

# PROCEDIMIENTO PARA **EL ÁREA DE** OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.

## A U T O R I Z A C I Ó N

ELABORÓ: RÚBRICA  
DRA. ANGÉLICA CÁRDENAS RAMÍREZ  
JEFA DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS

APROBÓ: RÚBRICA  
DR. EDUARDO VALLE OCHOA  
DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL, ESTANCIA BREVE

AUTORIZÓ: RÚBRICA  
DR. DANIEL OJEDA TORRES  
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE EN SALUD MENTAL

### CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL, ESTANCIA BREVE.

CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002

FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 22 DE FEBRERO DEL 2012

Sello	<b>DOCUMENTO DE REFERENCIA</b>
	El Presente procedimiento <u>Si</u> cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.
Sello	

Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

Responsable de la información: Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Breve  
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos  
04 Julio 2014

# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

## Objetivo

Brindar atención de calidad y oportuna a toda persona que requiera de cuidados médicos psiquiátricos en un medio controlado.

**Límites del procedimiento:** Cuando se ingresa el usuario al servicio Unidad de Cuidados Inmediatos en observación y termina cuando se da de alta o se hospitaliza el usuario.

## Alcance

**Áreas que intervienen:** Psiquiatría, Medicina General, Trabajo Social, y Enfermería.

## Políticas

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
  - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
  - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
  - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
- El personal que labora en la unidad debe apegarse a los lineamientos que marca la norma oficial para la prestación de servicios medico-psiquiátricos en unidades hospitalarias, con el fin de garantizar los derechos de los pacientes y sus familiares y apegarse a las leyes, reglamentos y normatividad vigente.
- Es responsabilidad del médico psiquiatra apegarse a los siguientes criterios de ingreso al área de observación:
  - Crisis psiquiátrica que son el resultado de una perturbación transitoria del estado mental, que ocurre en el seno de un trastorno de personalidad o del abuso de sustancias.
  - Usuarios con efectos secundarios graves a medicamentos psiquiátricos.
  - Ansiedad paroxística con ideación suicida.
  - Ideación suicida sin plan establecido o poco estructurado.
- En caso de requerir ingresar a un paciente a observación y no se cuente con camas disponibles, debe ser enviado a otra unidad con hoja de referencia, previa atención de la situación médica que comprometa la integridad del usuario.
- Es responsabilidad del médico psiquiatra de la Unidad de Cuidados Inmediatos vigilar que todo usuario que sea admitido en calidad de Observación permanezca máximo 36 horas en esta área.
- Es responsabilidad del médico psiquiatra de la UCIP valorar al usuario en el área de observación dentro de las primeras 24 horas de estancia en la unidad para determinar el servicio en donde continuará su atención.

SELLO



7. Es responsabilidad del médico psiquiatra realizar la evaluación de los pacientes en el área de observación bajo los siguientes parámetros:
  - a) Valoración clínica del caso.
  - b) Manejo del estado clínico.
  - c) Elaboración de nota clínica de acuerdo a la norma oficial.
  - d) Determina en donde continuara su atención: Hospitalización, Consulta externa o se envía a otra unidad.
8. Es responsabilidad del médico psiquiatra utilizar los siguientes criterios para el alta en el área de observación:
  - a) Control de la crisis que motivo el ingreso (trastornos de personalidad y/o consumo de sustancias).
  - b) Remisión de los efectos secundarios a los medicamentos.
  - c) Ausencia de Ideación suicida.
  - d) Ingreso a hospitalización.
9. Es responsabilidad del médico de UCI realizar sumario de alta a todo paciente que se egrese de la unidad.
10. En caso de que alguna persona con limitaciones físicas (por ejemplo: discapacidades de habla, visuales y auditivas) y/o condiciones culturales, población indígena solicite la atención, se deberá consultar y solicitar el apoyo de las organizaciones y/o instituciones correspondientes.
11. El médico tratante debe de informar al usuario sobre su derecho a su suspender o rechazar determinados tratamientos explicando sobre los riesgos de esta decisión y elaborando nota en el expediente clínico.
12. Toda exploración física debe realizarse bajo la autorización del paciente y/o familiar, así como en presencia del familiar o tutor responsable y personal de apoyo cuando así se requiera, bajo normas de respeto, explicando y aclarando dudas y cuidando descubrir sólo las zonas a explorar.
13. Toda información médica con respeto del paciente, solo será proporcionada directamente al usuario, a familiares directos o por petición de alguna autoridad judicial, previa solicitud por escrito la cual debe anexarse al expediente.
14. Es responsabilidad del médico tratante que a todo paciente que reciba atención en la institución se dé a conocer su diagnostico y se le de a firmar el consentimiento bajo información.
15. El personal que labora en la institución tiene la obligación de informar a pacientes y familiares sobre eventos imprevistos en su atención a través del médico tratante y/o trabajo social.

### Definiciones:

- Unidad de Cuidados Inmediatos** Área hospitalaria designada para albergar al usuario durante sus primeras horas de hospitalización.
- SIS** Sistema de Información Salud.
- Usuario Psiquiátrico** Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica por enfermedad mental.
- Enfermedad Mental** Es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente de la Organización Mundial de la Salud.

# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
1.	Psiquiatra UCI.	<p>Reciba paciente, verifica que cuenta con expediente clínico el cual cumple con lo marcado por la norma oficial, así como la <b>hoja individual de atención de urgencias</b> (ver anexo 2).</p> <p><b>Nota:</b>                      En caso de no encontrarse psiquiatra responsable de UCI, será el médico de urgencias el responsable del usuario.</p>						
2.	Enfermería de Unidad Cuidados Inmediatos.	<p>Informa a Medico General del usuario en observación en forma verbal o vía telefónica, <b>especificando nombre, edad y motivo de ingreso para observación.</b></p>						
3.	Médico General.	<p>Recibe notificación en forma verbal o vía telefónica y acude a valorar al usuario, realiza exploración física y nota de evolución de ingreso de Medicina General y antecedentes familiares Psiquiátricos Médicos, diagnóstico y tratamiento, entrega el “<b>Expediente clínico</b>”(ver anexo 3) con la nota de ingreso e indicaciones a enfermería y determina si existe intento de abandono hospitalario:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Intento abandono Hospitalario?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Ver <b>procedimiento para intento de abandono hospitalario.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica la actividad siguiente.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Intento abandono Hospitalario?	Entonces.	Si	Ver <b>procedimiento para intento de abandono hospitalario.</b>	No	<b>Aplica la actividad siguiente.</b>
¿Intento abandono Hospitalario?	Entonces.							
Si	Ver <b>procedimiento para intento de abandono hospitalario.</b>							
No	<b>Aplica la actividad siguiente.</b>							
4.	Enfermería de Unidad Cuidados Inmediatos.	<p>Determina si se presentan incidencias médico psiquiátricas:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Incidencias médico psiquiatra?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica la siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad 6.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Incidencias médico psiquiatra?	Entonces.	Si	<b>Aplica la siguiente actividad.</b>	No	<b>Aplica actividad 6.</b>
¿Incidencias médico psiquiatra?	Entonces.							
Si	<b>Aplica la siguiente actividad.</b>							
No	<b>Aplica actividad 6.</b>							

SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
5.	Enfermería de Unidad Cuidados Inmediatos.	Reporta vía telefónica o personal sobre la incidencias al Médico General o Psiquiatra, determina la acción a seguir de acuerdo a la siguiente tabla:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medico General</td> <td>Acuda a valorar usuario, realiza interrogatorio y exploración respetando los derechos del paciente, elabore nota de incidencia así como indicaciones clínicas de acuerdo a la norma oficial y determina manejo a seguir notificando a enfermería, <b>aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>Psiquiatría</td> <td>Acuda a valorar usuario, realiza interrogatorio y exploración respetando los derechos del paciente, elabora nota de incidencia así como indicaciones clínicas de acuerdo a la norma oficial y determina manejo a seguir notificando a enfermería, <b>aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces.	Medico General	Acuda a valorar usuario, realiza interrogatorio y exploración respetando los derechos del paciente, elabore nota de incidencia así como indicaciones clínicas de acuerdo a la norma oficial y determina manejo a seguir notificando a enfermería, <b>aplica actividad siguiente.</b>	Psiquiatría	Acuda a valorar usuario, realiza interrogatorio y exploración respetando los derechos del paciente, elabora nota de incidencia así como indicaciones clínicas de acuerdo a la norma oficial y determina manejo a seguir notificando a enfermería, <b>aplica actividad siguiente.</b>
		¿Personal?	Entonces.					
Medico General	Acuda a valorar usuario, realiza interrogatorio y exploración respetando los derechos del paciente, elabore nota de incidencia así como indicaciones clínicas de acuerdo a la norma oficial y determina manejo a seguir notificando a enfermería, <b>aplica actividad siguiente.</b>							
Psiquiatría	Acuda a valorar usuario, realiza interrogatorio y exploración respetando los derechos del paciente, elabora nota de incidencia así como indicaciones clínicas de acuerdo a la norma oficial y determina manejo a seguir notificando a enfermería, <b>aplica actividad siguiente.</b>							
6.	Aplica <b>procedimientos técnicos de enfermería</b> e indicaciones médicas psiquiátricas.							
7.	Jefatura de Hospitalización.	Reciba notificación de casos y convoca a reunión de Psiquiatría.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Análisis de casos de?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Observación</td> <td><b>Aplica actividad 10.</b></td> </tr> <tr> <td>Hospitalización</td> <td><b>Aplica la siguiente actividad.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Análisis de casos de?	Entonces.	Observación	<b>Aplica actividad 10.</b>	Hospitalización	<b>Aplica la siguiente actividad.</b>
		¿Análisis de casos de?	Entonces.					
Observación	<b>Aplica actividad 10.</b>							
Hospitalización	<b>Aplica la siguiente actividad.</b>							
8.	Psiquiatría UCI.	Confirma el diagnostico inicial de ingreso (presuntivo), <b>aplica clínimetría de acuerdo al diagnóstico</b> , realiza nota de evolución en “ <b>Hoja de Evolución Medico/psiquiátrica</b> ” (ver anexo 4) y asigna al equipo de trabajo 1; Unidad Cuidados Inmediatos Psiquiátricos, <b>Equipo de Trabajo 2</b> ; Trastornos depresivos y equipo de trabajo 3; trastornos bipolares y sintomatología psicótica, indica traslado a dormitorio correspondiente y manejo farmacológico en Hoja de indicaciones médicas y avisa verbalmente a enfermería del traslado.						
9.	Enfermería Unidad Cuidados Inmediatos.	Traslada al usuario a dormitorios correspondientes con documentación completa artículos de aseo y limpieza personal, <b>ver procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por psiquiatría.</b>  <b>Fin de procedimiento.</b>						



SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
10.	Psiquiatría UCI.	Determina si se hospitaliza al usuario y si se confirma diagnóstico inicial de ingreso presuntivo:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hospitaliza?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad 13.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Hospitaliza?	Entonces.	Si	<b>Aplica siguiente actividad.</b>	No	<b>Aplica actividad 13.</b>
		¿Hospitaliza?	Entonces.					
Si	<b>Aplica siguiente actividad.</b>							
No	<b>Aplica actividad 13.</b>							
11.	Personal.	Determina si se presenta intento de abandono hospitalario:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Intento de abandono hospitalario?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Ver procedimiento para intento de abandono hospitalario.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad 12.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Intento de abandono hospitalario?	Entonces.	Si	<b>Ver procedimiento para intento de abandono hospitalario.</b>	No	<b>Aplica actividad 12.</b>
		¿Intento de abandono hospitalario?	Entonces.					
Si	<b>Ver procedimiento para intento de abandono hospitalario.</b>							
No	<b>Aplica actividad 12.</b>							
12.	Psiquiatría.	<b>Informa a usuario y o familiar la necesidad de hospitalización, aplica procedimiento de Consentimiento Informado, llena Formato de Hoja Individual de Atención en Urgencias y entregue copia en el departamento de estadísticas, realiza llenado de "Hoja Sistema Información Salud (SIS)" (ver anexo 5), nota de ingreso en Hoja de evolución Psiquiátrica, indicaciones de ingreso y asignación a equipo tratante en Hoja de indicaciones Medicas, y avisa a Trabajo Social en forma verbal ya sea personal o vía telefónica del ingreso, acción a realizar:</b>						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabajo social</td> <td>Llena formatos administrativos, informa al familiar de reglamentos y manejo intrahospitalario (Sesiones informativas), notas de evolución en el expediente entrega copia al familiar y tramite realizado pase el expediente a Unidad Cuidados Inmediatos, asigne Trabajo social responsable del caso (usuario), ver procedimiento para cuidados inmediatos.  <b>Fin de procedimiento.</b></td> </tr> <tr> <td>Enfermera de Unidad Cuidados Inmediatos</td> <td>Ver procedimiento para cuidados inmediatos.  <b>Fin de procedimiento.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces.	Trabajo social	Llena formatos administrativos, informa al familiar de reglamentos y manejo intrahospitalario (Sesiones informativas), notas de evolución en el expediente entrega copia al familiar y tramite realizado pase el expediente a Unidad Cuidados Inmediatos, asigne Trabajo social responsable del caso (usuario), ver procedimiento para cuidados inmediatos.  <b>Fin de procedimiento.</b>	Enfermera de Unidad Cuidados Inmediatos	Ver procedimiento para cuidados inmediatos.  <b>Fin de procedimiento.</b>
		¿Personal?	Entonces.					
Trabajo social	Llena formatos administrativos, informa al familiar de reglamentos y manejo intrahospitalario (Sesiones informativas), notas de evolución en el expediente entrega copia al familiar y tramite realizado pase el expediente a Unidad Cuidados Inmediatos, asigne Trabajo social responsable del caso (usuario), ver procedimiento para cuidados inmediatos.  <b>Fin de procedimiento.</b>							
Enfermera de Unidad Cuidados Inmediatos	Ver procedimiento para cuidados inmediatos.  <b>Fin de procedimiento.</b>							

SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
13.	Psiquiatría.	<p>Informa al usuario <b>y/o familiar</b> de su alta, a trabajo social y enfermería, <b>llene Hoja Individual de atención en urgencias</b>, realiza nota en hoja de evolución psiquiátrica e indicaciones de egreso, <b>llena sumario de alta</b> (ver anexo 5), determina la clínica asignación de clínica de atención para consultas subsecuentes <b>manejo ambulatorio</b>, entrega <b>“Recetas”</b> (ver anexo 6) a Trabajo Social e indicaciones especiales en casos extraordinarios.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermería de Unidad Cuidados Inmediatos</td> <td><b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>Psiquiatría</td> <td><b>Aplica actividad 18.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces.	Enfermería de Unidad Cuidados Inmediatos	<b>Aplica siguiente actividad.</b>	Psiquiatría	<b>Aplica actividad 18.</b>
		¿Personal?	Entonces.					
		Enfermería de Unidad Cuidados Inmediatos	<b>Aplica siguiente actividad.</b>					
Psiquiatría	<b>Aplica actividad 18.</b>							
14.	Enfermera de Unidad de cuidados inmediatos.	<p>Reciba notificación de alta a través del Residente o Adscrito responsable del caso, si se presenta enfermedad medica notifica en forma verbal o por escrito al médico general de su egreso, determina la actividad a seguir:.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera de Unidad Cuidados Inmediatos</td> <td>Retira ropa de cama, solicita a intendencia la limpieza de la unidad del paciente retira ficha de identificación, <b>aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>Trabajo social</td> <td><b>Aplica actividad 16.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces.	Enfermera de Unidad Cuidados Inmediatos	Retira ropa de cama, solicita a intendencia la limpieza de la unidad del paciente retira ficha de identificación, <b>aplica actividad siguiente.</b>	Trabajo social	<b>Aplica actividad 16.</b>
		¿Personal?	Entonces.					
		Enfermera de Unidad Cuidados Inmediatos	Retira ropa de cama, solicita a intendencia la limpieza de la unidad del paciente retira ficha de identificación, <b>aplica actividad siguiente.</b>					
Trabajo social	<b>Aplica actividad 16.</b>							
15.	Intendencia.	Realiza el aseo de la unidad del usuario, notifica a enfermería al terminar.						
16.	Enfermería Unidad Cuidados Inmediatos.	Realiza tendido de cama cerrada, vea guía técnica de tendido de cama. <b>Fin de Procedimiento.</b>						
17.	Trabajo Social.	Entrega pertenencias al usuario; y entrega usuario al familiar, entrega receta, <b>“tríptico de cuidados en el hogar”</b> (ver anexo 7) y <b>aclara dudas</b> al familiar y/o usuario, informa a caja sobre el alta del usuario y envía al familiar y/o usuario a caja para <b>aplicar procedimiento de caja.</b>  <b>Fin de procedimiento.</b>						



SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD							
18.	Psiquiatría.	Orienta al usuario y familiar sobre la toma de medicamentos importancias de asistir a sus citas subsecuente orientación sobre su padecimiento efectos secundarios del medicamento indicaciones para acudir a urgencias y <b>explica</b> signos de alarma para acudir antes de su consulta, determina el tipo de alta:							
		<table border="1"> <tr> <th>¿Tipo de alta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> <tr> <td>Otra institución</td> <td><b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>Cita</td> <td>Envía a Trabajo Social, <b>aplica actividad 16.</b></td> </tr> </table>	¿Tipo de alta?	Entonces.	Otra institución	<b>Aplica siguiente actividad.</b>	Cita	Envía a Trabajo Social, <b>aplica actividad 16.</b>	
		¿Tipo de alta?	Entonces.						
		Otra institución	<b>Aplica siguiente actividad.</b>						
Cita	Envía a Trabajo Social, <b>aplica actividad 16.</b>								
Determine tipo de alta:									
<table border="1"> <tr> <th>¿Tipo de alta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> <tr> <td>Institución Pública.</td> <td>Elabora formato de referencia y contra referencia y entrega a Trabajo Social. <b>Aplica actividad 17.</b></td> </tr> <tr> <td>Caisame Estancia Prolongada.</td> <td>Anota en el expediente el envío a CAISAME Estancia Prolongada. <b>Aplica actividad 17.</b></td> </tr> <tr> <td>Organismo No Gubernamental</td> <td>Entrega formato de derivación de usuario y entrega a trabajo social. <b>Aplica actividad 17.</b></td> </tr> </table>		¿Tipo de alta?	Entonces.	Institución Pública.	Elabora formato de referencia y contra referencia y entrega a Trabajo Social. <b>Aplica actividad 17.</b>	Caisame Estancia Prolongada.	Anota en el expediente el envío a CAISAME Estancia Prolongada. <b>Aplica actividad 17.</b>	Organismo No Gubernamental	Entrega formato de derivación de usuario y entrega a trabajo social. <b>Aplica actividad 17.</b>
¿Tipo de alta?	Entonces.								
Institución Pública.	Elabora formato de referencia y contra referencia y entrega a Trabajo Social. <b>Aplica actividad 17.</b>								
Caisame Estancia Prolongada.	Anota en el expediente el envío a CAISAME Estancia Prolongada. <b>Aplica actividad 17.</b>								
Organismo No Gubernamental	Entrega formato de derivación de usuario y entrega a trabajo social. <b>Aplica actividad 17.</b>								

