

# PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE AFILIADOS AL SISTEMA NOMINAL EN SALUD (SINOS).

## A U T O R I Z A C I Ó N

RÚBRICA

ELABORÓ: LIC. CYNTHIA MARÍA RENDÓN MARTÍNEZ  
JEFA DE DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DEL PADRÓN

RÚBRICA

APROBÓ: DR. CARLOS E. CARVAJAL CABEZA DE VACA  
DIRECTOR DE AFILIACIÓN Y ASEGURAMIENTO

RÚBRICA

AUTORIZÓ: DR. ANTONIO CRUCES MADA  
DIRECTOR GENERAL DEL RÉGIMEN ESTATAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

*Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.*

CÓDIGO: **DOM-P120-D1\_001**

DOCUMENTACIÓN: 5 DE NOVIEMBRE DE 2013

ACTUALIZACIÓN: 12 DE DICIEMBRE DEL 2013

AUTORIZACIÓN: **21 JUNIO 2014**

NIVEL DOCUMENTAL: **II**      VERSIÓN:

CLAVE:

Sello

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

El Presente procedimiento Si cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.

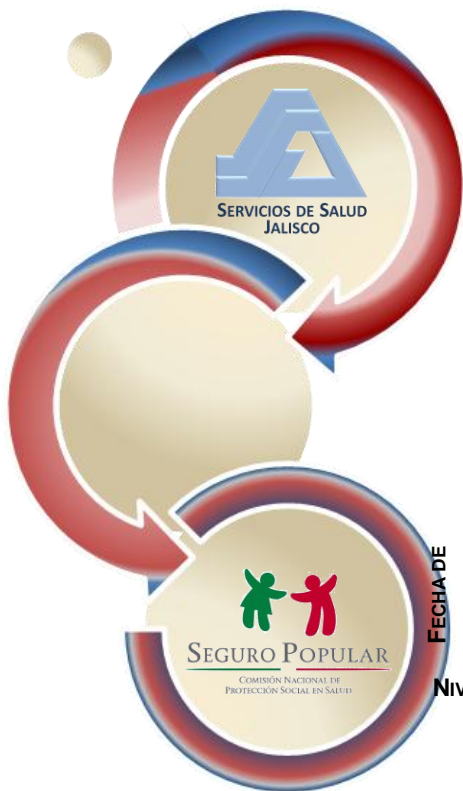
Sello

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: Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.

Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos

Fecha de publicación: 12 diciembre 2014





**1.- Objetivo** Estandarizar y mejorar las actividades de registro y atención preventiva a los beneficiarios al sistema nominal de salud (SINOS).

**Límites del procedimiento:**

El procedimiento inicia cuando el afiliado a seguro popular y los beneficiarios del programa oportunidades se presentan en el modulo y termina cuando se le entrega el formato de las recomendaciones de consulta segura.

**2.- Alcance**

**Áreas que intervienen:**

Modulo de afiliación y orientación y personal de salud.

### 3.- Reglas de Operación

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.

- 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. Los documentos son institucionales.
- Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
- Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.
- Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.

2. Lineamientos para la Afiliación, Operación, integración al Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

*Numeral modificado DOF 19-12-2011*

**9 Bis 1.** Una vez que se haya formalizado la afiliación de la familia al Sistema, se deberá llevar a cabo el procedimiento de Registro Biométrico y Consulta Segura de cada uno de sus integrantes, orientando al Titular para concluir con dicho procedimiento.

*Numeral adicionado DOF 18-10-2011*

**9 Bis 2.** Para llevar a cabo el Registro Biométrico y la Consulta Segura, se deberá ingresar al módulo específico SINOS, capturando el folio de afiliación de la familia generado al momento de su incorporación.

*Numeral adicionada DOF 18-10-2011*



### 3.- Reglas de Operación

**9 Bis 3.** Primeramente deberá llevarse a cabo el Registro Biométrico a todos los integrantes de la familia a partir de los 10 años, debiendo el personal encargado observar que se digitalicen las huellas dactilares de todos los dedos de las dos manos de dichos integrantes.

