

PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

A U T O R I Z A C I Ó N

ELABORÓ: DR. FEDERICO ENRIQUE RAIGOZA JURADO
MÉDICO ESPECIALISTA

APROBÓ: DR. SERGIO SILVA GÁLVEZ
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

AUTORIZÓ: DR. JOSÉ GUERREROSANTOS
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva "Dr. José Guerrero Santos".

CÓDIGO: **DOM-P313-I1_001**

FECHA DE DOCUMENTACIÓN: 31 DE MARZO DEL 2015

ACTUALIZACIÓN: 22 DE MAYO DEL 2015

AUTORIZACIÓN: **05 DE JUNIO DEL 2015**

NIVEL DOCUMENTAL: II VERSIÓN:

CLAVE:

Sello

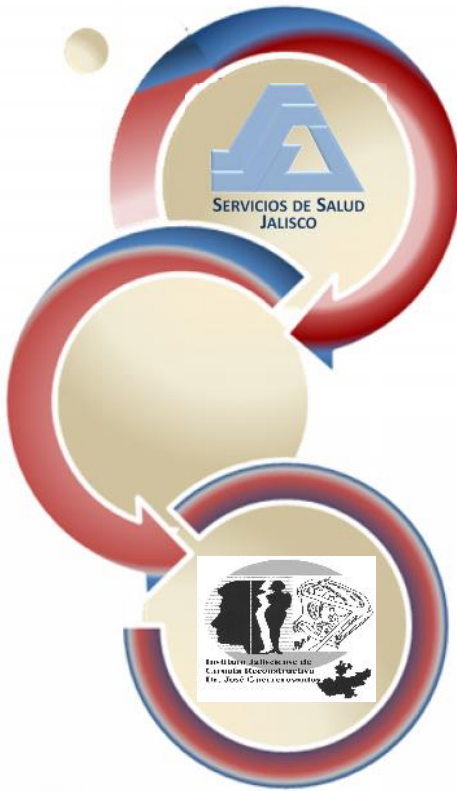
DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí 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 Jalisciense de Cirugía Reconstructiva "Dr. José Guerrero Santos".
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
9 junio 2015





1.- Objetivo

Establecer las actividades para proporcionar al paciente que tenga afecciones de oído, nariz y garganta, atención médica y quirúrgica de calidad y calidez, así como los que tengan afecciones de las vías respiratorias, una atención especializada con calidad y seguridad.

Límites del procedimiento:

Inicia en el momento en que el paciente acude a solicitar el servicio de otorrinolaringología y termina en el momento en que se da de alta al paciente.

2.- Alcance

Áreas que intervienen:

Archivo, enfermería, caja, Consulta externa Cirugía Reconstructiva, interconsulta (foniatría, ortodoncia, psicología, maxilo-facial, dental, medicina interna, pediatría, Anestesiología, etc.).

3.- Reglas de Operación

- 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.
- Es responsabilidad del otorrinolaringólogo programar las citas de primera vez y subsecuente para dar solución a la demanda de los pacientes.
- Es responsabilidad del otorrinolaringólogo y la enfermera proporcionar atención de consulta de manera oportuna y eficaz a los pacientes que son referidos al servicio para dar solución oportuna a los padecimientos que aquejan a los usuarios.
- El otorrinolaringólogo debe dirigir, coordinar y supervisar las actividades del servicio, otorgando atención médico-quirúrgica de calidad y en forma oportuna, para solucionar las patologías que presenten los pacientes.

