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISA SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD CON RESULTADOS DE LOS INDICADORES Y SI EXISTEN DUDAS O PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS Y EL CONTEO DEL MISMO
☐NO ☐SI

18. ¿SE PUEDEN VISUALIZAR ADECUADAMENTE LAS IMÁGENES RADIOLÓGICAS Y/O DIAGNÓSTICAS?
☐NO ☐SI

ANTES DE QUE EL PACIENTE SALGA DEL QUIRÓFANO — SALIDA

19. EL EQUIPO DE ENFERMERÍA CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO QUIRÚRGICO
EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO.
☐NO ☐SI

20. QUE EL RECUENTO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO, GASAS Y AGUJAS SEA CORRECTO Y COMPLETO.
☐NO ☐SI

21. LA IDENTIFICACIÓN Y EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS (QUE INCLUYE EL NOMBRE DEL PACIENTE)
☐NO ☐SI ☐NA

22. SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS
☐NO ☐SI

23. EL CIRUJANO ANESTESIÓLOGO Y EL EQUIPO DE ENFERMERÍA REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE

CIRUJANO ☐NO ☐SI
ENFERMERÍA ☐NO ☐SI
ANESTESIÓLOGO ☐NO ☐SI ☐NA (Anestesia Local)

24. ¿EXISTIERON EVENTOS ADVERSOS?
☐NO ☐SI

25. SE REALIZÓ REPORTE DEL EVENTO ADVERSO
☐NO ☐SI

26. EQUIPO QUIRÚRGICO QUE REALIZA LA VERIFICACIÓN

(especificar quien realizó el llenado de la Lista)

	Nombre y cédula profesional	Firma
CIRUJANO		
ANESTESIÓLOGO		
INSTRUMENTISTA:		
CIRCULANTE:		

27. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU): _____

CIRUGÍA REALIZADA: _____

FECHA: _____

SALUD

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DE ALTO RIESGO

Nombre del paciente:_____ Edad: _____

No de Exp.: _____ Sexo _____Lugar y fecha:_____

Nombre de familiar responsable o representante legal : _____

Edad_____ parentesco:_____ con domicilio en _____

Por medio de la presente manifiesto (amos) que el (la) Dr (a). _____ del servicio de _____del Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga" me informa que es conveniente realizar el siguiente procedimiento _____, considerado como de **alto riesgo** y me explico que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no q'uirúrgico, lleva consigo una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, incluyendo el riesgo de muerte, que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos que aumenten mi estancia hospitalaria. Dichas complicaciones algunas veces son derivadas de la propia técnica, pero otras dependen del procedimiento, del estado previo del paciente, de los tratamientos que está recibiendo, de posibles anomalías anatómicas e incluso podrían ser secundarios a la utilización de los equipos médicos.

Entre las complicaciones que pueden surgir durante y posterior al procedimiento al que me someteré: (_____) se encuentran: _____

_____

Asimismo me ha explicado acerca de las alternativas a este procedimiento que son: _____

He comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, el médico que me ha atendido realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que he planteado. Entiendo y acepto que, por ser un hospital escuela, en algún momento de mi atención podrá participar personal en formación siempre bajo supervisión (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc)

Se me informó también que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, **puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.**
Por todo ello, manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo los alcances de los riesgos del procedimiento a efectuar.

Nombre y Firma del paciente	Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)
Que se identifica con:	
Nombre y Firma del Familiar Responsable	
Que se identifica con:	Que se identifica con
Nombre y Firma Testigo	Nombre y Firma Testigo

Nota: Esta Carta se modificará de acuerdo a las Reformas de la Ley Correspondiente, deberá contener todos los datos solicitados y **llenarse un formato para cada procedimiento de alto riesgo a realizar.**

SALUD | HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MEDICA
LICENCIA SANITARIA No. 13 AM 09 015 0005

REVOCACION O NEGACION DE CONSENTIMIENTO

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE NIEGUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____declaro, que sin que exista presión externa alguna, **niego** la autorización a que se me realicen **los procedimientos de diagnóstico, tratamiento o quirúrgico** que me fueron explicados y que me doy por enterado de los alcances clínicos de la suspensión de estos actos.

☐ **EN CASO QUE EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE REVOQUEN EL CONSENTIMIENTO:**

Con esta fecha _____ revoco por completo el consentimiento otorgado el día _____ para realizar el procedimiento _____ y por tal motivo, no deseo proseguir con el tratamiento, el cual con esta fecha doy por finalizado, eximiendo de toda responsabilidad al médico tratante, una vez que me han explicado los alcances clínicos de la revocación del acto mencionado.