*Numeral adicionado DOF 18-10-2011  
Numeral modificado DOF 19-12-2011*

**9 Bis 4.** Finalizado el Registro Biométrico de los integrantes de la familia a partir de los 10 años afiliados al Sistema, se le indicará a la familia que se llevará a cabo la aplicación de la Consulta Segura a todos los integrantes de la familia afiliados al Sistema, indicándole que se realizará la aplicación de pruebas que permitan identificar algunas condicionantes que pudieran significar riesgo en la salud de la persona.

*Numeral adicionado DOF 18-10-2011  
Numeral modificado DOF 19-12-2011*

**9 Bis 5.** Los Regímenes Estatales deberán implementar las estrategias necesarias, a efecto de que a los integrantes a partir de 10 años de las familias afiliadas al Sistema les sea aplicado el Registro Biométrico y, a todos los integrantes, la Consulta Segura.

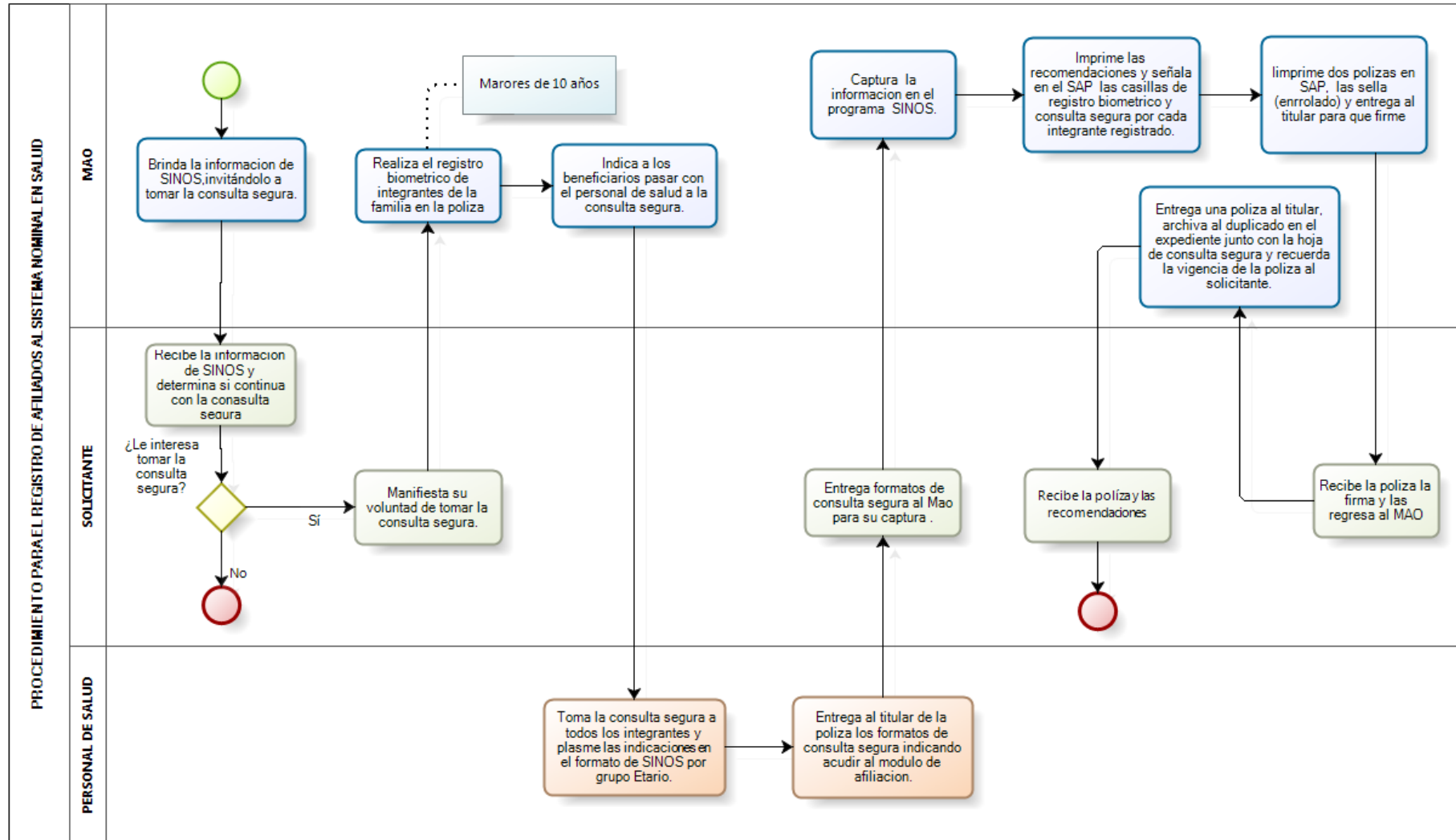
*Numeral adicionado DOF 18-10-2011  
Numeral modificado DOF 19-12-2011*



