

# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.

## A U T O R I Z A C I Ó N

DOCUMENTÓ: RÚBRICA  
DR. JUAN GERARDO ALEMÁN ORTEGA  
MÉDICO ESPECIALISTA A / C

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-P163-I2\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 05 DE OCTUBRE DEL 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  
5 octubre 2012



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002  
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## Objetivo

Contar con un procedimiento terapéutico para disminuir, controlar o eliminar el dolor que presenta el paciente derivado de algún tipo de patología o por el tratamiento de la misma.

## Alcance

**Límites del procedimiento:** Inicia en el momento en que las enfermeras preparan el material y los consultorios para recibir al paciente y termina en el momento en que se da de alta al paciente y cuando se le envía para su atención a otra área.

**Áreas que intervienen:** Este procedimiento aplica al personal de recepción, caja, trabajo social, subdirector médico y administrador de la red.

## 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. Es responsabilidad del médico Algólogo o anestesiólogo realizar solamente los procedimientos permitidos para el tratamiento de pacientes de clínica del dolor en salas de procedimientos los cuales son Anestesia local, anestesia regional o bloqueos.
3. Es responsabilidad del médico Algólogo o anestesiólogo recabar firma del paciente y testigos en carta de consentimiento bajo información médica antes de aplicar cualquier procedimiento.
4. El médico Algólogo debe otorgar las consultas tres días a la semana como 15 consultas máximas.
5. Es responsabilidad del medico algólogo o anestesiólogo llenar de acuerdo a la normatividad todos los formatos oficiales.
6. Es responsabilidad del medico algólogo notificar a trabajo social sobre cualquier caso médico legal para notificar a las autoridades correspondientes.

## Definiciones

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

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
2

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



## Definiciones

- Cartas de consentimiento bajo información:** Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- Receta:** Documento que escribe el médico, en la que indica los medicamentos, con la dosis, vía y tiempo de administración.
- Subsecuente:** Paciente que con anterioridad ha sido atendido en el Instituto al menos una vez.
- Tarjetón de identificación:** Documento que identifica el nombre del paciente, la fecha para programación de cirugía, el material de sutura solicitado y las fechas para curaciones posteriores respectivamente.
- CAUSES:** Es el Catalogo Universal de Servicios de Salud, en donde se definen las intervenciones en las que puede incluirse el paciente del seguro popular para su atención.
- IDJ:** Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”.