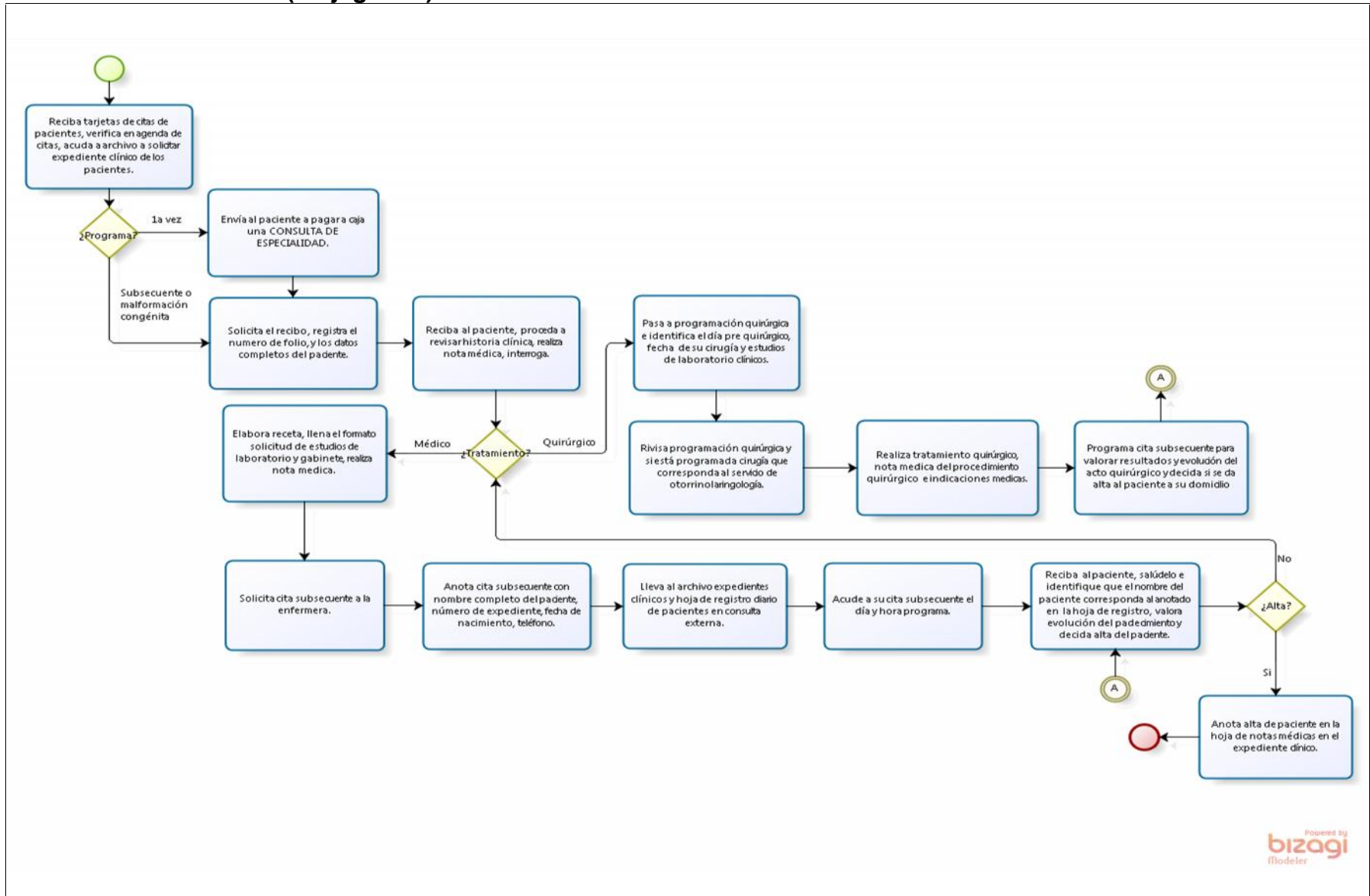


4.- Responsabilidades

Documento	Manual de Organización Instituto de Cirugía Reconstructiva "Dr. José Guerrero Santos".
Funciones	
<ul style="list-style-type: none">Vigilar y evaluar que los servicio médicos se otorguen con oportunidad, calidad, seguridad del paciente y sentido humano.	
Documento	
Funciones	
<ul style="list-style-type: none">	



5.- Modelado de Proceso (Flujograma)



Powered by
bizagi
 modeler





6.- Desarrollo:

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
1.	Enfermera.	<p>Reciba tarjetas de citas de pacientes, verifica en agenda de citas si esta citado, acuda a archivo a solicitar expediente clínico de los pacientes, ordena los expedientes clínicos conforme a su cita programada, anexando tarjetón de citas.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> En caso de que el paciente no se encuentre registrado en la agenda de citas entonces podrá ser atendido dependiendo del horario de consulta. El encargado de archivo realiza hoja en la cual registra los expedientes a entregar para su correcta devolución. 						
2.		<p>Identifica que tipo de programa pertenece:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Programa pertenece?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paciente 1° vez de Consulta General</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Subsecuente o Malformación Congénita</td> <td>Aplica actividad 4.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Programa pertenece?	Entonces.	Paciente 1° vez de Consulta General	Aplica actividad siguiente.	Subsecuente o Malformación Congénita	Aplica actividad 4.
¿Programa pertenece?		Entonces.						
Paciente 1° vez de Consulta General	Aplica actividad siguiente.							
Subsecuente o Malformación Congénita	Aplica actividad 4.							
3.	Envía al paciente a pagar a caja una CONSULTA DE ESPECIALIDAD.							
4.	Médico.	Solicita el Recibo único de cuotas de recuperación al paciente de primera vez y registra el numero de folio, y los datos completos del paciente como nombre, edad, genero, subsecuente, 1° vez, derechohabiente, diagnostico, en la hoja de “Registro diario de pacientes en Consulta Externa SIS-SS-01-P” (ver anexo 1).						
5.		Reciba al paciente, saludelo e identifique que el nombre del paciente corresponda al anotado en la hoja de registro diario de pacientes en consulta externa, proceda a revisar Historia Clínica, y realiza nota médica, iniciando por el interrogatorio en sus diferentes apartados y los resultados de la exploración física.						
6.		<p>Indica tipo de tratamiento que va a recibir el paciente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tratamiento?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Quirúrgico</td> <td>Aplica actividad 15.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tratamiento?	Entonces.	Médico	Aplica actividad siguiente.	Quirúrgico	Aplica actividad 15.
¿Tratamiento?	Entonces.							
Médico	Aplica actividad siguiente.							
Quirúrgico	Aplica actividad 15.							



No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
7.	Médico.	Elabora “ receta ” (ver anexo 2) en el recetario oficial de la secretaria de salud y seguro popular, llena el formato “ solicitud de estudios de laboratorio y gabinete ” (ver anexo 3) en caso de ser necesario; realiza nota medica en el formato de “ nota medica ” (ver anexo 4), valora la necesidad de solicitar interconsulta a otro servicio dentro de la unidad de manera verbal.						
8.	Paciente.	Solicita cita subsecuente a la enfermera.						
9.	Enfermera.	Anota cita subsecuente en “ agenda ” (ver anexo 5) y en tarjeta de citas con nombre completo del paciente, número de expediente, fecha de nacimiento, teléfono.						
10.		Lleva al archivo expedientes clínicos y hoja de registro diario de pacientes en consulta externa SIS-SS-01-P. Nota: El encargado de archivo verifica con la enfermera que los expedientes solicitados sean devueltos en las mismas condiciones en las que se entrego.						
11.	Paciente	Acude a su cita subsecuente el día y hora programa.						
12.	Médico.	Reciba al paciente en su cita programa, saludelo e identifique que el nombre del paciente corresponda al anotado en la hoja de registro diario de pacientes en consulta externa, busca en el expediente del paciente nota medica, valora evolución del padecimiento y con base a los datos obtenidos, decida alta del paciente.						
13.		Decida alta del paciente: <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Alta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 6.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Alta?	Entonces.	Si	Aplica actividad siguiente.	No	Aplica actividad 6.
¿Alta?		Entonces.						
Si	Aplica actividad siguiente.							
No	Aplica actividad 6.							
14.	Anota alta de paciente en la hoja de notas médicas en el expediente clínico. Fin de procedimiento.							
15.	Paciente.	Acude a programación quirúrgica a consulta externa, en donde el cirujano plástico en turno asignara el día pre quirúrgico, fecha de su cirugía y estudios de laboratorio clínicos.						
14.	Medico.	Asiste al área de archivo los días martes, jueves y viernes, revisa en la hoja de programación quirúrgica las cirugías programadas que corresponda al servicio de otorrinolaringología.						

PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

NIVEL: II
 CLAVE:
 VERSIÓN:



CÓDIGO: DOM-P313-I1_001
 FECHA DOCUMENTACIÓN: 31 DE MARZO DEL 2015
 FECHA ACTUALIZACIÓN: 22 DE MAYO DEL 2015

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD
15.	Medico.	Realiza tratamiento quirúrgico, nota medica del procedimiento quirúrgico realizado en el formato de “autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica” (ver anexo 6) e indicaciones medicas.
16.		Programa cita subsecuente para valorar resultados y evolución del acto quirúrgico y decida si se da alta al paciente a su domicilio, aplica actividad 12.

7.- Colaboradores:

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ		
Asesorado por:	Lic. Laura Leticia Pérez Peralta.	
PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
Dra. Hilda Rivera Guzmán.		