_____ Nombre y Firma del paciente

_____ Médico Tratante (Nombre, Cédula Profesional y Firma)

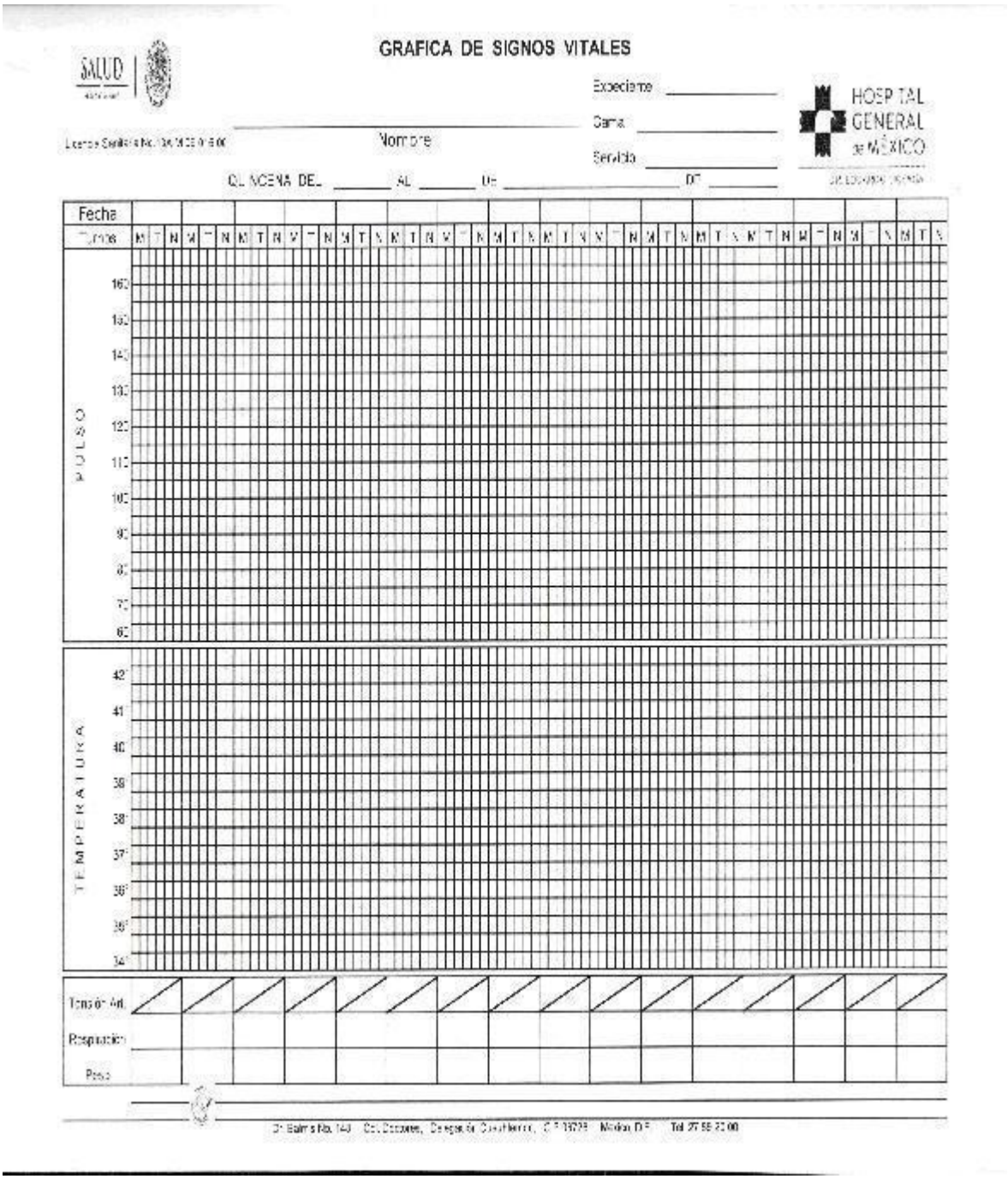
_____ Nombre y Firma del Familiar Responsable o Representante Legal

_____

Nombre y Firma Testigo

Nombre y Firma Testigo

Procedimentos de alto riesgo: biopsias: (músculo, tejidos blandos, hueso, ganglio, hepática, renal), Colocación de sonda endotraqueal, toracocentesis, paracentesis, intubación endotraqueal, colocación de marcapasos externo o definitivo, colocación de catéter de Mahurkar para hemodiálisis, colocacion de catéter rígido para diálisis peritoneal, venodisección, bloqueo de nervios periféricos, bloqueos epidurales con sustancias analésicas y antiinflamatorias, procedimientos neuroablactivos, bloqueos simpáticos con neurolíticos, infiltraciones articulares, laringoscopias, crisis de anafilaxia, broncoscopia, cualquier procedimiento que requierea inyección de medio de contraste o para medicina nuclear, punción subclavia, colocación de catéter central, procedimientos de radiologia intervencionista, punción lumbar, endoscopia gastrointestinal, colonoscopia, braquiterapia, CPREs, punción de médula ósea, hemodiálisis, terapia con láser, fluorangiografía, catetersmo cardiaco.



GRAFICA DE SIGNOS VITALES

Expediente

Cama

Servicio

Nombre

QUINCENA DEL _____ AL _____ DE _____ DE _____

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

Fecha

Turno

PULSO

TEMPERATURA

Tensión Art.

Respiración

Peso

SALUD SECRETARÍA DE SALUD

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO "DR.EDUARDO LICEAGA"
DIRECCION GENERAL ADJUNTA MÉDICA
LICENCIA SANITARIA No.13 AM 09 015 0005

HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

Servicio _____ Unidad _____ Fecha _____

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ no. De cama _____

No. De expediente Clínico _____ Fecha y hora de fallecimiento _____

Diagnóstico (s) de ingreso _____

Diagnóstico (s) de defunción _____

Entrega de Expediente y cadáver	Recibe notificación	Recepción de formato
Nombre _____	_____	_____
Firma _____	_____	_____
Hora _____	_____	_____

Vía telefónica _____

SALUD SECRETARÍA DE SALUD	**IDENTIFICACIÓN DE FIRMAS DE VALIDACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICO DEL SERVICIO DE ALERGÍA E INMUNOLOGÍA**	HOSPITAL GENERAL de MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

NOMBRE Y CARGO	FIRMA
DR. FELIPE F SANDOVAL MAGALLANES **Directro General Adjunto Médico**	
DRA. LETICIA LINO PÉREZ **Directora Médica**	
DR. GUILLERMO VELÁZQUEZ SAMANO **Jefe de Servicio de Alergía e Inmulogía**	

Elaborado con base en estructura orgánica del Servicio de Alergía e Inmunología, autorizada en el Manual de Organización del 5 de Octubre del 2015, este documento se integra de 361 fojas útiles.