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
1.	Enfermera.	Prepara, acondiciona el consultorio y material necesario para realizar la consulta. Canjea en CEYE las cajas vacías o con faltantes por cajas llenas de material de consumo tales como: abate lenguas, agujas, gasas, hisopos; cambie en el área de CEYE la ropa sucia y sustitúyela por limpia. Revisa que no falte papelería y en caso de que se requiera solicítala a estadística. Efectúa el acomodo de lo recibido, antes del inicio de la consulta médica.								
2.	Médico Algólogo.	Verifica la existencia y el orden de los expedientes clínicos asignados al día de consulta; orden que debes llevar para realizar la consulta.								
3.		Ingresa al paciente (por orden de registro) y familiares, salúdalos, preséntate, solicita al paciente nombre, el recibo de la cuota de recuperación o de exención, y la "hoja de interconsulta".  <b>Nota:</b> Los pacientes que acudan por primera vez al servicio de clínica del dolor deberán pasar con anterioridad a un consultorio de dermatología para abrir expediente clínico y registro.								
4.		Interroga sobre el padecimiento al paciente o al familiar que lo acompaña y explora al paciente: anamnesis del dolor, exploración física completa, revisa signos vitales.								
5.		Elabora formato "clínica del dolor historia clínica" (ver anexo 2) en el expediente.								
6.		Establece diagnóstico o plan de estudio diagnóstico y/o plan terapéutico, explica al paciente y/o familiares el diagnóstico o diagnósticos presuntivos y plan de estudio y/o manejo.								
7.		Determina las actividades a realizar conforme el diagnóstico emitido: <table border="1" data-bbox="520 906 1959 1401"> <thead> <tr> <th>¿Actividades?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solicita estudios paraclínicos</td> <td>Indica al paciente la necesidad de mandarle hacer estudios paraclínicos (sangre, orina, excremento o tomas de secreción) para apoyar el diagnóstico. <b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>Exámenes de gabinete: resonancia magnética, rayos X, tomografías</td> <td>Indica al paciente la necesidad de mandarle hacer estudios de gabinete (rayos x, tomografía, electrocardiogramas, etc.) para apoyar el diagnóstico, <b>elabora "solicitud de estudios paraclínicos" (ver anexo 3)</b>, indica al paciente que una vez que tenga los resultados del laboratorio, solicite nueva cita en este Departamento para que basándose en ellos, inicie su tratamiento <b>y envía al paciente a trabajo social Aplica actividad 14.</b></td> </tr> <tr> <td>Tratamientos Invasivos o Bloqueos</td> <td>Indica al paciente la necesidad de hacerle una intervención de bloqueo, explícale en qué consiste y los riesgos. Pídele a éste o al padre o tutor legal (en caso de un menor de edad), el <b>formato "carta de consentimiento bajo información" (ver anexo 4)</b> por escrito, firmando en la "hoja de la historia clínica", anota en "libreta de registro de clínica de dolor" (ver anexo 5) en donde indica la fecha, nombre del paciente, teléfono, folio del recibo de pago, procedimiento a realizar, edad, número de consulta que lleva el paciente, diagnóstico y número de expediente, <b>aplica actividad 15.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Actividades?	Entonces.	Solicita estudios paraclínicos	Indica al paciente la necesidad de mandarle hacer estudios paraclínicos (sangre, orina, excremento o tomas de secreción) para apoyar el diagnóstico. <b>Aplica actividad siguiente.</b>	Exámenes de gabinete: resonancia magnética, rayos X, tomografías	Indica al paciente la necesidad de mandarle hacer estudios de gabinete (rayos x, tomografía, electrocardiogramas, etc.) para apoyar el diagnóstico, <b>elabora "solicitud de estudios paraclínicos" (ver anexo 3)</b> , indica al paciente que una vez que tenga los resultados del laboratorio, solicite nueva cita en este Departamento para que basándose en ellos, inicie su tratamiento <b>y envía al paciente a trabajo social Aplica actividad 14.</b>	Tratamientos Invasivos o Bloqueos	Indica al paciente la necesidad de hacerle una intervención de bloqueo, explícale en qué consiste y los riesgos. Pídele a éste o al padre o tutor legal (en caso de un menor de edad), el <b>formato "carta de consentimiento bajo información" (ver anexo 4)</b> por escrito, firmando en la "hoja de la historia clínica", anota en "libreta de registro de clínica de dolor" (ver anexo 5) en donde indica la fecha, nombre del paciente, teléfono, folio del recibo de pago, procedimiento a realizar, edad, número de consulta que lleva el paciente, diagnóstico y número de expediente, <b>aplica actividad 15.</b>
¿Actividades?		Entonces.								
Solicita estudios paraclínicos	Indica al paciente la necesidad de mandarle hacer estudios paraclínicos (sangre, orina, excremento o tomas de secreción) para apoyar el diagnóstico. <b>Aplica actividad siguiente.</b>									
Exámenes de gabinete: resonancia magnética, rayos X, tomografías	Indica al paciente la necesidad de mandarle hacer estudios de gabinete (rayos x, tomografía, electrocardiogramas, etc.) para apoyar el diagnóstico, <b>elabora "solicitud de estudios paraclínicos" (ver anexo 3)</b> , indica al paciente que una vez que tenga los resultados del laboratorio, solicite nueva cita en este Departamento para que basándose en ellos, inicie su tratamiento <b>y envía al paciente a trabajo social Aplica actividad 14.</b>									
Tratamientos Invasivos o Bloqueos	Indica al paciente la necesidad de hacerle una intervención de bloqueo, explícale en qué consiste y los riesgos. Pídele a éste o al padre o tutor legal (en caso de un menor de edad), el <b>formato "carta de consentimiento bajo información" (ver anexo 4)</b> por escrito, firmando en la "hoja de la historia clínica", anota en "libreta de registro de clínica de dolor" (ver anexo 5) en donde indica la fecha, nombre del paciente, teléfono, folio del recibo de pago, procedimiento a realizar, edad, número de consulta que lleva el paciente, diagnóstico y número de expediente, <b>aplica actividad 15.</b>									



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
8.	Médico Algólogo.	<p>Realiza formato “laboratorio de patología clínica solicitud de estudios” (ver anexo 6) paraclínicos necesarios. Indica al paciente los exámenes que se pueden realizar en el Dermatológico, con su respectiva cuota de recuperación y los que pueden realizar en el Hospital General de Occidente u otro laboratorio particular. Dale la solicitud al paciente para que pase a caja a cubrir la cuota de recuperación, en caso de que los exámenes se puedan realizar en IDJ y posteriormente que pase al laboratorio, <b>aplica actividad 13.</b></p> <p><b>Nota:</b> En caso de que el paciente sea del Seguro Popular entonces llena “Solicitud de estudios paraclínicos” en lugar del formato solicitud de estudios e indica al paciente que acude al modulo del seguro popular para que sea autorizada esta solicitud, <b>aplica siguiente actividad.</b></p>						
9.	Gestor del Seguro Popular o encargado del MAO.	<p>Pide al usuario la “solicitud de estudios paraclínicos”, que le entregó el médico, solicita copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), verifica que el diagnóstico esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así, <b>Aplica actividad 11.</b> En caso contrario indica al paciente que acuda a trabajo social, <b>Aplica actividad siguiente.</b></p>						
10.	Trabajo social.	<p>Recibe al usuario, verifica los estudios solicitados por el médico, asesora al paciente sobre los laboratorios en los cuales pueden realizarle los estudios, así como su ubicación y costos, entrega por escrito el porcentaje de descuento que le otorgará el laboratorio.</p> <p><b>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</b></p>						
11.	Gestor del Seguro Popular o Encargado del MAO.	<p>Determina si los estudios se realizan dentro del IDJ:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Dentro?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. <b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entrega la solicitud al usuario, informándole los lugares en los cuales pueden realizarle el estudio, para que acuda con su solicitud, copia de su póliza, carnet de consulta, resumen clínico por el cual no se realizó el estudio paraclínico (en caso de ser necesario), infórmale todos los documentos que debe tener y los requisitos de éstos para realizar la facturación e indícale que acuda a la región sanitaria para realizar el trámite para el reembolso.</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Fin del Procedimiento para Clínica del dolor.</b></p>	¿Dentro?	Entonces.	Sí	Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. <b>Aplica siguiente actividad.</b>	No	Entrega la solicitud al usuario, informándole los lugares en los cuales pueden realizarle el estudio, para que acuda con su solicitud, copia de su póliza, carnet de consulta, resumen clínico por el cual no se realizó el estudio paraclínico (en caso de ser necesario), infórmale todos los documentos que debe tener y los requisitos de éstos para realizar la facturación e indícale que acuda a la región sanitaria para realizar el trámite para el reembolso.
¿Dentro?	Entonces.							
Sí	Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. <b>Aplica siguiente actividad.</b>							
No	Entrega la solicitud al usuario, informándole los lugares en los cuales pueden realizarle el estudio, para que acuda con su solicitud, copia de su póliza, carnet de consulta, resumen clínico por el cual no se realizó el estudio paraclínico (en caso de ser necesario), infórmale todos los documentos que debe tener y los requisitos de éstos para realizar la facturación e indícale que acuda a la región sanitaria para realizar el trámite para el reembolso.							
12.		<p>Extiende “Recibo único de cuotas de recuperación” (ver anexo 7), entrega al usuario la solicitud y el recibo y le indica que acuda al área de clínica del dolor.</p> <p><b>Fin del Procedimiento para Clínica del dolor.</b></p>						

