



GOBIERNO DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.

AUTORIZACIÓN

DOCUMENTÓ: RÚBRICA
DR. MARÍA DEL CONSUELO GARCÍA SILVA
MÉDICO ESPECIALISTA

APROBÓ: RÚBRICA
DRA. D. GUADALUPE VILLANUEVA QUINTERO
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO

AUTORIZÓ: RÚBRICA
DR. JOSÉ FERNANDO BARBA GÓMEZ
DIRECTOR DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO

INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO “DR. JOSÉ BARBA RUBIO”

CÓDIGO: DOM-P159-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 11 SEPTIEMBRE 2012

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento _____ 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: Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
18 Septiembre 2012



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

Objetivo

Tratar algunas enfermedades de la piel, con nitrógeno líquido, para la restauración de la salud de los pacientes, algunas de las cuales no pueden ser tratadas con otros procedimientos.

Alcance

Límites del procedimiento: Inicia.- En el momento en el que el Dermatólogo deriva al paciente para tratamiento con criocirugía o para la valoración del mismo.

Termina.- Cuando se da de alta al paciente.

Áreas que intervienen: Este procedimiento aplica al área de criocirugía, dermatólogos, enfermería, recepción y personal del seguro popular.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y 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.
2. El número de pacientes para programación de criocirugía debe ser un máximo de 10 pacientes por día.
3. En caso de paciente pediátrico o deficiente de sus facultades mentales, la autorización para el procedimiento debe realizarse con el padre, tutor o representante legal previa identificación y/o documento que lo acredite.
4. Se debe respetar el orden establecido por el sistema de admisión y pago de servicios para la atención de los pacientes, exceptuando cuando las condiciones generales del paciente demanden una pronta atención a juicio del médico encargado de la consulta.
5. Se debe dar prioridad para la atención a la población vulnerable (usuarios con capacidades distintas, ancianos con imposibilidad para permanecer por tiempo determinado en sala de espera (a juicio del médico tratante).
6. El médico adscrito al consultorio debe tener libertad para brindar atención a un paciente fuera del horario de repartición de fichas, solicitando primero el expediente clínico y bajo situaciones y horario que él considere conveniente, dentro del turno matutino.
7. Se debe contar con la autorización por escrito del paciente o padre o tutor legal, antes de realizar cualquier procedimiento médico.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

Políticas

8. Todos los formatos deben llenarse de forma clara y completa.
9. Se debe realizar abordaje y tratamiento a cada paciente con apego a las guías clínicas aceptadas por la Institución
10. Cuando sean atendidos pacientes de seguro popular, debe ser enviados con el gestor médico de seguro popular para la validación de la prescripción médica o las solicitudes para laboratorio.
11. Todos los documentos de solicitud de exámenes, carta de consentimiento bajo información médica, receta, formatos de referencia y contra referencia, interconsultas, etc. deberán ser firmados por el médico adscrito responsable del caso.

Definiciones

Atención médica: Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Solicitante: Persona que se acerca a recepción a solicitar el servicio Dermatológico.

Subsecuente: Paciente que con anterioridad ha sido atendido en el Instituto al menos una vez.

Tarjetón de citas: Documento que identifica el nombre del paciente, la fecha para programación de criocirugía, y las fechas para curaciones posteriores respectivamente.