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS		
<b>Asesorado por:</b>	Lic. Gianello O. Castellanos Arce Ing/Arq. Rubén Contreras Cabrera Lic. Claudia Judith González Ochoa Lic. Laura Leticia Pérez Peralta	
PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Azucena Cacho Rangel</li> <li>• Dr. Carlos Isacc Serna</li> <li>• Dr. Edwin González Rincón</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lic. T. S. Ana Rosa Mendoza Santiago.</li> <li>• Dra. Angélica Ramírez Cárdenas.</li> <li>• Dra. Patricia Becerra Alatorre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T. S. Maricela Esparza Rubio.</li> <li>• Enf. Jaime Cabrera.</li> </ul>



SELO





# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

## Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM M02	Manual de Organización General del Instituto Jalisciense de Salud Mental.
DOM M57	Manual de Organización del Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Breve.
NOM-168-SSA1-1998	Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico.
NOM-025-SSA2-1994	Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica.

## Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Diagrama de Flujo
	Anexo 02 Hoja individual de atención de urgencias.
	Anexo 03 Expediente Clínico.
	Anexo 04 Hoja de Evolución Psiquiátrica.
	Anexo 05 Hoja Sistema Información Salud (SIS).
	Anexo 06 Receta.
	Anexo 07 Tríptico de cuidados en el hogar.