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página 5

Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
13.	Médico Algólogo.	Explica la forma para llevar las muestras de los exámenes clínicos tanto internos como externos y las condiciones en que debe ir para la toma de muestras, indica al paciente que una vez que tenga los resultados del laboratorio, haga nueva cita en este departamento con los resultados de los exámenes para que basándose en ellos, inicie su tratamiento. <b>Aplica actividad 22.</b>						
14.	Trabajo social.	Recibe al usuario, verifica los estudios solicitados por el médico, asesora al paciente sobre los laboratorios en los cuales pueden realizarle los estudios, así como su ubicación y costos, entrega por escrito el porcentaje de descuento que le otorgará el laboratorio, <b>aplica actividad 22.</b>						
15.	Médico Algólogo.	Determina si el paciente, padre o tutor legal (en caso de un menor de edad) autorizan dando su consentimiento por escrito:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Autorizan?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Programa la aplicación de bloqueos de acuerdo a disponibilidad de quirófanos y médico algólogo. Señala al paciente el día, la hora y las condiciones como debe venir preparado. <b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Deriva al paciente al consultorio de donde lo enviaron para que le expliquen otros tratamientos alternativos (<b>ve procedimiento para atención médica</b>).  <b>Fin del Procedimiento para Clínica del Dolor.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Autorizan?	Entonces.	Sí	Programa la aplicación de bloqueos de acuerdo a disponibilidad de quirófanos y médico algólogo. Señala al paciente el día, la hora y las condiciones como debe venir preparado. <b>Aplica siguiente actividad.</b>	No	Deriva al paciente al consultorio de donde lo enviaron para que le expliquen otros tratamientos alternativos ( <b>ve procedimiento para atención médica</b> ).  <b>Fin del Procedimiento para Clínica del Dolor.</b>
		¿Autorizan?	Entonces.					
Sí	Programa la aplicación de bloqueos de acuerdo a disponibilidad de quirófanos y médico algólogo. Señala al paciente el día, la hora y las condiciones como debe venir preparado. <b>Aplica siguiente actividad.</b>							
No	Deriva al paciente al consultorio de donde lo enviaron para que le expliquen otros tratamientos alternativos ( <b>ve procedimiento para atención médica</b> ).  <b>Fin del Procedimiento para Clínica del Dolor.</b>							
16.		Llena el “ <b>formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos del IDJ</b> ” (ver <b>anexo 8</b> ), con los datos generales del paciente, topografía, morfología, evolución en caso de haber un tratamiento previo, recaba firma de autorización previa explicación del procedimiento propuesto.						
17.		Registra en la “ <b>libreta de programación quirúrgica</b> ” (ver anexo 9) del departamento de cirugía, anotando el nombre del paciente, el número de expediente, edad, diagnóstico y consultorio del que proviene en la fecha convenida (disponibilidad de quirófanos, agenda del médico algólogo y aceptación del paciente).						
18.		Entrega a la enfermera de admisión de quirófanos el “ <b>formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos del IDJ</b> ”, el día del procedimiento						
19.	Enfermera Admisión Quirófanos.	Recibe “ <b>formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos del IDJ</b> ”, del médico algólogo; Solicita al paciente ficha de cuota de recuperación del procedimiento médico-quirúrgico a realizarse, toma signos vitales del paciente y regístralos en “ <b>formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos del IDJ</b> ” y registra el procedimiento en “ <b>libreta de procedimientos médico-quirúrgicos de clínica del dolor</b> ”.						