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
1.	Enfermera	Solicita en CEYE y ropería, material de curaciones, textiles, equipo, recíbelos bajo inventario; acondiciona el consultorio y provee del material necesario a utilizar en el servicio de criocirugía.						
2.	Médico de Criocirugía	Enciende computadora e ingresa al Sistema de consulta del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, captura toda la información de “historia clínica” del paciente. Abre programa de criocirugía.						
3.	Médico de Criocirugía	Verifica que la conexión del servicio de red interna del IDJ esté funcionando correctamente. Nota: Si no funciona correctamente, entonces hazlo saber a la subdirección médica y/o jefatura de consulta o al personal encargado de informática, para que el problema sea resuelto.						
4.	Médico de Criocirugía	Abre el programa de consulta de dermatología y programa de criocirugía, ingresa tu nombre de Usuario y password, verifica en la “libreta de programación de criocirugía” el orden asignado a cada uno de los pacientes e ingresa al paciente y al familiar o representante por orden (de acuerdo al número sucesivo de la libreta), verifica los diagnósticos de las lesiones a tratar (ve anexo para dermatosis a tratar con criocirugía) .						
5.	Médico de Criocirugía	Saluda al paciente y al familiar, o al representante, según proceda, ubícalos en el consultorio, preséntate y solicita el nombre y datos generales del paciente, abre su expediente clínico y registra en el formato de “consulta del día” la atención ofrecida e indicaciones señaladas para el paciente.						
6.	Médico de Criocirugía	Explica en forma detallada el procedimiento que vas a realizar, así como los cuidados que el paciente debe tener y las posibles complicaciones del tratamiento, solicita recibo único de la cuota de recuperación, reducción o de exención de la cuota, según proceda y realiza exploración física. Obtén, analiza y registra los signos vitales en “consulta del día” del expediente clínico.						
7.	Médico de Criocirugía	Determina las acciones a realizar en función de las necesidades de cada paciente: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: left;">¿Acciones?</th> <th style="text-align: center;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Biopsia</td> <td>Explica al paciente la necesidad de la biopsia y en qué consiste la misma, llena “carta de consentimiento bajo información”, entrega al usuario o padre o tutor, pídele que la lea y firme para su autorización con la firma de dos testigos. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Criocirugía</td> <td>Realiza la técnica de criocirugía planeada. Aplica actividad 9. Nota: Suspende la actividad si el paciente no está en condiciones; da nueva cita para aplicar la técnica, anótala en el “tarjetón del citas” y en la “libreta de programación de criocirugía”. Aplica actividad 12.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Acciones?	Entonces	Biopsia	Explica al paciente la necesidad de la biopsia y en qué consiste la misma, llena “carta de consentimiento bajo información” , entrega al usuario o padre o tutor, pídele que la lea y firme para su autorización con la firma de dos testigos. Aplica siguiente actividad.	Criocirugía	Realiza la técnica de criocirugía planeada. Aplica actividad 9. Nota: Suspende la actividad si el paciente no está en condiciones; da nueva cita para aplicar la técnica, anótala en el “tarjetón del citas” y en la “libreta de programación de criocirugía” . Aplica actividad 12.
¿Acciones?	Entonces							
Biopsia	Explica al paciente la necesidad de la biopsia y en qué consiste la misma, llena “carta de consentimiento bajo información” , entrega al usuario o padre o tutor, pídele que la lea y firme para su autorización con la firma de dos testigos. Aplica siguiente actividad.							
Criocirugía	Realiza la técnica de criocirugía planeada. Aplica actividad 9. Nota: Suspende la actividad si el paciente no está en condiciones; da nueva cita para aplicar la técnica, anótala en el “tarjetón del citas” y en la “libreta de programación de criocirugía” . Aplica actividad 12.							



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
8.	Médico de Criocirugía	Solicita el recibo único de cuota de recuperación o comprobante de exención, la carta de consentimiento bajo información (verifica que los datos del recibo y solicitud sean correctos). Procede a hacer la biopsia de acuerdo al procedimiento y técnica seleccionada (ve protocolos médicos), coloca apósito al paciente, etiqueta el frasco con formol, coloca la muestra, con el nombre del paciente, folio, fecha y médico responsable. Llena “ libreta de biopsias ”, “ solicitud de estudio histopatológico ” con los datos del paciente, e indica al paciente que procederás a realizar la criocirugía. Aplica actividad 7.						
9.	Médico de Criocirugía	Revisa nuevamente el estado general del paciente; da las indicaciones post criocirugía por escrito, incluidas en la “ receta ”, con la prescripción de los fármacos, según proceda.						
10.	Médico de Criocirugía	<p>Determina si se da de alta al paciente del servicio de criocirugía:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 15%;">¿Alta?</th> <th style="width: 85%;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Registra en el “consulta del día” del expediente, el alta del paciente del servicio de criocirugía, despide al paciente y a sus familiares o representante, señala al paciente que ante cualquier anomalía que se presente en el futuro con respecto a su motivo de consulta o nueva enfermedad, regrese procurando solicitar nueva consulta con el mismo doctor que lo atendió. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Anota en el “tarjetón de citas” del paciente, el día, mes, año y hora en que deberá asistir nuevamente al servicio de criocirugía para curaciones, según proceda o para revisiones subsecuentes. Anota la fecha en la “libreta de programación de criocirugía”. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Alta?	Entonces	Sí	Registra en el “ consulta del día ” del expediente, el alta del paciente del servicio de criocirugía, despide al paciente y a sus familiares o representante, señala al paciente que ante cualquier anomalía que se presente en el futuro con respecto a su motivo de consulta o nueva enfermedad, regrese procurando solicitar nueva consulta con el mismo doctor que lo atendió. Aplica siguiente actividad.	No	Anota en el “ tarjetón de citas ” del paciente, el día, mes, año y hora en que deberá asistir nuevamente al servicio de criocirugía para curaciones, según proceda o para revisiones subsecuentes. Anota la fecha en la “ libreta de programación de criocirugía ”. Aplica siguiente actividad.
¿Alta?	Entonces							
Sí	Registra en el “ consulta del día ” del expediente, el alta del paciente del servicio de criocirugía, despide al paciente y a sus familiares o representante, señala al paciente que ante cualquier anomalía que se presente en el futuro con respecto a su motivo de consulta o nueva enfermedad, regrese procurando solicitar nueva consulta con el mismo doctor que lo atendió. Aplica siguiente actividad.							
No	Anota en el “ tarjetón de citas ” del paciente, el día, mes, año y hora en que deberá asistir nuevamente al servicio de criocirugía para curaciones, según proceda o para revisiones subsecuentes. Anota la fecha en la “ libreta de programación de criocirugía ”. Aplica siguiente actividad.							
11.	Médico de Criocirugía	<p>Realiza las anotaciones sobre la técnica de tratamiento utilizada, así como la evolución durante este procedimiento en la “consulta del día” de acuerdo al formato autorizado, registra nombre(s) y apellidos de quien atendió y realizó la criocirugía, además registra los mismos datos en el “programa de criocirugía”.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cuando no aplicaste la técnica, también registra la información en el “consulta del día”. Cuando se realiza biopsia, lleva la muestra junto con la solicitud al servicio de biopsias. 						
12.	Médico de Criocirugía	<p>Indica al paciente en detalle el uso adecuado y el consumo necesario de los medicamentos de su receta.</p> <p>Nota: En caso de haber realizado biopsia lleva el frasco con la muestra y la solicitud al área de biopsias.</p>						