#### 4.- Responsabilidades

<b>Documento</b>	Manual de Organización Específico de Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
<b>Funciones</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover la operación, normatividad, cobertura y acciones del Régimen Estatal de Protección Social en Salud –Seguro Popular-con el objeto de ampliar la base de usuarios del sistema.</li> <li>- Difundir mediante acciones como pláticas, reuniones, medios impresos, radio, televisión y trabajo de campo, en qué consiste la cobertura y acciones que contempla el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular) para que cada vez sea mayor el alcance, cobertura y protección a los diversos estratos socioeconómicos, que conforman la población, en especial a aquellos más vulnerables.</li> <li>- Afiliar a todo aquel que exprese voluntariamente su deseo de contar con la protección del Régimen Estatal de Protección Social en Salud (Seguro Popular), siempre y cuando sea mexicano por nacimiento y/o naturalización para revertir el impacto que significa la pérdida de la salud a nivel familiar social y económico, con el objeto de ampliar la base de usuarios del sistema.</li> </ul>	

## 5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



### 6.- Desarrollo:

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
1.	Encargado de MAO.	Brinda información de SINOS, invita al solicitante a tomar la consulta segura.						
2.	Solicitante	Recibe información de SINOS, y determina si le interesa tomar la consulta segura						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Le interesa tomar la consulta segura?</th> <th>¿Entonces?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Manifiesta su voluntad de tomar la consulta segura al MAO. <b>Continúa en la actividad siguiente</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Fin de procedimiento</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Le interesa tomar la consulta segura?	¿Entonces?	Si	Manifiesta su voluntad de tomar la consulta segura al MAO. <b>Continúa en la actividad siguiente</b>	No	<b>Fin de procedimiento</b>
		¿Le interesa tomar la consulta segura?	¿Entonces?					
Si	Manifiesta su voluntad de tomar la consulta segura al MAO. <b>Continúa en la actividad siguiente</b>							
No	<b>Fin de procedimiento</b>							
No	<b>Fin de procedimiento</b>							
3.	Encargado de MAO.	<p>Realiza el registro biométrico de todos los integrantes de la familia mayores de 10 años en el programa SINOS.</p> <p><b>Notas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La huellas dactilares se inician con la mano derecha del solicitante, colocando los dedos en el lector de huellas en el siguiente orden: dedo pulgar, índice, medio, anular y meñique y posteriormente la mano izquierda en el mismo orden, y así sucesivamente con todos los integrantes de la póliza.</li> <li>Cuando el solicitante presenta algún problema con los dedos de la mano, el Afiliador especificará si el dedo está amputado, si la huella es ilegible, o se encuentra vendado, o bien indicará información adicional sobre la ausencia de huellas.</li> </ul>						
4.	Encargado de MAO.	Indica al solicitante pasar con el personal de salud de la unidad médica a tomar la consulta segura.						
5.	Personal de Salud	Recibe al solicitante y toma la consulta segura a todos los integrantes de la familia y plasma las indicaciones en el <b>“formato de consulta segura”</b> por grupo etario (ver anexos del 1 al 5)						
6.	Personal de Salud	Entrega al Solicitante los formatos de consulta segura y le indica al solicitante acudir nuevamente con el encargado del MAO.						
7.	Solicitante.	Recibe los formatos y los entrega al encargado del MAO para su captura.						
8.	Encargado de MAO.	Recibe los formatos de consulta segura y captura la información contenida en dichos formatos en el programa SINOS						
9.	Encargado de MAO.	Imprime la <b>“hoja recomendaciones”</b> (ver anexo 6) y señala en el Sistema de Administración de Padrón (SAP) las casillas de registro biométrico y consulta segura por cada integrante registrado en la póliza.						

## PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE AFILIADOS AL SISTEMA NOMINAL EN SALUD (SINOS).

NIVEL: II  
CLAVE:  
VERSIÓN:



CÓDIGO: DOM-P120-D1\_001  
DOCUMENTACIÓN: 5 de noviembre del 2013  
FECHA ACTUALIZACIÓN: 12 de diciembre del 2013

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
10.	Encargado de MAO.	Imprime dos “pólizas” (ver anexo 7) en el sistema SAP, las sella con la leyenda “enrolado” y entrega al solicitante (titular de la póliza) para que las firme.
11.	Solicitante.	Recibe los documentos, firma ambas “pólizas” y las regresa al encargado del MAO
12.	Encargado de MAO.	Entrega una póliza al solicitante (titular de la póliza), archiva póliza en el expediente junto con los formatos de consulta segura y recuerda al solicitante la vigencia de la póliza.
13.	Solicitante.	Recibe la póliza de afiliación y la “hoja de recomendaciones”. <b>Fin de procedimiento</b>

### 7.- Colaboradores:

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ		
Asesorado por:	LAE. Adolfo Montaña Rubio	
PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
Lic. Karen Ivonne Hernández Ávila	Lic. Susana Mendoza Gutiérrez	

### 8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
<b>SINOS</b>	Sistema nominal de salud.
<b>MAO</b>	Modulo de afiliación y orientación.
<b>SAP</b>	Sistema de Administración del Padrón.
<b>Tamizaje</b>	Aplicación de pruebas indicativas de riesgo tales como: peso talla, glucosa en la sangre, hemoglobina en la sangre, presión arterial y perímetro abdominal.
<b>Personal de salud</b>	Medico y enfermera

### 9.- Documentos de Referencia:

Código	Documento
DOM-0E173-D1_001	Manual de Organización Específico de Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
N. A.	Lineamientos para la Afiliación, Operación, integración al Padrón Nacional de Beneficiarios y determinación de la cuota familiar del Sistema de Protección Social en Salud.

### 10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
S/C	Anexo 1 Formato de Consulta Segura, Adolescentes 10 a 19 años de edad
S/C	Anexo 2 Formato de Consulta Segura, adultos mayores de 60 años o más
S/C	Anexo 3 Formato Consulta Segura, hombres de 20 a 59 años de edad
S/C	Anexo 4 Formato Consulta Segura, mujeres de 20 a 59 años de edad
S/C	Anexo 5 Formato Consulta Segura, niños y niñas de 0 a 9 años de edad
S/C	Anexo 6 hoja de recomendación
S/C	Anexo 7 Póliza de Afiliación





### 11.- Descripción de Cambios

No.	Fecha del Cambio	Referencia del cambio	Breve Descripción del Cambio
1.	12 de diciembre de 2013	Documentar procedimientos	Primera vez que se documenta el procedimiento