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
6

Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: **DOM-P163-I2\_002**  
 FECHA DE EMISIÓN: **ENERO 2005**  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD							
20.	Médico Algólogo.	Realiza el procedimiento de bloqueo ( <b>ver protocolo médico</b> ), con técnica de asepsia y antisepsia, compruebe que no aparezcan efectos colaterales, despide al paciente, indica los cuidados necesarios de acuerdo al procedimiento realizado, señalando en su “ <b>tarjetón</b> ” de citas del paciente los días que debe venir a curación y las próximas consultas.							
21.		Explica y solicita al paciente o familiares, el material que se necesitará para tratamientos posteriores en caso de requerirse, a fin de que lo adquiera por su cuenta. Registra la misma información en el “ <b>formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos del IDJ</b> ”.							
22.		Elabora y entrega “ <b>receta</b> ” ( <b>ver anexo 10</b> ).							
23.		Da seguimiento a la evolución del paciente y determina la situación del paciente conforme la siguiente tabla: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>¿Situación del Paciente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evoluciona favorablemente</td> <td>Da de alta al paciente, explicándole los cuidados que debe tener. Da instrucciones de que regrese en el momento en que aparezca de nuevo el padecimiento. <b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>Requiere curaciones</td> <td>Deriva al paciente a curaciones sépticas, señalándole la ubicación del departamento. <b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>El dolor continúa</td> <td>Busca nuevas alternativas de curación apoyado en estudios de laboratorio y continúa de la misma manera hasta que se elimine el padecimiento. <b>Aplica actividad 7</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Situación del Paciente?	Entonces	Evoluciona favorablemente	Da de alta al paciente, explicándole los cuidados que debe tener. Da instrucciones de que regrese en el momento en que aparezca de nuevo el padecimiento. <b>Aplica siguiente actividad.</b>	Requiere curaciones	Deriva al paciente a curaciones sépticas, señalándole la ubicación del departamento. <b>Aplica siguiente actividad.</b>	El dolor continúa
¿Situación del Paciente?	Entonces								
Evoluciona favorablemente	Da de alta al paciente, explicándole los cuidados que debe tener. Da instrucciones de que regrese en el momento en que aparezca de nuevo el padecimiento. <b>Aplica siguiente actividad.</b>								
Requiere curaciones	Deriva al paciente a curaciones sépticas, señalándole la ubicación del departamento. <b>Aplica siguiente actividad.</b>								
El dolor continúa	Busca nuevas alternativas de curación apoyado en estudios de laboratorio y continúa de la misma manera hasta que se elimine el padecimiento. <b>Aplica actividad 7</b>								
24.	Enfermera.	Ordena consultorios y revisa material de curaciones y repón el consumido, recoge material de blancos y sustitúyelo.  <b>Fin del Procedimiento para Clínica del Dolor.</b>							

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



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 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.
	Tabulador único de Cuotas de Recuperación.
	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	Clínica del dolor historia clínica.
Anexo 03	Solicitud de estudios paraclínicos.
Anexo 04	Carta de consentimiento bajo información.
Anexo 05	Libreta de registro de clínica del dolor.
Anexo 06	Solicitud de estudios.
Anexo 07	Recibo único de cuotas de recuperación.
Anexo 08	Formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos del IDJ.
Anexo 09	Libreta de programación quirúrgica.
Anexo 10	Receta.

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
8

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"





# ANEXOS

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
9

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.