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
13.	Médico de Criocirugía	Continúa de la misma forma hasta que termine de atender a todos los pacientes, cierra registro, al terminar la consulta del día, cierra el sistema de consulta dermatológica y de criocirugía, una vez concluidas las actividades de consulta del día. Apaga la computadora.
14.	Enfermera	Recoge el material textil (sábanas, toallas de mano, batas de pacientes) Fin del Procedimiento para Criocirugía.

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS	
Asesorado por:	Lic. Claudia Judith González Ochoa
PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN	
•	•



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM-M01	Manual de General de Organización del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco
DOM-M70	Manual de Organización del Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio".
HOS-P07	Procedimiento para la Evaluación Socio-Económica del Usuario.
	Ley General de Salud en Materia de Prestación de los Servicios de Salud.
	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario y la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Diagrama de Flujo
	Anexo 02 Carta de consentimiento bajo información
	Anexo 03 Consulta del día
	Anexo 04 Historia clínica
	Anexo 05 Libreta de biopsias
	Anexo 06 Libreta de programación de criocirugía
	Anexo 07 Programa de criocirugía
	Anexo 08 Receta
	Anexo 09 Solicitud de estudio histopatológico
	Anexo 10 Tarjetón de citas
	Anexo 11 Dermatitis a tratar con Criocirugía