# ANEXOS



## ANEXO 01: FORMATO DE CONSULTA SEGURA, ADOLESCENTES 10 A 19 AÑOS DE EDAD

**SISTEMA NOMINAL EN SALUD**

Adolescentes de 10 a 19 años de edad **CONSULTA SEGURA**



\*NOMBRE \_\_\_\_\_ INTEGRANTE \_\_\_\_\_  
 \*FOLIO SP \_\_\_\_\_ INTEGRANTE \_\_\_\_\_  
 \*FOLIO OP \_\_\_\_\_ INTEGRANTE \_\_\_\_\_

**NOTA**  
 \*Si está embarazada: llenar hemoglobina, glucosa y tensión arterial.  
 \*Mayores de 15 años: se toma glucosa.  
 \*Si padece diabetes: tomar glucosa.

\*Peso: \_\_\_\_\_ kg. \*Estatura \_\_\_\_\_ mts. \_\_\_\_\_ cms.

\*¿Está embarazada actualmente?  Si  No      ¿Está en control de embarazo?  Si  No      \*¿Padece presión alta?  Si  No  No sabe      \*¿Está en tratamiento?  Si  No

\*Hemoglobina \_\_\_\_\_ g/dl      \*Tensión arterial \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TA

Fecha última de menstruación \_\_\_\_\_

\*¿Padece diabetes?  Si  No  No sabe      \*¿Tiene más de 8 hrs. que comió?  Si  No      \*¿Glucosa en sangre capilar? \_\_\_\_\_ mg/dl

¿Está en tratamiento?  Si  No

¿Tiene aplicadas las siguientes vacunas?  
 Hepatitis B       Cuenta con cartilla?  Si  No  
 1       2       No la trae  
 SR       1       2       3      Refuerzo  
 TD       1       2       3      Refuerzo  
 Influenza

¿Ocupación?  
 Manufactura       Minería       Comercio u oficina  
 Agricultura y Ganadería       Estudiante       Hogar y otros






\*Ha recibido orientación / consejería sobre salud sexual y reproductiva en la unidad de salud:  Si  No

\* Campos requeridos.

## ANEXO 02: FORMATO DE CONSULTA SEGURA, ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS

**SISTEMA NOMINAL EN SALUD**

Adultos mayores de 60 años o más **CONSULTA SEGURA**

---

\*Nombre:

\*Folio SP  integrante

\*Folio OP  integrante

\*Peso:  kg. \*Estatura:  mts.  cms. \*Perimetro abdominal  cms.

\*Tensión arterial: TA  /  \*¿Padece presión alta?  Si  No  No sabe  
 ¿Está en tratamiento?  Si  No

¿Tiene aplicadas las siguientes vacunas?  
 TD  1  2  3 ¿Recibió la vacuna previamente?  Si  No  No sabe  
 ¿Cuenta con cartilla?  Si  No  No trae  
 Influenza  Neumocócica Polisacárida

\*¿Padece diabetes?  Si  No  No sabe ¿Está en tratamiento?  Si  No

\*¿Tiene más de 8 hrs que comió?  Si  No

\*¿Glucosa en sangre capilar?  mg/dl

¿Tiene más de tres semanas con tos?  Si  No

¿Padece Cataratas?  Si  No

En las últimas dos semanas ¿se ha sentido triste o deprimido, la mayor parte del tiempo, sin alguna razón aparente?  Si  No

¿Ha tenido tres o más caídas en el último año?  Si  No

¿Tiene cáncer cervicouterino?  Si  No  No sabe ¿Está en tratamiento?  Si  No

¿Tiene cáncer de mama?  Si  No  No sabe ¿Está en tratamiento?  Si  No

Comentarios y/o notas del médico:






¿Le han realizado el examen de próstata en el último año?  Si  No

\*Campos requeridos

## ANEXO 03: FORMATO CONSULTA SEGURA, HOMBRES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

SISTEMA NOMINAL EN SALUD

Hombres de 20 a 59 años de edad **CONSULTA SEGURA**

\*Nombre:

\*Folio SP  integrante

\*Folio OP  integrante

\*Peso:  kg. \*Estatura:  mts.  cms.