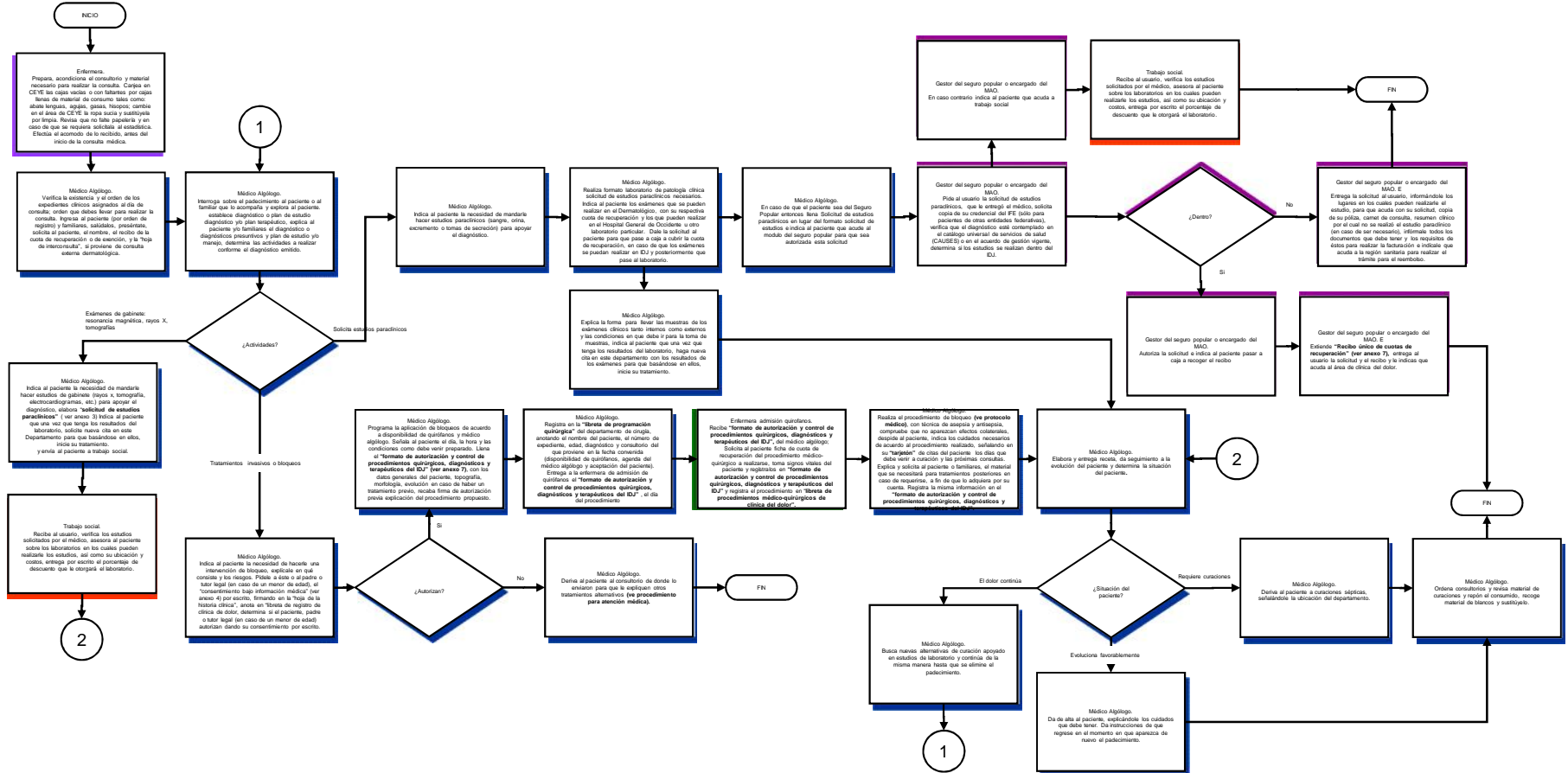


Código: DOM-P163-12\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO.



SELLO



# DOCUMENTO DE REFERENCIA



## ANEXO 02: CLÍNICA DEL DOLOR HISTORIA CLÍNICA.

**INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO**  
**“DR. JOSE BARBA RUBIO“**  
**CLINICA DEL DOLOR**  
 Historia Clínica.

Fecha \_\_\_\_\_ Servicio Medico \_\_\_\_\_  
 Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Ocupacion \_\_\_\_\_ Tel.Trabajo \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Quien lo envía a Clínica del Dolor \_\_\_\_\_  
 Servicios que lo han atendido con anterioridad \_\_\_\_\_

Antecedentes Heredofamiliares:  
 Hipertension \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ CA \_\_\_\_\_ Cardiopatias \_\_\_\_\_  
 Convulsivos \_\_\_\_\_ Malf.Cong. \_\_\_\_\_ AVC \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Antecedentes Personales no Patológicos:  
 Tabaco \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Drogas \_\_\_\_\_ Medicamentos \_\_\_\_\_  
 Alergicos \_\_\_\_\_ Transfusionales \_\_\_\_\_ Traumaticos \_\_\_\_\_  
 Anestésico/quirúrgicos \_\_\_\_\_  
 G \_\_\_\_\_ P \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_ Papanicolaou \_\_\_\_\_  
 Grupo Sanguineo \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Antecedentes Personales Patológicos:  
 DM \_\_\_\_\_ Hipertension \_\_\_\_\_ Cardiopatias \_\_\_\_\_  
 Hepatopatias \_\_\_\_\_ Nefropatias \_\_\_\_\_ Tras. Hemorrágicos \_\_\_\_\_  
 Neumopatias \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**SEMILOGIA DEL DOLOR**

**FRECUENCIA:**  
 Fecha de Inicio \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_  
 Fecha que se hizo importante \_\_\_\_\_  
 Por día \_\_\_\_\_ Por semana \_\_\_\_\_ Por mes \_\_\_\_\_ Por año \_\_\_\_\_

Clave: Aumentan (1) se calman (2) no se altera (0)

Alimentos \_\_\_\_\_ Movimientos \_\_\_\_\_ Sueño \_\_\_\_\_ Calor \_\_\_\_\_ Frio \_\_\_\_\_  
 Evacuacion \_\_\_\_\_ Reposo \_\_\_\_\_ Gatillo \_\_\_\_\_ Tacto \_\_\_\_\_  
 Miccion \_\_\_\_\_ Pujo \_\_\_\_\_ Respiracion \_\_\_\_\_ Sentado \_\_\_\_\_  
 Al incorporarse \_\_\_\_\_ Presion \_\_\_\_\_ Acostado \_\_\_\_\_  
 Tos/estornudo \_\_\_\_\_ Deambulacion \_\_\_\_\_

Características: Clave: No presente (0) Presente (1)

Localizado \_\_\_\_\_ Difuso \_\_\_\_\_ Que camina \_\_\_\_\_ Ardoroso \_\_\_\_\_  
 Superficial \_\_\_\_\_ Profundo \_\_\_\_\_ Toques Elect. \_\_\_\_\_ Enchiloso \_\_\_\_\_  
 Adolorido \_\_\_\_\_ Colico \_\_\_\_\_ Descargas \_\_\_\_\_ Quemante \_\_\_\_\_  
 Continuo \_\_\_\_\_ Intermitente \_\_\_\_\_ Puñaladas \_\_\_\_\_ Como brasa \_\_\_\_\_  
 Incidente \_\_\_\_\_ Persistente \_\_\_\_\_ Paroxismos \_\_\_\_\_ Embarado \_\_\_\_\_  
 Enfadoso \_\_\_\_\_ Apretado \_\_\_\_\_ Repetitivo \_\_\_\_\_ Mallugado \_\_\_\_\_  
 Pulsatil \_\_\_\_\_ Sofocado \_\_\_\_\_ Dolencia \_\_\_\_\_ Sordo \_\_\_\_\_  
 Entumido \_\_\_\_\_ Claudicante \_\_\_\_\_ Acalambrado \_\_\_\_\_