8.- Definiciones:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Otorrinolaringología	Es la especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento tanto médico como quirúrgico de las enfermedades de oído, nariz, senos paranasales, boca, faringe y laringe.
Patología	Es el estudio de las enfermedades, procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

9.- Documentos de Referencia:

Código	Documento
DOM-OG25511_006	Manual de Organización del Instituto de Cirugía Reconstructiva.
DOM-M003-14A_002	Específico de la Subdirección Médica del Instituto de Cirugía Reconstructiva.

10.- Formatos Utilizados:

Código	Documento
Anexo 01	Recibo único de cuotas de recuperación.
Anexo 02	Registro diario de pacientes en consulta externa.
Anexo 03	Receta.
Anexo 04	Solicitud de estudios de laboratorio y gabinete.
Anexo 05	Nota médica.
Anexo 06	Agenda.
Anexo 07	Autorización, solicitud y registro de intervención quirúrgica.





11.- Descripción de Cambios

No.	Fecha del Cambio	Referencia del cambio	Breve Descripción del Cambio
1.	21 de mayo del 2015		Primera versión.
2.			
3.			
4.			



ANEXOS

PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

NIVEL: II
 CLAVE:
 VERSIÓN:



Código: DOM-P313-I1_001
 FECHA DOCUMENTACIÓN: 31 DE MARZO DEL 2015
 ACTUALIZACIÓN: 22 DE MAYO DEL 2015

ANEXO 01: REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA.

HORA		EDAD	SEXO	DERECHOHABIENCIA	LUGAR DE ORIGEN	PRIMERA VEZ EN CONSULTA	PROGRAMA	CONSULTA PREVIAMENTE												ESTADO DE HISTRORIAS PREVIAS		HIDRATACION ORAL			PLANIFICACION FAMILIAR												DETECCIONES																	
NOMBRE	NÚM. DE EXPEDIENTE							NÚM. DE FOLIO DEL RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACION	ALTO RIESGO	ANÁLISIS CLÍNICOS	PRESCRIPCIÓN ACIDO FOLICO	CONSULTA A FUJERÍA	SOLO SINTOMÁTICO	CON ANTI-BIÓTICO	PEBA/ROLLO PSICOMOTÓN	APENDICITIS Y SOBRESERBO	NORMAL	LEV	MODERADA	GRAVE	NÚMERO DE SOBRES	PLAN B	PLAN C	RECUPERACION	SOBRES EN FRACCIÓN	ORAL	INYECTABLE MENUSUAL	INYECTABLE BIMESTRAL	IMPACTANTE SUBCUTANEO	DIU	QUIRÚRGICO	PRESERVATIVO	DIU MÉDICO	PARO. DEFINIDO	ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA	OTRO MÉTODO	PRIMERA VEZ ATENCION	TERAPIA HORMONAL	PERTY POST MENOPAUSIA	PROSTATITIS	PROSTATITIS REPAR. DE ESTY PROSTADITIS	TRAST. DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	DIABETES MELLITUS	DEBILIDAD	DIABETES	SINCRONE METABOLICO	DEPRESION	ALTERACION DE MEMORIA	OSTEOPOROSIS	HIPERTENSION PRIMARIA	ALCOHOLISMO	TABACQUISMO	PARASITOSIS	VALIENCIA INFLUENZA
DIAGNOSTICO								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																			
TRIMESTRE								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																			
TRIMESTRE								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																			
TRIMESTRE								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																			
TRIMESTRE								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																			
TRIMESTRE								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																			
TRIMESTRE								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																			

USO

DIAGNOSTICOS
 PESO Y OBESIDAD
 OTROS DIAGNOSTICOS
 DE REALIZAR
 OTRO

CLAVES DE DEBERHOABIENCIA:

1. INCL
 2. SECULAR
 3. SECULAR FORTAL
 4. OTROS
 5. SIN
 6. OTRAS

CLAVES DE PROGRAMAS:

1. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES
 2. SINDROME DEGENERATIVAS
 3. OTRAS ENFERMEDADES
 4. A SANOS
 5. M AMPLICACION FAMILIAR

CLAVES DE TRIMESTRE:

1) PRIMER TRIMESTRE
 2) SEGUNDO TRIMESTRE
 3) TERCER TRIMESTRE

CLAVES DE SITUACIONES ESPECIALES:

1. MORGANTE

2. INCL
 3. PACIENTE EN AMPLICACION
 4. REPELIBLE
 5. CONTINUA SIN RIESGO
 6. CONSULTA EN PROCESO DE TRATAMIENTO
 7. CONSULTA DONCILA Y RIA
 8. DISCAPACIDAD