\*Tensión arterial: TA  /

\*¿Padece presión alta?  Sí  No  No sabe

¿Está en tratamiento?  Sí  No

\*¿Tiene más de 8 hrs que comió?  Sí  No

\*¿Glucosa en sangre capilar?  mg/dl

\*¿Padece diabetes?  Sí  No  No sabe

¿Está en tratamiento?  Sí  No

¿Tiene aplicadas las siguientes vacunas?

SR  Recibió la vacuna en la adolescencia?  Sí  No  No sabe

TD  Recibió la vacuna en la adolescencia?  Sí  No  No sabe

SR única  1  2  Refuerzo

¿Cuenta con cartilla?  Sí  No  No trae

\*¿Ocupación?

Mnufactura  Minería  Comercio u Oficina  Agricultura y Ganadería  Hogar y otros

\*Perimetro abdominal:  cm.

\*Ha recibido orientación/consejería sobre salud sexual y reproductiva en la unidad de salud.  Sí  No

¿Le han realizado el examen de próstata en el último año?  Sí  No

Comentarios y/o notas del médico:






\*Campos requeridos

## ANEXO 04: FORMATO CONSULTA SEGURA, MUJERES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

SISTEMA NOMINAL EN SALUD

Mujeres de 20 a 59 años de edad

# CONSULTA SEGURA

\*NOMBRE \_\_\_\_\_ INTEGRANTE \_\_\_\_\_  
 \*FOLIO SP \_\_\_\_\_ INTEGRANTE \_\_\_\_\_  
 \*FOLIO OP \_\_\_\_\_ INTEGRANTE \_\_\_\_\_

Si está embarazada: Se llena hemoglobina, fecha última de menstruación y control prenatal.

*Peso: _____ kg.	*Estatura _____ mts. _____ cms.	Perímetro abdominal (no embarazada) _____ cms.
------------------	---------------------------------	--

¿Está embarazada actualmente? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	*Tensión arterial: TA _____ / _____	*¿Padece presión alta? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe
--	-------------------------------------	---

*¿Tiene más de 8 hrs que comió? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	*¿Glucosa en sangre capilar? _____ mg/dl ¿Está en tratamiento? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	*¿Padece diabetes? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe
--	--	---

*¿Ocupación? Manufactura <input type="checkbox"/> Minería <input type="checkbox"/> Comercio u oficina <input type="checkbox"/> Agricultura y Ganadería <input type="checkbox"/> Hogar y otros <input type="checkbox"/>	¿Tiene aplicadas las siguientes vacunas? <input type="radio"/> SR <input type="radio"/> dosis única <input type="radio"/> Refuerzo <input type="radio"/> TD <input type="radio"/> Refuerzo <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 ¿Recibió las vacunas en la adolescencia? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe *Influenza *Ha recibido orientación / consejería sobre salud sexual y reproductiva en la unidad de salud: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
---	---

¿Está en control pre-natal? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	*¿Embarazos previos? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Ha presentado alguna complicación como? <input type="radio"/> Sangrado <input type="radio"/> Infección <input type="radio"/> Preeclampsia/eclampsia
--	---	---

*¿Tiene cáncer cervicouterino? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	¿Está en tratamiento? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe	¿Tiene cáncer de mama? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe
---	--	---

¿Le han realizado exploración de mamas en el último año? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	¿Ha tomado ácido fólico multivitamínico y/o suplemento alimenticio? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe
---	--

¿Le han realizado la prueba de detección de cáncer cervicouterino en el último año? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe
--

\*Campos requeridos





## ANEXO 05: FORMATO CONSULTA SEGURA, NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 9 AÑOS DE EDAD

**SISTEMA NOMINAL EN SALUD**

Niñas y niños de 0 a 9 años de edad **CONSULTA SEGURA**

---

**\*Nombre:**

**\*Folio SP**  **integrante**

**\*Folio OP**  **integrante**

Peso al nacer y peso al año de edad se llena para niños menores de 6 años.