SELO





# ANEXOS

SELLO

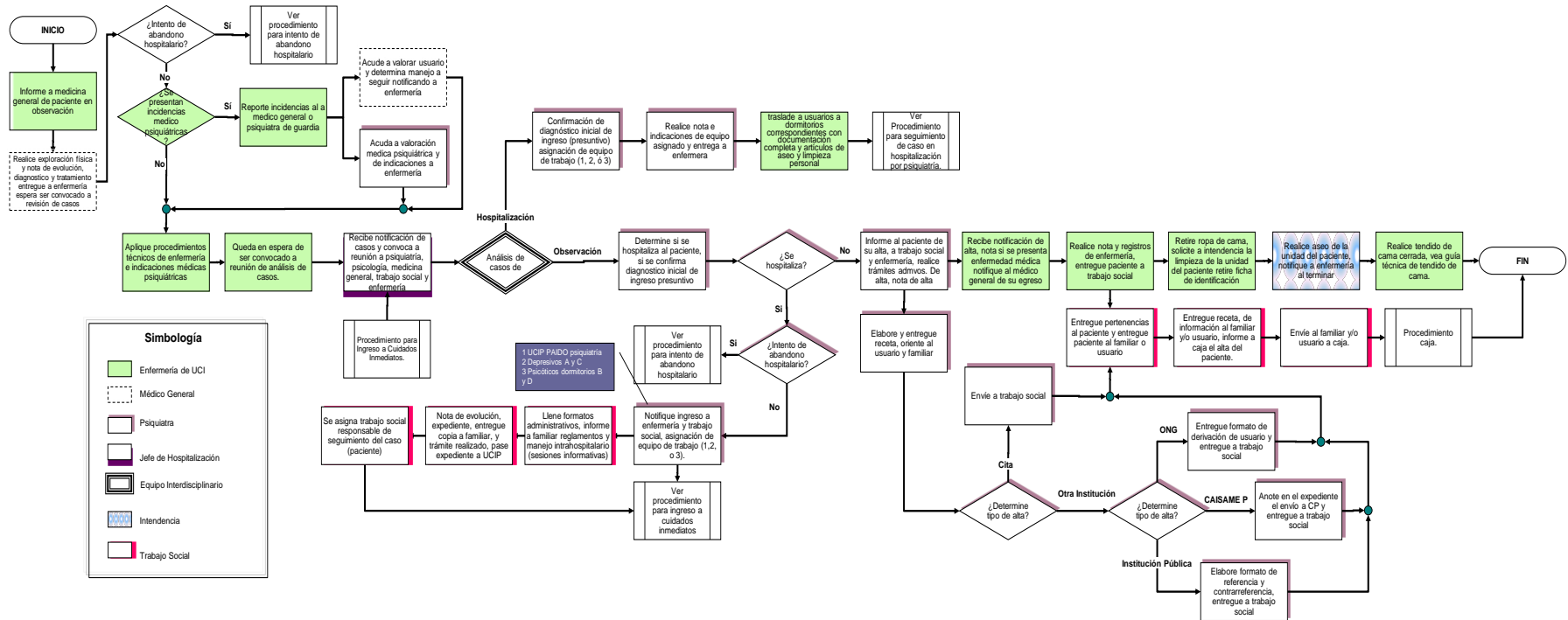


# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

## ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO



SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

## ANEXO 02: HOJA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN DE URGENCIAS.

CIRCULE LAS RESPUESTAS PRECODIFICADAS FOLIO | | | | | | | |

SALUD DGIS		HOJA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN DE URGENCIAS		SIS-SS-16-P-PSQ
UNIDAD		CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL ESTANCIA BREVE (CAISAME E.B.)		CLUSES:   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   11   12
ATENCIÓN PREVIA EN LA UNIDAD		URGENCIAS   SI   NO   NÚM. DE VECES   NO		HOSPITALIZACIÓN   SI   NO   CONSULTA EXTERNA   SI   NO
NOMBRE		APELLIDO PATERNO             APELLIDO MATERNO             NOMBRE (S)		
C.U.R.P.		NÚMERO DE EXPEDIENTE		
EDAD CUMPLIDA AL INGRESO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	DERECHOHABIENTIA	
AÑOS	DÍA     MES     AÑO	MASCULINO   1   1   FEMENINO   2   2	IMS   1   1   SEGURO PRIVADO   7   7   ISSSTE   2   2   SEGURO POPULAR   8   8   PEMEX   3   3   SE IGNORA   9   9   SEDENA   4   4   NINGUNA   0   0   SEMAR   5   5   SEGURO GRATUIDAD   0   0   GOB. ESTATAL   6   6   OPORTUNIDADES   P   P	
ESCOLARIDAD		ESTADO CIVIL	NÚM. DE AFILIACIÓN	
ANALFABETA   1   1   PREPARATORIA   4   4   PRIMARIA   2   2   PROFESIONAL   5   5   SECUNDARIA   3   3   OTRO   6   6		SOLTERO   1   1   CASADO   2   2   OTRO   3   3   CUAL ?	(APLICA PARA EL PUNTO "B" Y "G") 	
RESIDENCIA HABITUAL ENTIDAD		FORANEJO		
MUNICIPIO		LOCALIDAD		
CALLE		NÚMERO		
LLEGADA	TIPO DE URGENCIA:	ALTA POR (ENVIADO A)		
Di     Mes     Año       HH     MM	CALIFICADA   1   1   NO CALIFICADA   2   2   MOTIVO DE LA ATENCIÓN: ACCIDENTE, ENVENENAMIENTO Y VIOLENCIA   1   1   MÉDICA PSIQUIÁTRICA   2   2   PAIDOPSIQUIATRIA   4   4	HOSPITALIZACIÓN   1   1   CONSULTA EXTERNA   2   2   TRASLADO A OTRA UNIDAD   3   3   DOMICILIO   4   4   SALE POR DEFUNCIÓN   5   5   SALE POR FUGA   6   6   SALE POR VOLUNTAD PROPIA   7   7		
INGRESO	TIPO DE CAMA	MINISTERIO PÚBLICO   SI   NO		
Di     Mes     Año       HH     MM	CAMA DE OBSERVACIÓN   1   1   CAMA DE CHOQUE   2   2   SIN CAMA   3   3	FOLIO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		
ALTA	AFECIONES TRATADAS AL INGRESO (DIAGNÓSTICOS INICIALES)	CÓDIGO CIE-10		
Di     Mes     Año       HH     MM	1.- AFECCIÓN PRINCIPAL			
	2.-			
	3.-			
	RESELECCIÓN AFECCIÓN PRINCIPAL			
PROCEDIMIENTOS	AFECIONES TRATADAS AL EGRESO (DIAGNÓSTICOS FINALES AL ALTA)	CÓDIGO CIE-10		
1.-	1.- AFECCIÓN PRINCIPAL			
2.-	2.-			
3.-	3.-			
4.-	4.-			
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS DURANTE LA ATENCIÓN (NOMBRE, PRESENTACIÓN Y DOSIS)	MEDICOS (TRATANTES)	NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE RESPONSABLE DEL ALTA		
1.-	1.-	FIRMA		
2.-	2.-			
3.-	3.-			
4.-	4.-			

SIS-2010

SELO





PROCEDIMIENTO PARA **EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.**



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

ANEXO 03: EXPEDIENTE CLÍNICO.





**SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
 INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL**

**EXPEDIENTE CLINICO**

SERVICIO \_\_\_\_\_

GUADALAJARA, JAL. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20 \_\_\_\_\_



**INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL**  
 CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL

**HISTORIA CLÍNICA**

**FICHA CLINICA**

NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: [ ] [ ] [ ]

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: M [ ] F [ ] EDAD: \_\_\_\_\_ años.

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: [ ] [ ] [ ]

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: Analfabeta [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Preparatoria [ ] Licenciatura [ ] Postgrado [ ] (anotar el numero de años en cada espacio)

CREDO O RELIGIÓN: Católica [ ] Potestante/Cristiana [ ] otras [ ] cual: \_\_\_\_\_ PRACTICA: SI [ ] NO [ ]

Ocupación: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Unión Libre [ ] Viudez [ ]

VIVE CON LA PAREJA: SI [ ] No [ ]

CONDICIÓN DE EMPLEO: Empleado [ ] Desempleado [ ] Subempleado [ ]

FAMILIAR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

FUENTE DE REFERENCIA: Espontáneo Voluntario [ ] Espontáneo Involuntario [ ]

REFIERE INSTITUCIÓN: SI [ ] No [ ] Cual: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARA: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SÍNTOMA PRINCIPAL:

Alucinaciones [ ] Tipo: \_\_\_\_\_ Contenido: \_\_\_\_\_ Delirios [ ] Contenido: \_\_\_\_\_

Suicidio: Ideación [ ] Intento [ ] Como: \_\_\_\_\_

Estado de ánimo Depresivo [ ] Ansioso [ ] Eufórico [ ] Ataque de Pánico [ ] Fobia [ ] Cual: \_\_\_\_\_

Obsesión [ ] Compulsión [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Problemas para dormir [ ] Cual: \_\_\_\_\_

Problemas de alimentación [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Problemas sexuales [ ] Cual: \_\_\_\_\_

Deterioro Cognitivo [ ] Función(es): \_\_\_\_\_ Otro(s) [ ] Cual (es): \_\_\_\_\_

**PADECIMIENTO ACTUAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

INSTITUTO JALISQUEÑO DE SALUD MENTAL

EVENTO DESENCADENANTE: \_\_\_\_\_  
 FACTORES AGRAVANTES: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE EPISODIOS: \_\_\_\_\_ NUMERO DE HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE LA ULTIMA HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

**EXAMEN MENTAL**

Signos Vitales:  
 F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_  
 TA. de pie: \_\_\_\_\_ TA. de cubito: \_\_\_\_\_

**EXAMEN MEDICO**

Alteraciones Si [ ] No [ ] \_\_\_\_\_

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: \_\_\_\_\_  
 PSIQUIATRÍA: \_\_\_\_\_  
 PSICOLOGÍA: \_\_\_\_\_  
 MEDICA: \_\_\_\_\_  
 ESTUDIOS SOLICITADOS PARA COMPLEMENTAR EL DIAGNOSTICO: Si [ ] No [ ]  
 CUALES: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Medicamento	Presentación	Indicación	Objetivo	Riesgo

PLAN DE MANEJO  
 CONSULTA EXTERNA: [ ] CLINICA: \_\_\_\_\_  
 HOSPITALIZACIÓN: [ ] CLINICA: \_\_\_\_\_  
 REFERENCIA: [ ]