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

LOCALIZACION: ( del dolor más sobresaliente )  
Lugares: Uno \_\_\_\_\_ Tres \_\_\_\_\_ Multiple \_\_\_\_\_  
Unilateral \_\_\_\_\_ Bilateral \_\_\_\_\_ Simetrico \_\_\_\_\_ Referido \_\_\_\_\_ Irradiado \_\_\_\_\_

INTENSIDAD:  
Empeorado \_\_\_\_\_ Estacionado \_\_\_\_\_ Disminuyendo \_\_\_\_\_

ESCALA VISUAL ANALOGA ( EVA )  
I \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ FECHAS \_\_\_\_\_  
0 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_  
NO HAY DOLOR \_\_\_\_\_ INSOPORTABLE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EVALUACION VERBAL ANALOGA ( EVERA ) COMP. \_\_\_\_\_  
100% \_\_\_\_\_ 0% \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_  
0 nada 1 poco 2 moderado 3 fuerte 4 muy fuerte 5 insoportable  
leve soportable intenso

RESULTADOS  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DURACION:  
Cuantas veces por día \_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
Desde \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_

Signos que acompañan el área dolorosa:  
Edema \_\_\_\_\_ Hiperemia \_\_\_\_\_ Hipertemia \_\_\_\_\_ Hipotermia \_\_\_\_\_  
Atrofia \_\_\_\_\_ Alodinea \_\_\_\_\_ Hiperalgnesia \_\_\_\_\_ Hiperpatia \_\_\_\_\_  
Parestesia \_\_\_\_\_ Hipoestesia \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Sintomas que acompañan el área dolorosa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIPOS DE DOLOR: Somatico \_\_\_\_\_ % aprox. Neuropatico \_\_\_\_\_ % aprox.  
Vical \_\_\_\_\_ % aprox. Mixto \_\_\_\_\_  
Oncológico \_\_\_\_\_

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

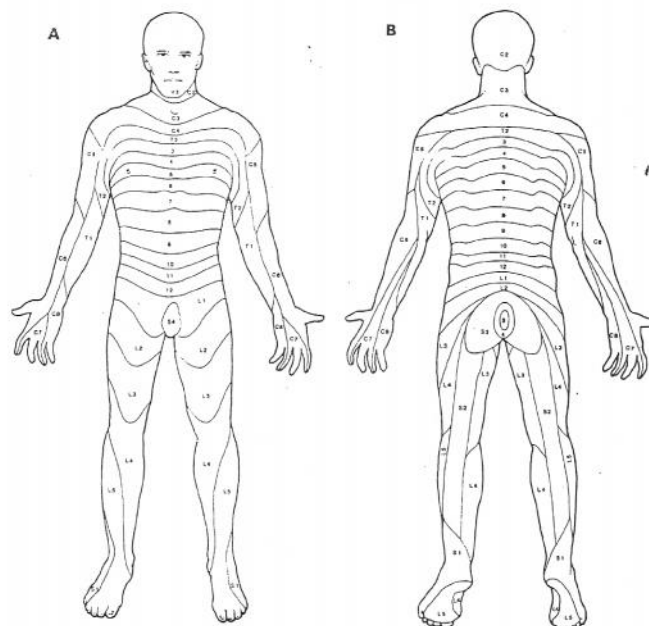
TIPOS DE DOLOR: ONCOLOGICO Si ( ) No ( )  
1.- Agudo ( ) 2.- Crónico ( ) 3.-Sub-Agudo ( ) 4.- Crónico Agudizado ( )  
ASOCIADO AL DIAGNOSTICO: Si ( ) No ( )  
ASOCIADO AL TRATAMIENTO: SI ( ) No ( ) Adicciones Si ( ) No ( )  
ASOCIADO A CANCER PROGRESIVO Si ( ) No ( ) Dying Si ( ) No ( )

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

REQUIERE PROTOCOLO SI ( ) NO ( ) TIPO \_\_\_\_\_



SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



CÓDIGO: DOM-P163-I2\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

**EXPLORACION FISICA**

PESO \_\_\_\_\_  
 T.A. \_\_\_\_\_  
 F.C. \_\_\_\_\_

**PARES CRANEALES:**

I.- OLFATORIO \_\_\_\_\_  
 II.- OPTICO \_\_\_\_\_  
 III.- MOTOR OCULAR \_\_\_\_\_  
 IV.- PATETICO \_\_\_\_\_  
 V.- TRIGEMINO \_\_\_\_\_  
 VI.- MOTOR OCULAR EXTERNO \_\_\_\_\_  
 VII.- FACIAL \_\_\_\_\_  
 VIII.- AUDITIVO \_\_\_\_\_  
 IX.- GLOsofaríngeo \_\_\_\_\_  
 X.- VAGO \_\_\_\_\_  
 XI.- ESPINAL \_\_\_\_\_  
 XII.- HIPOGLOSO \_\_\_\_\_