ANEXOS

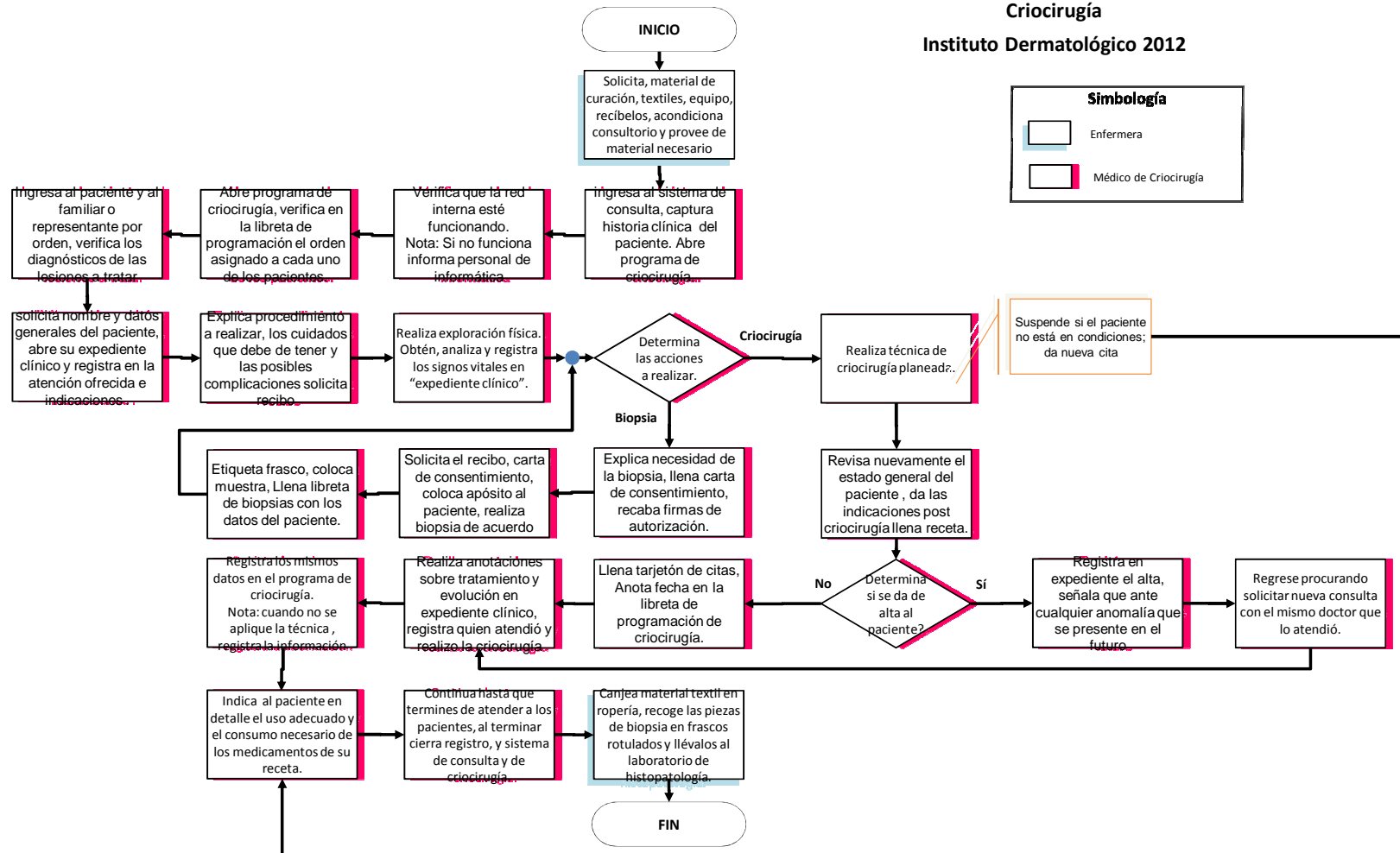
PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO+

Criocirugía
 Instituto Dermatológico 2012




PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 02: CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN



SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
 (Deberá redactarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras)

Nombre del paciente: _____ Edad: _____
 Número de expediente: _____
 Nombre del médico tratante: _____

Diagnósticos: _____
 Acto médico – quirúrgico que se propone: _____
 Juicios con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el médico explicó el plan de manejo propuesto y aclaró cada una de las preguntas que el paciente le planteó, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico que se requiere, consiste en lo que a continuación se expresa: _____

Como un hecho sobresaliente debe señalarse que la explicación del médico fue lo suficientemente clara para evidenciar los beneficios que el acto médico propuesto le ofrece al paciente respecto a otras opciones de manejo, sobresaliendo particularmente las siguientes ventajas positivas del procedimiento de atención antes mencionado. _____

Asimismo se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el médico describió las complicaciones probables que a literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden el desarrollo del acto médico propuesto, aceptando que se conocen como posibles riesgos los siguientes: _____

En forma complementaria se manifiesta también, que cumpliendo con la normatividad correspondiente, el médico explicó el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización, de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante podrá actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, derivadas del acto médico autorizado.

Con fines educativos o bien para contribuir en el conocimiento científico, también acepto y autorizo que se filme o se fotografíe el área anatómica tratada en el curso de este procedimiento, pero resguardando mi identidad.

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

El paciente hace constar que con la información que le ha proporcionado el médico tratante, es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el Consentimiento solicitado, y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente a la opción que considera pertinente.