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO PSIQUIATRA

**HISTORIA PERSONAL**

DESARROLLO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: Embarazo: Normal [ ] Con Problemas [ ]:  
 Parto: Normal [ ] A término [ ] Con Problemas [ ]:  
 Peso y Talla: Normal [ ] Bajo [ ] Alto [ ] Primer Año: Normal [ ] Con problemas [ ]:  
 Reflejos: Normales [ ] Anormales [ ]: Elimina reflejos: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_  
 Dientes: Crecimiento Normal [ ] Crecimiento Anormal [ ]: Gateo: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_  
 Caminar: Sin asistencia [ ] Con asistencia [ ]: Edad: \_\_\_\_\_ Primera palabra: Edad: \_\_\_\_\_ Frases Comprensibles: Edad: \_\_\_\_\_  
 Control de esfínteres Normal [ ] Problemático [ ]: Edad: \_\_\_\_\_  
 Trastornos en los Primeros años de vida: Si [ ] No [ ]  
 Del lenguaje [ ]: Intelectual [ ]:  
 Motor [ ]: Auditivo [ ]:  
 De conducta [ ]:  
 Socialización en los primeros años de vida: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ] Asistencia Médica en los primeros Años de vida: Si [ ] No [ ]  
 Vacunación: Completa [ ] Incompleta [ ] Ninguna [ ]  
 Enfermedades de la infancia:  
 Hospitalización: Si [ ] No [ ]: Cuantas: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
 Cirugía: Si [ ] No [ ]: Cuantas: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
 Uso de anestesia: Si [ ] No [ ]  
 Higiene en los primeros años de vida: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ]  
 Leche: Materna [ ] Fórmula [ ] Destete: \_\_\_\_\_ Nutrición en los primeros años de vida: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ]  
 Adolescencia: Normal [ ] Con problemas [ ] Cuales: \_\_\_\_\_  
 Socialización en la adolescencia: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ]  
 Noviazgos: Si [ ] No [ ]: Número: \_\_\_\_\_ Satisfactorios: Si [ ] No [ ] Cuales: \_\_\_\_\_  
 Problemas de relación interpersonal en la adolescencia: Si [ ] No [ ]: Cuales: \_\_\_\_\_

Con quién (es): \_\_\_\_\_  
 Agresión Física: Si [ ] No [ ]:  
 Actos ilegales: Si [ ] No [ ]:  
 Descripción: \_\_\_\_\_  
 Intereses y Pasatiempos: \_\_\_\_\_  
 Preocupaciones: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_



SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

### HISTORIAL MEDICO

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Ejercicio: Si [ ] No [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Habitos Alimenticios: Adecuados [ ] Regulares [ ] Inadecuados [ ]

Enfermedad(es) previa(s) Si [ ] No [ ] Diagnostico (s): \_\_\_\_\_

Enfermedad(es) actual (es) Si [ ] No [ ] DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

Diagnostico (s): \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS DONDE EXISTE ALTERACIÓN: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES: No [ ] Si [ ] (Anotar solo los problemas diferentes al padecimiento actual): \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Familiar	Vive	Edad (actual o en la que falleció)	Enfermedad Medica	Enfermedad Psiquiátrica
Abuelo Paterno	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____	Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____
Abuela Paterna	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____	Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____
Padre	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____	Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____
Abuela Materna	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____	Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____
Madre	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____	Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____
Otro	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____	Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____
Otro	Si [ ] No [ ]		Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____	Si [ ] No [ ] Diagnostico: _____

### CONSUMO DE SUSTANCIAS

CIE - 10	Sustancia	Edad Inicio	Frecuencia	Patrón de Consumo	T	A	I	A	D	R

T= TOLERANCIA A= ABSTINENCIA I= INTOXICACIÓN A= ABUSO D= DEPENDENCIA R= REMISIÓN

### HISTORIA ESCOLAR

Problemas Académicos: Si [ ] No [ ] Cuales: \_\_\_\_\_

Periodo escolar: \_\_\_\_\_ Motivador: \_\_\_\_\_

Problemas de Conducta ( en la escuela ): Si [ ] No [ ] Cuales: \_\_\_\_\_

Reportes y/o sanciones por " mala conducta ": Si [ ] No [ ]: \_\_\_\_\_

Periodo Escolar : \_\_\_\_\_ Motivador: \_\_\_\_\_

Asignaturas Favoritas: \_\_\_\_\_

Asignaturas Difíciles : \_\_\_\_\_

Rendimiento Escolar : \_\_\_\_\_

### VIDA SEXUAL

Inicio de Vida sexual Si [ ] No [ ]: Edad: \_\_\_\_\_ Satisfacción Si [ ] No [ ]: \_\_\_\_\_

Orientación Sexual: Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] No. De parejas sexuales: \_\_\_\_\_

Conducta auto erótica: \_\_\_\_\_ /mes o \_\_\_\_\_ /año Frecuencia de coito: \_\_\_\_\_ /mes o \_\_\_\_\_ /año

Fase	Alteración
Deseo	
Excitación	
Orgasmo	
Dolor	

Acoso sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Abuso sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Violencia sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Incesto: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DE PERSONALIDAD

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

NUMERO DE INTEGRANTES ( Incluyendo Padres ): \_\_\_\_\_ INTEGRACIÓN FAMILIAR: Si [ ] No [ ]

COMUNICACIÓN FAMILIAR: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada o Deficiente [ ]

VIVE CON: FAMILIA NUCLEAR [ ] UN FAMILIAR [ ]: \_\_\_\_\_

SOLO [ ] PAREJA [ ] FAMILIA [ ] AMIGOS [ ] OTRO [ ]

RELACIONES FAMILIARES: Buenas [ ]: \_\_\_\_\_

Regulares [ ]: \_\_\_\_\_

Malas [ ]: \_\_\_\_\_

REDES DE APOYO: Familia [ ] \_\_\_\_\_

Amigos [ ] \_\_\_\_\_

Pareja [ ] \_\_\_\_\_

Institucion [ ] \_\_\_\_\_



# PROCEDIMIENTO PARA **EL ÁREA DE** OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

**SITUACIÓN ECONÓMICA**

VIVENDA: Propia [ ] Rentada [ ] Prestada [ ] Otra [ ] \_\_\_\_\_ SERVICIOS: Luz [ ] Gas [ ] Agua [ ] Drenaje [ ]  
 NUMERO DE DORMITORIOS: \_\_\_\_\_

NUMERO DE SALARIOS MÍNIMOS DE INGRESO: \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONOMICAMENTE: \_\_\_\_\_

**HISTORIA LABORAL**

Inicio de vida laboral: Si [ ] No [ ]; Edad: \_\_\_\_\_ Empleos: \_\_\_\_\_  
 Ultimo Empleo: \_\_\_\_\_  
 Numero de empleos en el ultimo año: \_\_\_\_\_  
 Máxima duración en empleo: ( cuando ): \_\_\_\_\_  
 Motivos para cambios de empleo: \_\_\_\_\_  
 Empleo actual: Si [ ] No [ ]; Satisfacción con el empleo: Si [ ] No [ ] \_\_\_\_\_  
 Descripción: \_\_\_\_\_