**CUELLO** \_\_\_\_\_

**TORAX** \_\_\_\_\_

**ABDOMEN** \_\_\_\_\_

**COLUMNA VERTEBRAL** \_\_\_\_\_  
 CERVICAL \_\_\_\_\_  
 TORACICA \_\_\_\_\_  
 LUMBAR \_\_\_\_\_  
 SACRA \_\_\_\_\_

**EXTREMIDADES SUPERIORES** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EXTREMIDADES INFERIORES** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**REFLEJOS** \_\_\_\_\_

**SENSIBILIDAD** \_\_\_\_\_

**MOTOR** \_\_\_\_\_

**GENITALES** \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO:** \_\_\_\_\_

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## ANEXO 03: SOLICITUD DE ESTUDIOS PARACLÍNICOS.

 GOBIERNO DE JALISCO	<b>O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO</b> <b>INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO</b> <b>"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"</b> <b>Solicitud de estudios paraclínicos</b>	
		SEP 1.0
Fecha de solicitud _____	Fecha prox. consulta _____	No. Expediente _____
Nombre del paciente _____	Nombre(s) _____	Apellido paterno _____
Edad _____	Género _____	Diagnóstico _____
Fecha de nacimiento _____	Servicio solicitante _____	
Exámenes solicitados		
Observaciones	Nombre, cedula y firma de médico	Nombre, firma de Trabajadora Social y Sello de la Institución

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002  
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005  
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## ANEXO 04: CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN.



### SECRETARIA DE SALUD INSTITUTO DERMATOLOGICO 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: \_\_\_\_\_  
Quiénes 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

Testigo: Nombre y Firma

Lugar

#### SE NIEGA A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Firma del Paciente  
o Representante legal

Nombre y Firma del Médico

Testigo: Nombre y Firma

Fecha

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA







# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.




Código: DOM-P163-I2\_002


FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## ANEXO 06: SOLICITUD DE ESTUDIOS.



**O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO**  
**INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO**  
**"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"**  
**Laboratorio de Patología Clínica**  
**Solicitud de estudios**



---

Fecha	No. Expediente	No. Orden	
Nombre del paciente	Apellido paterno		
Edad	Género	Diagnóstico	Apellido materno
Servicio de origen	Médico solicitante		

**Hematología**

Citometría hemática parcial  
 Citometría hemática completa (f. diferencial)  
 Velocidad de Sedimentación Globular VSG

**Pruebas de hemostasia**

Tiempo de protrombina TP  
 Tiempo parcial de tromboplastina TPT

**Inmunología**

Grupo sanguíneo y R.H.  
 Prueba de embarazo (orina y/o sangre)  
 Antiestreptolisinas  
 Proteína C reactiva PCR  
 Factor reumatoide  
 Reacciones febriles  
 Reagína Plasmática Rápida RPR / VDRL  
 VIH 1,2 determinación de anticuerpos (p/tamizaje)

**Parasitología**

Coproparasitoscópico 1 muestra  
 Coproparasitoscópico seriado 2 muestras  
 Coproparasitoscópico seriado 3 muestras

Examen general de orina

**Química sanguínea**

Glucosa  
 Urea  
 Creatinina  
 Acido Úrico  
 Bilirrubina total  
 Aspartato transaminasa AST (TGO)  
 Alanina aminotransferasa ALT (TGP)  
 Proteínas totales  
 Albúmina  
 Globulina  
 Relación A/G  
 Fosfatasa alcalina  
 Deshidrogenasa láctica DHL  
 Sodio (Na)  
 Potasio (K)  
 Cloro (Cl)  
 Calcio (Ca)

**Lípidos**

Colesterol total  
 Triglicéridos  
 Colesterol alta densidad HDLC  
 Colesterol baja densidad LDL  
 Colesterol muy baja densidad VLDL

**Indicaciones al paciente: si no se cumplen, NO podrán realizarse los exámenes.**

Horario de 8:00 a 9:30 horas.

**Muestras de orina:** Aseo previo de la zona genito-urinaria, recolectar en frasco nuevo de plástico de boca ancha, tapadera de rosca, primera orina de la mañana o con un mínimo de tres horas sin haber orinado, tirar el primer chorro de orina, recolectar directo al frasco. En niños colocar bolsa recolectora.

**Muestra de heces fecales:** Recolectar en frasco limpio chico de plástico, tapadera de rosca, boca ancha, poca cantidad, mantener bien cerrado en lugar frío, si es seriado recolectar en diferente frasco.