0. CON ENTREGA A ENFERMERIA DE PUJUESA
 1. UNIDAD EN ENFERMERIA SUBSECUENTE
 11. TORN DE PUJUESA
 12. ENTREGA DE PLAN DE SIN RIESGO A ENFERMERIA

CLAVE DE ESTUDIO PARA BILIT Y VIK EN ENFERMERIA Y PROLACION GENERAL:

1. ESTUDIO DE LA TERNACION
 2. PRUEBA RAPIDA

CLAVES DE PERSONA QUE PRESENTA:

1. MUJERES Y NIÑOS DE 0 A 1 AÑOS
 2. MUJERES Y NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS
 3. MUJERES Y NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS
 4. MUJERES Y NIÑOS DE 11 A 15 AÑOS
 5. MUJERES Y NIÑOS DE 16 A 20 AÑOS
 6. MUJERES Y NIÑOS DE 21 A 25 AÑOS
 7. MUJERES Y NIÑOS DE 26 A 30 AÑOS
 8. MUJERES Y NIÑOS DE 31 A 35 AÑOS
 9. MUJERES Y NIÑOS DE 36 A 40 AÑOS
 10. MUJERES Y NIÑOS DE 41 A 45 AÑOS
 11. MUJERES Y NIÑOS DE 46 A 50 AÑOS
 12. MUJERES Y NIÑOS DE 51 A 55 AÑOS
 13. MUJERES Y NIÑOS DE 56 A 60 AÑOS
 14. MUJERES Y NIÑOS DE 61 A 65 AÑOS
 15. MUJERES Y NIÑOS DE 66 A 70 AÑOS
 16. MUJERES Y NIÑOS DE 71 A 75 AÑOS
 17. MUJERES Y NIÑOS DE 76 A 80 AÑOS
 18. MUJERES Y NIÑOS DE 81 A 85 AÑOS
 19. MUJERES Y NIÑOS DE 86 A 90 AÑOS
 20. MUJERES Y NIÑOS DE 91 A 95 AÑOS
 21. MUJERES Y NIÑOS DE 96 A 100 AÑOS


SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA





ANEXO 02: RECETA.

QUK FORMS TEL: 001 864 4726, 864 2963, 864 4746	
 SECRETARIA DE SALUD JALISCO SECRETARÍA DE SALUD SECRETARÍA DE SALUD	
RECETA	
FOLIO 143014 17720	
NOMBRE DE LA UNIDAD: INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA "DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS" CLAVE (S.I.S.S.): JCSSA002200 DOMICILIO: AV. FEDERALISMO NORTE No. 2022 COL. LA GUADALUPANA TEL. (33) 38243536, 38233723	
NÚMERO DE EXPEDIENTE:	
NOMBRE DEL PACIENTE:	
NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR:	
CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:
NOMBRE GENERICO:	
PRESENTACION:	
INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)	
CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE:
CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:
NOMBRE GENERICO:	
PRESENTACION:	
INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)	
CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE:
CLAVE:	CANTIDAD CON LETRA:
NOMBRE GENERICO:	
PRESENTACION:	
INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)	
CANTIDAD RECIBIDA:	FIRMA DEL PACIENTE:
Nombre del médico: Cédula profesional: Dirección: Fecha de emisión:	SELLO DE LA UNIDAD
Firma	
Original blanco. Farmacia Subrogada	
135-045-9581	

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

NIVEL: II
 CLAVE:
 VERSIÓN:




Código: DOM-P313-I1_001
 FECHA DOCUMENTACIÓN: 31 DE MARZO DEL 2015
 ACTUALIZACIÓN: 22 DE MAYO DEL 2015

ANEXO 03: SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE.


		O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO				Folio: 14- 1056902	
Secretaría de Salud GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO		SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE		Seguro Popular INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA "DR. JOSÉ GUERRERO SANTOS"		DÍA MES AÑO	
UNIDAD:				CLUBES:			
NOMBRE DEL PACIENTE:				NÚMERO DE EXPEDIENTE:			
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:		SEXO: MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>		NÚMERO DE INTERVENCIÓN DE CAUSAS:	
NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURO POPULAR:		VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO POPULAR HASTA:		SERVICIO:		NÚMERO DE CAUSA:	No. DE ESTUDIOS SOLICITADOS:
DIAGNÓSTICO (S)							
ESTUDIOS SOLICITADOS							
PARTIDA: CAUSES <input type="radio"/> FPGC <input type="radio"/> SMSXXI <input type="radio"/>							
TODOS LOS ESTUDIOS SOLICITADOS ANTERIORMENTE SON DE ACUERDO A LOS DIAGNÓSTICOS DE LA CAUSA VIGENTE.							
POBLACION ABIERTA (RAMO 33)							
NOMBRE, FIRMA Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO SOLICITANTE				NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DEL DEDO PULGAR, DERECHO DE CONFORMIDAD DEL PACIENTE O TUTOR AL TOMAR LAS MUESTRAS			