**FAMILIOGRAMA**

**OBSERVACIONES**

\_\_\_\_\_


NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO PSIQUIATRICA








## ANEXO 03: HOJA DE EVOLUCIÓN MEDICO PSIQUIÁTRICA.



SECRETARÍA  
DE SALUD  
JALISCO

**SERVICIO DE SALUD JALISCO**  
 INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
 CAISAME ESTANCIA BREVE




HOJA DE EVOLUCIÓN MEDICO/PSIQUIATRICA

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_ No. DE EXP. \_\_\_\_\_

FECHA HORA	

SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

## ANEXO 05: HOJA SISTEMA INFORMACIÓN SALUD.

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN		
UNIDAD: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JALISCO	JURISDICCIÓN: N. XIII GUAD. - JUÁREZ -TLAJOMULCO	LOCALIDAD: EL ZAPOTE DEL VALLE
DATOS DEL PACIENTE: NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NOMBRE DE EXPEDIENTE: _____		
EDAD: _____ AÑOS SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DERECHOHABIENTE <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/>		
ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/>		
ESCOLARIDAD: PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/>		
OCUPACIÓN: _____		
RESIDENCIA HABITUAL: _____		
DOMICILIO: _____		
LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____		
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____		
DATOS DEL INGRESO: PRIMERA VEZ <input type="checkbox"/> REINGRESO NUM. _____ FECHA: _____		
PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> OTRA UNIDAD		
TIPO DE INGRESO: <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO <input type="checkbox"/> INVOLUNTARIO <input type="checkbox"/> OBLIGATORIO		
PACIENTE REMITIDO POR: <input type="checkbox"/> DENTRO DEL ESTADO <input type="checkbox"/> FUERA DEL ESTADO <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> HOSPITALES CIVILES <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> SERVICIOS MED. MUNICIP.		
<input type="checkbox"/> CLÍNICAS PARTICULARES <input type="checkbox"/> CRUZ ROJA <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN CIVIL		
<input type="checkbox"/> AUTORIDADES JUDICIALES <input type="checkbox"/> AUTORIDADES CIVILES		
PARTES DE LESIONES: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		
DIAGNÓSTICOS INICIALES PSIQUIATRÍA: _____ CÓDIGO CIE _____		
1.- PRINCIPAL _____		
2.- SEGUNDO _____		
3.- TERCERO _____		
INDICACIÓN DE ESTUDIOS: LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> T.A.C. <input type="checkbox"/> E.E.G. <input type="checkbox"/>		
OTROS: ESPECIFIQUE _____		
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN _____		
PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL _____		
DIAGNÓSTICOS INICIALES MEDICINA _____ CÓDIGO CIE _____		
1.- PRINCIPAL _____		
2.- SEGUNDO _____		
3.- TERCERO _____		
INDICACIÓN DE ESTUDIOS: LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> OTROS: ESPECIFIQUE _____		
INFECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____		
MEDICO PSIQUIATRA RESPONSABLE DEL INGRESO _____		
NOMBRE Y FIRMA _____		

DATOS DEL EGRESO: INGRESO: _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ EGRESO: _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ DIAS DE ESTANCIA: _____	
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN: _____	
MOTIVO DEL EGRESO: <input type="checkbox"/> CURACIÓN <input type="checkbox"/> CUMPLIDOS LOS OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN	
<input type="checkbox"/> MEJORA <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/> A SOLICITUD DEL USUARIO	
<input type="checkbox"/> A SOLICITUD DE FAMILIARES <input type="checkbox"/> ABANDONO SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA	
<input type="checkbox"/> DISPOSICIÓN DE AUTORIDAD LEGAL <input type="checkbox"/> DEFUNCIÓN	
DIAGNÓSTICOS FINALES PSIQUIATRÍA: _____ CÓDIGO CIE _____	
1.- PRINCIPAL _____	
2.- SEGUNDO _____	
3.- TERCERO _____	
CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> T.A.C. <input type="checkbox"/> E.E.G. <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICOS FINALES PSIQUIATRÍA: _____ CÓDIGO CIE _____	
1.- PRINCIPAL _____	
2.- SEGUNDO _____	
3.- TERCERO _____	
CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA <input type="checkbox"/>	
HIV: POSIT <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> CÓDIGO CIE _____	
INFECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____	
INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____	
DEFUNCIÓN (FUENTE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN) FOLIO NUM. _____	
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (TRANSCRIPCIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN): _____	
I a) _____	
b) _____	
c) _____	
II _____	
TRABAJO SOCIAL	
DIAGNÓSTICO: <input type="checkbox"/> FAMILIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ABANDONO FAMILIAR	
<input type="checkbox"/> FAMILIA DISFUNCIONAL <input type="checkbox"/> INDIGENTE	
<input type="checkbox"/> RECHAZO FAMILIAR <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL? _____	
APOYO FAMILIAR: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿QUIÉN? _____	
EGRESO DEL USUARIO: <input type="checkbox"/> CON FAMILIAR <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> TRASLADO A SU DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> SIN FAMILIAR <input type="checkbox"/> CANALIZADO A OTRA INSTITUCIÓN ¿CUAL? _____	
ANTECEDENTES LEGALES: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____	
ESTUDIOS REALIZADOS: <input type="checkbox"/> NIVEL 1 <input type="checkbox"/> NIVEL 2 <input type="checkbox"/> FICHA SOCIOECONÓMICA <input type="checkbox"/> RESUMEN MÉDICO SOCIAL	
VISITAS DOMICILIARES: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
TRABAJADOR SOCIAL RESPONSABLE: _____	
OBSERVACIONES: _____	
NÚMERO DE RECIBO DE PAGO: _____ SITUACIONES ESPECIALES	
<input type="checkbox"/> MECED <input type="checkbox"/> MINUSVALIDO	
NOMBRE DEL PSIQUIATRA RESPONSABLE DEL EGRESO: _____ NOMBRE Y FIRMA _____	