SI SE OTORGA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Firma del Paciente o Representante legal _____

Nombre y Firma del Médico _____

Testigo: Nombre y Firma _____

Lugar _____

Fecha _____

SE NIEGA A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Firma del Paciente o Representante legal _____

Testigo: Nombre y Firma _____



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 03: CONSULTA DEL DÍA

Captura de notas de criocirugía

Captura de notas del servicio de criodugía Fotografías

← ← → → Nuevo Editar Guardar Cancelar Borrar Actualizar Cambiar usuario Usuarios Paciente Fecha Salir

Primero Anterior Siguiente Último

Filtrar

No. de oper.	Expediente	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	Fecha de Nac.	Edad

Diagnostico Tipo de anestesia Tipo de procedimiento

Médico que envía Enfermera asistente

Notas (255 caracteres máximo, incluyendo espacios)

Fecha

No. de operación	Número de Expediente	Hora	Tipo de procedimiento	Tipo de anestesia	Notas
<No hay datos para mostrar>					

29/08/2012 11:11:35 a.m. NUM GARCÍA SILVA CONSUELO



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"




PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 04: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 2)



Secretaría de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
 "Dr. José Barba Rubio"
Federación Norte 3102 Cal. Alamosos del Valle Zapopan Jalisco México CP 44190 Tel. 44304636

Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____
 Expediente:

6.1.1.5 Interrogatorio por aparatos y sistemas

Médico que interrogó _____ Tipo de interrogatorio _____ Fecha _____

Síntomas generales _____

Alteraciones en los sentidos _____

Aparato digestivo _____

Sistema cardiorrespiratorio _____

Sistema nervioso _____

Esfera psicosocial _____

Aparato urogenital _____

Sistema endocrino _____

Comentarios adicionales _____

6.1.2 Exploración física

Médico que exploró _____ Fecha _____

Hábitus exterior _____

Somatometría Talla / Long. Cm. _____ Índice de masa corporal _____ Estado nutricional _____

Temperatura °C _____ Pulso _____ Frecuencia cardíaca _____ Frecuencia respiratoria _____ Tensión arterial _____

Piel y sus anexos _____

Ganglios linfáticos _____

Cabeza _____

Cuello _____

Tórax _____

EXP-158-2009

Impreso el día: _____

Página 2 de 5



SELO

DOCUMENTO DE REFERENCIA




PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 04: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 3)



Secretaría de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
 "Dr. José Barba Rubio"
Plaza de la Salud s/n Col. Admistic del Valle Zapopan Jalisco México CP 44190 TEL. 00146556

EXPEDIENTE: NOMBRE: APLICADO:

Torax

Abdomen

Miembros

Genitales

Notas adicionales

6.1.3. Resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros

Diagnóstico	Médico que diagnosticó	Fecha	Situación a la fecha
6.1.1.5 Diagnósticos o problemas clínicos			
6.1.4. Terapéutica empleada y resultados obtenidos			
Nota: Revisar apartado 6.2 en la sección de interrogatorio			

EXP-168-2005 **Impreso el día:**



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA




PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 04: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 4)



Secretaría de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
 "Dr. José Barba Rubio"
Federalismo Norte 3102 Col. Románico del Valle Zapopan, Jalisco México CP 46199 Tel. 39346506

Nombre: _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

6.2. Notas de evolución del diagnóstico

Fecha _____ Situación a la fecha _____ Confirmado: _____

Interrogatorio (incluye apartado 6.1.4.) _____

Topografía _____

Morfología _____

Responsable del diagnóstico _____

Nota del día _____ a las _____ para el seguimiento de _____

Responsable de la nota Somatometría

Peso kg. _____ Talla / Long. Cm. _____ IMC _____ Estado nutricional _____

Temperatura °C _____ Pulso _____ Frec. cardíaca _____ Frec. respiratoria _____ Tensión arterial _____ / _____

El paciente fué referido No. de referencia _____

Percepción del paciente sobre su estado _____ Consultorio _____ Derechohabiental _____

Datos subjetivos _____

Datos objetivos _____

Análisis y valoración _____

Plan de tratamiento _____

Recomendaciones y cuidados especiales _____

EXP-168-2009 **Impreso el día** _____



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 04: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 5)

Nota del día	a las	para el seguimiento de
Nombre genérico	Medicamentos recetados en esta visita	
Concentración	Nombre comercial (utilizado bajo autorización)	Presentación
Dosis	via adm desc	Duración del tratamiento

EXP. 156-2009	Impreso el día:	Página 5 de 5
---------------	-----------------	---------------



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 07: PROGRAMA DE CRIOCIRUGÍA

Captura de notas de criocirugía

Captura de notas del servicio de criodugía Fotografías

← ← → →
Primero Anterior Siguiente Último

Nuevo Editar Guardar Cancelar Borrar Actualizar Cambiar usuario Usuarios Paciente Fecha Salir

No. de oper.	Expediente	Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Sexo	Fecha de Nac.	Edad
	...						