138-048-8588 AM - 2014





INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA
"Dr José Guerrero Santos"
LABORATORIO CLÍNICO



SOLICITUD DE EXAMENES

Nombre _____	Expediente No. _____	Fecha _____
Edad _____	Sexo _____	Servicio _____
Procedimiento Quirúrgico _____		Nombre y firma del Médico _____

<input type="checkbox"/>	ACIDO URICO
<input type="checkbox"/>	ALBUMINA
<input type="checkbox"/>	ALANINO AMINO TRANSFERASA (ALT & TGP)
<input type="checkbox"/>	ANTICUERPOS ANTI-HIV (HEMOAGLUTINACIÓN)
<input type="checkbox"/>	ANTIESTREPTOLISINAS
<input type="checkbox"/>	ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST & TGO)
<input type="checkbox"/>	BILIRRUBINA TOTAL
<input type="checkbox"/>	BIOMETRÍA HEMÁTICA
<input type="checkbox"/>	CALCIO
<input type="checkbox"/>	CLORO
<input type="checkbox"/>	COLESTEROL TOTAL
<input type="checkbox"/>	COLESTEROL HDL (Alta densidad)
<input type="checkbox"/>	COLESTEROL LDL (Baja densidad)
<input type="checkbox"/>	CREATININA (EN SUERO)
<input type="checkbox"/>	EOSINOFILOS EN MOCO NASAL
<input type="checkbox"/>	EXAMEN GENERAL DE ORINA
<input type="checkbox"/>	FACTOR REUMATOIDE
<input type="checkbox"/>	FIBRINOGENO
<input type="checkbox"/>	FOSFATASA ALCALINA
<input type="checkbox"/>	FOSFORO

<input type="checkbox"/>	GLUCOSA
<input type="checkbox"/>	GLUCOSA POS-PRANDIAL
<input type="checkbox"/>	GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR Rh
<input type="checkbox"/>	MAGNESIO
<input type="checkbox"/>	NITROGENO UREICO (BUN)
<input type="checkbox"/>	POTASIO
<input type="checkbox"/>	PROTEINA C REACTIVA
<input type="checkbox"/>	PROTEINAS TOTALES
<input type="checkbox"/>	PRUEBA DE EMBARAZO (SUERO)
<input type="checkbox"/>	REACCIONES FEBRILES
<input type="checkbox"/>	RECuento DE PLAQUETAS
<input type="checkbox"/>	ROSA DE BENGALA
<input type="checkbox"/>	SODIO
<input type="checkbox"/>	TIEMPO DE COAGULACIÓN Y SANGRADO
<input type="checkbox"/>	TIEMPO DE PROTROMBINA
<input type="checkbox"/>	TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL
<input type="checkbox"/>	TRIGLICERIDOS
<input type="checkbox"/>	UREA
<input type="checkbox"/>	VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR
<input type="checkbox"/>	VDRL

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA CONSULTA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.

NIVEL: II
 CLAVE:
 VERSIÓN:



CÓDIGO: DOM-P313-I1_001
 FECHA DOCUMENTACIÓN: 31 DE MARZO DEL 2015
 FECHA ACTUALIZACIÓN: 22 DE MAYO DEL 2015

OTRORRINOLARINGOLOGÍA

<input type="checkbox"/>	Serie de Arinos	<input type="checkbox"/>	Columna cervical Ap. () Lat. () Obs. ()
<input type="checkbox"/>	Cef. Prof. Ap. Lat.	<input type="checkbox"/>	Col. Cervical Flexión () Ext. ()
<input type="checkbox"/>	Cerv. posición de oídos (Sofa, est. Bismuth, Transorbital)	<input type="checkbox"/>	Columna Dorsal Ap. () Lat. () Obs. ()
<input type="checkbox"/>	Art. posición Paup. anterior abulter (Sofa, der boca abierta y cerrada)	<input type="checkbox"/>	Col. Lumbar Ap. () Lat. () Obs. ()
<input type="checkbox"/>	Cerv. posición comparativa	<input type="checkbox"/>	Cóccix Ap. Y Lat.
<input type="checkbox"/>	Art. posición	<input type="checkbox"/>	Articulación escapulohumeral: Ap. () Obs. ()
<input type="checkbox"/>	S.P.M. (Caldwell, Waters, Lat.)	<input type="checkbox"/>	Fémur Ap. Y Lat.
<input type="checkbox"/>	Perfil sagittal	<input type="checkbox"/>	Rodilla Ap. Y Lat.
<input type="checkbox"/>	Cerv. posición lateral	<input type="checkbox"/>	Rodilla Antel
<input type="checkbox"/>	Cerv. Prof. () Lat. () Obs. ()	<input type="checkbox"/>	Rodilla Axial D.C. CERVIC
<input type="checkbox"/>	Columna Ap.	<input type="checkbox"/>	Plano Ap. Y Lat.
<input type="checkbox"/>	Manillar Ap. () Axial ()	<input type="checkbox"/>	Tobillo Ap. Y Lat.
<input type="checkbox"/>	Brazo Ap. Y Lat.	<input type="checkbox"/>	Pis Ap. Y Obs. ()
<input type="checkbox"/>	Codo Ap. Y Lat.	<input type="checkbox"/>	Pis ap. Y Lat. Con apoya
<input type="checkbox"/>	Art. hombro Ap. Y Lat.	<input type="checkbox"/>	Calcanes Antel Comparativo
<input type="checkbox"/>	Muñeca Ap. Y Lat.	<input type="checkbox"/>	Calcanes Lat. Comparativo
<input type="checkbox"/>	Mano Ap. () Obs. () Mano AP. Comparativa ()	<input type="checkbox"/>	Peticofalangea
<input type="checkbox"/>	Todo Ap. () Lat. () Obs. ()	<input type="checkbox"/>	Serie Osea Afectada
<input type="checkbox"/>	Abdomen desdoble	<input type="checkbox"/>	Edad Osea 2 planes
<input type="checkbox"/>	Abdomen bipedestación	<input type="checkbox"/>	Edad Osea 4 planes
<input type="checkbox"/>	Pelvis Ap. () Hipertensión ()		

OTROS ESTUDIOS NO REALIZADOS EN EL I.J.C.R.



ANEXO 05: AGENDA.

Julio 2015

6 Lunes San Mateo	7 Martes San Felipe	8 Miércoles San Antonio
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31

Notas:

ENERO

D	L	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

FEBRERO

D	L	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

MARZO

D	L	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

ABRIL

D	L	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

MAYO

D	L	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

JUNIO

D	L	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					





ANEXO 07: AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

SERVICIO	CAMA NUMERO	
FECHA DE SOLICITUD	FECHA SOLICITADA	HORA DESEADA

AUTORIZACION DEL PACIENTE

AUTORIZO A LOS MEDICOS DE **SECRETARIA DE SALUD** PARA QUE EFECTUEN LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS QUE SEAN NECESARIAS PARA EL ALIVIO O CURACION DE MI PADECIMIENTO, EN LA INTENCION DE QUE NO OSECONOZCO LOS RIEGOS A QUE QUEDO SUJETO POR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO Y ANESTESICO.

FIRMA DEL PACIENTE _____
 FIRMA DE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE _____

SOLICITUD DE OPERACION

Diagnostico pre operatorio: _____

Operacion solicitada: _____

Electiva () URGENCIA ()

Atendidos: 1a. _____ 2a. _____ 3a. _____

Sangre: Tipo _____ Grupo _____ en Quirófano () En Reserva () ml. _____

Anestesia solicitada: Local () Regional () General ()

Firma del Jefe del Servicio _____

PROGRAMACION DEL QUIROFANO

Día _____ Hora _____ Sala _____

Firma del Jefe Encargado del Quirófano _____

REGISTRO DE OPERACION

Diagnostico post operatorio: _____

Operacion efectuada: _____

Examen inmediato post operatorio (en caso de haberse solicitado e indicado): _____

Atendidos administrados: _____

Cuentas de gases y canalizaciones registradas por: _____

Firma del Cirujano _____

AUTORIZACION, SOLICITUD, Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA IJCR/HC 08 AM-0604

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