SELO



# PROCEDIMIENTO PARA EL ÁREA DE OBSERVACIÓN EN CUIDADOS INMEDIATOS.



CÓDIGO: DOM-P078-I5\_002  
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DEL 2009  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 23 DE ENERO DEL 2012

## ANEXO 06: RECETA.

	<b>SERVICIOS DE SALUD JALISCO</b> <b>INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL</b> <b>CAISAME ESTANCIA BREVE</b> AV. ZOQUIPAN No. 1000 EDIF "A" COL. ZOQUIPAN ZAOPAN, JAL. C.P. 45170 TELS. 3633-9383 3633-9474, 3633-9535 FAX 36331901	
Nombre del usuario: _____ fecha: _____		
Genérico _____		
Clave: _____		
Presentación _____		
<u>INDICACIONES</u>		
Genérico _____		
Clave: _____		
Presentación _____		
<u>INDICACIONES</u>		
<i>Dra. Angélica Ramírez Cárdenas</i> <i>Médico Psiquiatra</i> <i>U. D. G.</i> <i>D. G. P. 4309648 Esp. 4896740</i>		<b>Nº 1167</b>




SELO

--



ANEXO 07: TRÍPTICO DE CUIDADOS EN EL HOGAR.

<p><b>2.- Reposo adecuado.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Procurarle actividad durante todo el día.</li><li>• Ser cortés pero firme para fijar límites respecto al tiempo que el paciente podrá pasar en cama, determinar el tiempo específico cuando el paciente debe despertar por la mañana y cuando podrá reposar.</li><li>• No permitirle que duerma durante mucho tiempo en las horas diurnas.</li><li>• Disminuir los estímulos del medio ambiente por ejemplo conversaciones en voz alta, luces brillantes en horas nocturnas, etc.</li><li>• Limitar el consumo de café u otras bebidas que contengan cafeína, especialmente al anochecer.</li></ul> <p><b>CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Es imprescindible continuar con la toma de los medicamentos indicados a su familiar por el médico psiquiatra.</li><li>• No deberá hacer modificaciones al esquema farmacológico por iniciativa propia.</li><li>• En caso de presentarse reacciones adversas al medicamento como temblores, movimientos frecuentes de manos, intranquilidad motora y excesivo caminar, el paciente debe acudir al servicio de urgencias para ser valorado.</li><li>• En caso de que su familiar presente boca seca usted podrá proporcionar caramelos o chicles sin azúcar para aliviar la sequedad bucal.</li><li>• Retención urinaria y estreñimiento: mantener vigilada la frecuencia y cantidad de excreción del paciente y aconsejarle mantener una frecuente ingesta de líquidos, fibra y estimularlo a realizar ejercicio físico.</li><li>• No permitir el uso de alcohol.</li></ul> <p>Ante cualquier emergencia, favor de acudir al servicio de urgencias, el cual atiende las 24 hrs. del día.</p>	<p><b>DERECHOS GENERALES DEL PACIENTE</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Recibir atención médica adecuada.</li><li>2. Recibir trato digno y respetuoso.</li><li>3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.</li><li>4. Decidir libremente sobre su atención.</li><li>5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.</li><li>6. Ser tratado con confidencialidad.</li><li>7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.</li><li>8. Recibir atención médica en caso de urgencia.</li><li>9. Contar con su Expediente Clínico.</li><li>10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención recibida.</li></ol>	<p><b>Egreso de la Unidad Hospitalaria del CAISAME ESTANCIA BREVE</b></p> <p><b>INFORMACIÓN IMPORTANTE</b></p>  <p>Av. Zoquipan No. 1000-A Col. Zoquipan. C.P. 45170 Zapopan, Jalisco, México INFORMES: Tel. 3633-2141, 3633-9774 Ext. 100</p>
---	---	---

**Egreso de la Unidad Hospitalaria del CAISAME ESTANCIA BREVE**

**INFORMACIÓN IMPORTANTE**

**CUIDADOS EN EL HOGAR.**

**1.- Mantener al paciente en un ambiente de seguridad (Acciones).**

- Mantener los objetos punzo cortantes (tijeras, navajas, agujas, etc.) así como instrumentos que pueden ser utilizados como armas (cables de electricidad, mecates) fuera del alcance del paciente, permitiendo su uso únicamente bajo supervisión.
- Proporcionar el uso de rasuradoras eléctricas de ser posible, ya que las rasuradoras descartables pueden romperse y quitarles las hojillas.
- Mantener en un sitio seguro objetos que se usan para limpieza o mantenimiento tales como: líquidos limpiadores, destapa cañerías, veneno para roedores, insecticida, etc.
- Colocar en depósitos seguros medicamentos de uso doméstico.
- No permitir que fume en los cuartos.
- Detectar cualquier signo de ansiedad creciente y tratar de disminuirla enseñándole respiración profunda, animándolo a realizar juegos o deportes no competitivos.

**2.- Establecer comunicación y crear confianza, acciones a seguir:**

- Expresar preocupación y apoyo.
- Escucharle, prestarle especial atención a lo que esta comunicando en forma verbal y no verbal.
- No permitir actitudes de manipulación ni hacerle parecer tonto.
- No provocar discusiones con el paciente ni convertirse en participante de una lucha de poder.

**3.- Aumentar el autoestima y comunicarse con los demás, acciones a seguir:**

- Proporcionar la atención de una forma sincera y con interés.
- Apoyarle en todo sus éxitos, cumplimiento de responsabilidades, proyecto e interacciones personales.
- Proporcionarles actividades simples, que puedan ser fácilmente ejecutadas por el paciente y con rapidez.
- Permitir sin animar que el paciente lllore, permaneciendo con él dándole apoyo y brindándole privacidad cuando pida permanecer a solas.

**INDICACIONES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS.**

**1.- Facilitar una nutrición adecuada**

- Ofrecerle alimentos líquidos nutritivos y agua con frecuencia en pequeñas cantidades.
- Si sufre de síntomas gastrointestinales como por ejemplo náuseas o acidez, ofrecerle alimentos blandos y ligeros. Evitar alimentos fritos, las cremas de aderezo y los alimentos condimentados.
- Proporcionarle alimentos con alto contenido de fibra y vegetales que promuevan la regularidad del vaciamiento intestinal.
- Observar la regularidad del vaciamiento intestinal del paciente; no permitir que se produzcan impactaciones fecales además tomar en consideración que la inactividad, la ingestión de tranquilizantes mayores y la disminución de la ingesta de alimentos pueden ser causa de estreñimiento.