**\*Peso:**  kg. **\*Estatura:**  mts.  cms.  mm. **\*Hemoglobina:**  g/dl

**¿Tiene aplicadas las siguientes vacunas?** **¿Cuenta con cartilla?**

BCG	Hepatitis	Pentavalente	Rotavirus	DPT	Neumocócica Conjugada	Influenza	SRP	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> No la trae	
<input type="radio"/> 1ra.	<input type="radio"/> 1ra.	<input type="radio"/> 1ra.	<input type="radio"/> 1ra.	<input type="radio"/> 1ra.	<input type="radio"/> 1ra.	<input type="radio"/> 1ra.	<input type="radio"/> 1ra.		
<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> 2a.	<input type="radio"/> Refuerzo	
<input type="radio"/> 3ra.	<input type="radio"/> 3ra.	<input type="radio"/> 3ra.	<input type="radio"/> 4a.	<input type="radio"/> Refuerzo	<input type="radio"/> Revacunación	<input type="radio"/> Revacunación			

**\*Nacimiento Atendido** **Peso al nacer:** **Al año de edad:**

Casa     Casa/Partera     Unidad Médica     kg.     kg.

**¿Presenta alguno de estos problemas?**

Catarata Congénita     Labio/Paladar hendido     Secuela de quemaduras

**Comentarios y/o notas del médico:**

\*Campos requeridos



## ANEXO 06: HOJA DE RECOMENDACIÓN



CHRISTIAN ARTURO SANCHEZ ESTRELLA, MASCULINO, 30 AÑOS

Folio: 14076558051

19 noviembre 2013

### RESULTADOS

Índice de masa corporal: Dato compatible con obesidad II [37.98].  
Tensión arterial: Límite superior normal [120 / 80].  
Glucosa en sangre capilar: En ayunas sí. Dentro de parámetros normales [88].  
Perímetro abdominal: Dentro de parámetros normales [80].  
Vacunas: Esquema completo.

### RECOMENDACIONES

#### Índice de masa corporal

Su Índice de Masa Corporal es compatible con obesidad. Pregunte a su médico respecto a los riesgos para la salud, los alimentos que debe consumir así como la forma de preparación y frecuencia de consumo. Realice ejercicio diariamente por 30 minutos o más. Se recomienda seguir los 5 pasos: Muévete - Realiza actividad física. Toma agua - Hidrátate adecuadamente. Come verduras y frutas- Sigue una alimentación correcta. Midete - Conoce cómo estás y cómo avanzas. Comparte - Disfruta con la familia y amigos todos los pasos.

#### Tensión arterial

Su tensión arterial se encuentra en el límite superior normal, por lo que es necesario que acuda a su unidad de salud para valoración cuando su médico lo indique.

#### Glucosa en sangre capilar

Su nivel de glucosa se encuentra dentro de parámetros normales. Es conveniente que se realice esta prueba con la periodicidad que el médico le indique.

#### Perímetro abdominal

Su perímetro abdominal es normal. Acuda a su unidad de salud cuando su médico lo indique.

#### Vacunas

Su esquema de vacunación se encuentra completo. Acuda a su unidad de salud cuando lo indique la cartilla.

La evaluación que acaba de recibir no es el equivalente a una consulta médica, se recomienda acudir a su unidad de salud para valoración integral y determinación de la conducta a seguir.

Este formato no equivale ni sustituye a una nota médica, ni forma parte del expediente clínico.