Diagnostico Tipo de anestesia Tipo de procedimiento

Médico que envía Enfermera asistente

Notas (255 caracteres máximo, incluyendo espacios)

Fecha

No. de operación	Número de Expediente	Hora	Tipo de procedimiento	Tipo de anestesia	Notas
<No hay datos para mostrar>					

29/08/2012 11:11:35 a.m. NUM GARCÍA SILVA CONSUELO



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA






PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 08: RECETA

 O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO RECETA	 Seguro Popular	FOLIO 1429044051	DIA: MES: AÑO:
NOMBRE DE LA UNIDAD: INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"			
CLAVE (CLUES): JCSSA007013 DOMICILIO: AV. FEDERALISMO NTE. No. 3192 COL. ATENAJAC DEL VALLE ZAPOCAN, JAL. TEL. 36004538 EXT. 204			
NOMBRE DEL PACIENTE: _____			
AFILIADO AL SEGURO POPULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OPORTUNIDADES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. DE EXPEDIENTE: _____			
NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR: _____			
DIAGNÓSTICO (CLAVE CAUSES): _____			
CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____			
NOMBRE GÉNÉRICO: _____			
PRESENTACIÓN: _____			
INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
			
FIRMA DEL PACIENTE: _____			
CANTIDAD RECIBIDA: _____			
CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____			
NOMBRE GÉNÉRICO: _____			
PRESENTACIÓN: _____			
INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
FIRMA DEL PACIENTE: _____			
CANTIDAD RECIBIDA: _____			
CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____			
NOMBRE GÉNÉRICO: GOBIERNO DE JALISCO			
PRESENTACIÓN: PODER EJECUTIVO			
INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
CANTIDAD RECIBIDA: _____			
Nombre del médico: _____			
Cédula profesional: _____			
Universidad: _____			
Horario de atención: _____			
SELLO DE LA UNIDAD _____ Firma			
Original blanco: Farmacia Subrogada			

135-046-9581




PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.




CÓDIGO: DOM-P159-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 09: SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"
Servicio de Dermatopatología
Solicitud de estudio histopatológico



Fecha	/08/12	No. de expediente	No. Estudio	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Nombre del paciente		Edad	Sexo	Ocupación		
SOLICITUD						
Topografía	DERMATOSIS QUE AFECTA					
Morfología	CONSTITUIDA POR					
Resto de piel y anexos	FOTITPO					
Tiempo de evolución						
Estudios previos	SI	NO	Números de referencia			
Tratamientos previos						
Lugar de la biopsia						
Tipo de biopsia	SACABOCADO					
Diagnóstico Clínico						
Servicio de origen	CONSULTORIO					
Observaciones	Médico solicitante					
RESULTADO						
Descripción microscópica						
Diagnóstico histopatológico						
Médico responsable del diagnóstico						



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CRIOCIRUGÍA.



CÓDIGO: DOM-P159-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 10: TARJETÓN DE CITAS (ANVERSO)



INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE
JALISCO

"Dr. José Barba Rubio"

SERVICIO DE CRIOCIRUGIA
CONSULTORIO 2

* DEBERA DE PORTAR SIEMPRE ESTA TARJETA Y
PRESENTARLA EN CRIOCIRUGIA

* CONSERVELA EN BUEN ESTADO, ES PARA USTED

PACIENTE:

REGISTRO:

Av. Federalismo Nte. 3102 C.P. 45190
Atemajac del Valle Zapopan, Jalisco, Méx.
Tel. Conmutador (33) 3030 – 4536, 37, 38 Ext. 102

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
22

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



ANEXO 11: DERMATOSIS A TRATAR CON CRIOCIRUGÍA

- Queratosis actínicas
- Queratosis arsenicales
- Queratosis seborréicas
- Queilitis
- Leucoplasias
- Queloides
- Hemangiomas
- Verrugas virales cutáneas
- Condilomas acuminados
- Tumores de anexos benignos
- Carcinomas basocelulares sólidos menores a 2 cm.
- Carcinoma epidermoide menor de 2 cm.
- Enfermedad de Bowen
- Papulosis bowenoide
- Granulomas en las onicocriptosis
- Acné inflamatorio en combinación con tratamiento sistémico
- Lagos venosos
- Mucocelos
- Larva migrans, como segunda opción de tratamiento
- Molusco contagioso
- Nódulo de los ordeñadores
- Cromomicosis en combinación con tratamiento antimicótico