**Muestra de sangre:** Ayuno de 8 horas, en perfil de lípidos 12 horas.

\_\_\_\_\_  
 Firma del médico

SELPC 1.0



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: **DOM-P163-I2\_002**  
 FECHA DE EMISIÓN: **ENERO 2005**  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: **07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

## ANEXO 07: RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN.



**“Servicios de Salud Jalisco”**  
**Recibo Único de Cuotas de Recuperación**  
 Dr. Baeza Alzaga No. 107, Zona Centro,  
 CP. 44100. Guadalajara, Jalisco

Folio **M 000 000 000**

Datos de Expedición:

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Turno: \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

Cve. Unidad: \_\_\_\_\_

Unidad				
Usuario	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	
ID Usuario			No. Expediente	
Domicilio			No. Póliza	
Pagador			R. F. C.	
Domicilio				
Condición de Pago				
Evaluación Socioeconómica	Exención	Condonación	Convenio	
No. E. S. E.	Por Examen Socioeconómico <input type="radio"/>	No. Nota Condonación: _____	Nivel de Tabulador:	
Nivel de tabulador:	Por Política de gratuidad No. <input type="radio"/>	Motivo: _____		
Clave	Concepto	Costo	Subsidio	Cantidad a pagar
Medico:		Totales \$		
Observaciones	Cantidad con letra			

Nombre y firma del responsable de recibir la cuota

Datos de la Imprenta

SELLO



**DOCUMENTO DE REFERENCIA**



# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## ANEXO 08: FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

**FORMATO DE AUTORIZACION Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS**  
**INSTITUTO DERMATOLOGICO DE JALISCO "DR. JOSE BARBA RUBIO"**

Fecha de cirugía:	DÍA _____	MES _____	AÑO _____	Hora: _____	Sala: _____	EXPEDIENTE REVISADO Y COMPLETO
Nombre: _____	Sexo: _____					
Estado Civil: _____	Edad: _____					
Domicilio: _____	Reg. _____					
Realizó la Historia: _____	Tel. _____					
Diagnóstico de envío: _____	Cons. Origen: _____	peso: _____	Kgrs. T/A _____	/	mm hg _____	
Topografía: _____						
Monografía: _____						
Evolución: _____	Tto. o cirujías previas: _____					
Enf. Crónico-degenerativas: _____	Tratamiento: _____					
Alergias: _____	Adicción a drogas: _____					
Medicamentos: _____						
<b>Diagnóstico Pre-operatorio:</b>						
Operación planeada:	<input type="checkbox"/> Cierre directo	<input type="checkbox"/> Injerto	<input type="checkbox"/> Colgado	<input type="checkbox"/> Biopsia	<input type="checkbox"/> Amputación	<input type="checkbox"/> Otro
Riesgo Qc:	Pronóstico:					
Tipo de cirugía:	<input type="checkbox"/> Urgente	<input type="checkbox"/> Electiva	<input type="checkbox"/> Ambulatoria			
Presentarse en:	<input type="checkbox"/> Ayuno de 8 hrs.	<input type="checkbox"/> Ayuno 6 horas	<input type="checkbox"/> Desayunado			
Edámenes de laboratorio:	<input type="checkbox"/> B.H.	<input type="checkbox"/> Q.S.	<input type="checkbox"/> T.P.	<input type="checkbox"/> T.S.	<input type="checkbox"/> T.C.	<input type="checkbox"/> E.K.G.
Resultados: _____	<input type="checkbox"/> Rx	<input type="checkbox"/> BAAF	<input type="checkbox"/> Otros			
Valoración Pre-anestésica: _____						
Fecha _____ / _____ / _____						
DÍA _____ MES _____ AÑO _____						
Riesgo Qc: _____						
Plan anestésico: _____						



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**





# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## ANEXO 09: LIBRETA DE PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA.

**INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO**  
**"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"**  
**PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA DEL DÍA: JUEVES 20 DE SEPTIEMBRE DE 2012**

*Vacaciones a Yare!*

SALA 1

RUJANO	REGISTRO	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO	A	TELÉFONO

SALA 2

<i>Pamela</i>								

SALA 3

<i>Marcos</i>								

SALA 4

<i>Yare!</i>								

SALA 5

<i>Doty</i>								

QUIRÓFANO GRANDE Y COMODÍN

<i>Marela</i>								



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**






# PROCEDIMIENTO PARA CLÍNICA DEL DOLOR.



Código: DOM-P163-I2\_002  
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005  
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 07 DE SEPTIEMBRE DEL 2012

## ANEXO 10: RECETA.

 <b>O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO</b> <b>RECETA</b>	 <b>Salud Seguro Popular</b>	FOLIO <b>1429044051</b>	DA      MES      AÑO
NOMBRE DE LA UNIDAD: <b>INSTITUTO DERMATOLOGICO DE JALISCO "DR. JOSE BARBA RUBIO"</b> CLAVE (CLUES): <b>JCSSA007013</b> DOMICILIO: <b>AV. FEDERALISMO MTE. No. 3102 COL. ATENIA MAC. DEL VALLE ZAPOPAN, JAL. TEL. 3030-4536 EXT. 204</b>			
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 GENÉRICO: _____ PRESENTACIÓN: _____ INDICACIONES: (Dosis, Via de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
			
CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____ NOMBRE GENÉRICO: _____ PRESENTACIÓN: _____ INDICACIONES: (Dosis, Via de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____ NOMBRE GENÉRICO: <b>GOBIERNO</b> PRESENTACIÓN: <b>DE JALISCO</b> INDICACIONES: (Dosis, Via de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ Nombre del médico: _____ Cédula profesional: _____ Universidad: _____ Horario de atención: _____ SELO DE LA UNIDAD <b>PODER EJECUTIVO</b> <b>SECRETARÍA DE SALUD</b>			
Firma _____ Original blanco: <b>Farmacia Subrogada</b>			

135-046-9581



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