Página 1 de 1





## ANEXO 07: PÓLIZA DE AFILIACIÓN



**SEGURO POPULAR**  
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

**PÓLIZA DE AFILIACIÓN**



VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 08-Sep-2011 al 05-Sep-2014  
 MES DE REAFILIACIÓN: Septiembre 2014

FOLIO: 1411625511  
 FECHA DE EXPEDICIÓN: 06-Dic-2013 10:32:10 am

CENTRO DE SALUD: CENTRO DE SALUD LAS CRUCES  
 MÓDULO: HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO RS II  
 ESTADO: JALISCO

DATOS DEL TITULAR:		APORTACIÓN FAMILIAR:	
Nombre:	GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN	DECIL:	2
CURP:	GOES880908MJCMSN08	Régimen	No Contributiva
Domicilio:	DE PARAISO 4 . COLONIA LAS CRUCITAS, C.P. 47400, LAS CRUCITAS, LAGOS DE MORENO, JALISCO, ENTRE CERCA DE LAS CRUCES Y CONOCIDO		

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Folio integrante	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Parentesco
1411625511-1	GOMEZ ESTRADA MA DE SAN JUAN	MUJER	08-Jun-1988	TITULAR
1411625511-2	GOMEZ ESTRADA RN M	HOMBRE	04-Dic-2013	HIJO(A)

- ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATALOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.
- LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA CECASOEH ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 5- SEPTIEMBRE - 2014. POSTERIORMENTE, PARA EFECTOS DE REAFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE OTRA CECASOEH, POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACION, DEL 06-AGOSTO AL 05-SEPTIEMBRE DE 2014 EN EL MODULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.
- DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA CECASOEH, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARÁN DE LA REAFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA; LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERÁN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES, GOZANDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL SIMPLIFICADA.
- CUALQUIER MODIFICACION A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MODULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN UBICADO EN \_\_\_\_\_

"EL SEGURO POPULAR ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDO EL USO PARA FINES DISTINTOS AL DESARROLLO SOCIAL."  
 ATENDEMOS TUS DUDAS EN EL 01800 7172 563 SERVICIO GRATUITO  
 Representante de familia de conformidad con el Artículo 77 Bis 4,  
 Fracción I, II o III de la Ley General de Salud

\_\_\_\_\_  
 Firma de Conformidad y  
 Acuse de recibo

Las datos personales recogidos serán protegidos, conservados y tratados en el Sistema de Administración del Padrón, con fundamento en el artículo 77 Bis 5, inciso A, Fracción I y Fracción II de la Ley General de Salud, artículo 48, 50 y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y Capítulo 10, artículos 11 y 18 de sus ordenamientos para la afiliación, inscripción, integración del padrón nominal de beneficiarios y administración de la base de datos del Sistema de Protección Social en Salud, cuya finalidad es contar con un padrón nominal que sirva de base para el acceso al Sistema de Protección Social en Salud, así como la información epidemiológica derivada de su funcionamiento, al cual fue registrado en el Sistema de Datos Personales en el Instituto Federal de Acceso a Información Pública (www.inec.org.mx) de conformidad con el artículo 11 de la Ley General de Salud, así como el artículo 77 Bis 5, inciso A, Fracción II de la Ley General de Salud, además de otras disposiciones previstas en la Ley. La unidad administrativa responsable del Sistema de Administración del Padrón es la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. La emisión, validez y renovación de esta Póliza de Afiliación y Orientación en el Sistema de Datos Personales se realiza de acuerdo al artículo 80 del Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en el ámbito de la Unidad de Datos que se ubica en Reforma, s/n. Plaza Ica. Ciudad Tepehuan, Delegación Cuicatlan, México, D.F. así como en el Módulo de Afiliación y Orientación señalado en la presente Póliza. La emisión se realiza en cumplimiento al artículo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial del Fideicomiso el 30 de Septiembre de 2005.

# PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO DE AFILIADOS AL SISTEMA NOMINAL EN SALUD (SINOS).

NIVEL: II  
CLAVE:  
VERSIÓN:



CÓDIGO: DOM-P120-D1\_001  
DOCUMENTACIÓN: 5 de noviembre del 2013  
FECHA ACTUALIZACIÓN: 12 de diciembre del 2013