



**GOBIERNO
DE JALISCO**

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR USUARIOS A CONSULTA EXTERNA

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: RÚBRICA
MARÍA SANTOS RAMÍREZ VELÁSQUEZ
ENCARGADA DE ARCHIVO

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

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

CÓDIGO: DOM P344-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO DEL 2004

No./FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009 -19

FECHA DE AUTORIZACIÓN 08 JULIO 2009

COPIA No.: _____

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

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

Responsable de la información: Instituto Jalisciense de Salud Mental
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 21 enero 2016

PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR USUARIOS A CONSULTA EXTERNA



Código: DOM P344-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO DEL 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

Objetivo	Atender a los usuarios con calidad cuando solicitan atención en consulta externa.
Alcance	<p>Límites el procedimiento: El procedimiento inicia desde que solicitan atención para la consulta externa hasta la derivación al área correspondiente</p> <p>Áreas que intervienen: Este procedimiento aplica al área de Archivo del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve.</p>
Políticas	<ol style="list-style-type: none">Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.<ul style="list-style-type: none">Un procedimiento actualizado es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la InstituciónUn 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.Es responsabilidad de los trabajadores del área de archivo, la de tratar dignamente a todos los usuarios.Todo usuario que tenga más de seis meses sin asistir a consulta externa, deberá comenzar sus trámites como usuarios de primera vez.
Definiciones	<p>Intervención en Crisis Intervención psicológica inmediata y de una sola sesión dirigida a ayudar al paciente a resolver un momento u evento crítico en su vida y evitar que éste deje consecuencias o alteración emocional en el individuo.</p> <p>Expediente clínico Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá de hacer registros, anotaciones y certificaciones.</p> <p>Consulta externa de primera vez Proceso inicial de diagnóstico y tratamiento del padecimiento mental de primera vez.</p> <p>Consulta externa subsecuente Procedimiento de revaloraciones Psiquiátricas y Psicológicas programadas mediante cita con el objetivo de manejar el tratamiento adecuado y llegar a la estabilización del padecimiento y la funcionalidad del usuario.</p> <p>Usuario psiquiátrico Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica por enfermedad mental.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR USUARIOS A CONSULTA EXTERNA



Código: DOM P344-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO DEL 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

Paciente Beneficiario directo de la atención médica.

No	Responsable	Descripción detallada de la Actividad	
1.	Usuario	Se presenta en CAISAME y solicita atención.	
2.	Archivo	Reciba al usuario y determine si presenta conducta en crisis?	
		¿Presenta crisis?	Entonces
		Si	Aplica la Siguiente Actividad
No	Aplica Actividad 4		
3.	Archivo	Determine el área a la que deriva al usuario para su atención.	
		Área que deriva	Entonces
		Urgencias	Canalice al usuario al servicio de urgencias para que se aplique procedimiento de Urgencias. FIN DE PROCEDIMIENTO.
Intervención en Crisis	Aplica Procedimiento de Atención por Intervención en crisis FIN DE PROCEDIMIENTO.		
4.	Archivo	Determine si el Usuario es de primera vez.	
		¿Usuario?	Entonces
		Primera vez	Entrega ficha y toma datos personales del Usuario, asigna consultorio y conforma expediente y lo lleva a consultorio de 1ra. vez de psiquiatría. Aplique actividad siguiente.
Subsecuente	Aplique la actividad 6		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR USUARIOS A CONSULTA EXTERNA



Código: DOM P344-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO DEL 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

No	Responsable	Descripción detallada de la Actividad	
5.	Archivo	Determina si debe enviar al Usuario a trabajo social porque el usuario presenta (hoja de referencia, manifestar no traer dinero o por política de gratuidad o al área de caja.	
		Área que deriva	Entonces
		Trabajo Social	Canalice al usuario trabajo Social aplique procedimiento de Trabajo Social. FIN DE PROCEDIMIENTO.
	Caja	Indica al Usuario pasar a caja. Aplica Procedimiento de Caja. FIN DE PROCEDIMIENTO.	
6.	Archivo	Pregunta al usuario cuando fue su última consulta y determine si el usuario tiene más de seis meses sin asistir.	
		Tiempo de última consulta	Entonces
		Más de seis meses	Entregue ficha de atención, indicando al usuario que su atención deberá considerarse como de primera vez por tener más de seis meses sin acudir a la institución. Aplica actividad 8 Nota: Si ya no hay fichas, indica al usuario venir al siguiente día en los horarios asignados para tramitar la ficha y que su atención deberá considerarse como de primera vez por tener más de seis meses sin acudir a la institución.
	Menos de seis meses	Derive al usuario con la Encargada de citas de psiquiatría para programar nueva cita.	
7.	Encargada de Citas de Psiquiatría	Recibe al usuario y programa nueva cita con su médico psiquiatra en el tarjetón. FIN DE PROCEDIMIENTO	
8.	Archivo	Determina si debe enviar al Usuario a trabajo social porque el usuario presenta (hoja de referencia, manifestar no traer dinero o por política de gratuidad o al área de caja.	
		Área que deriva	Entonces
		Trabajo Social	Canalice al usuario trabajo Social aplique procedimiento de Trabajo Social. FIN DE PROCEDIMIENTO.
	Caja	Indica al Usuario pasar a caja. Aplica Procedimiento de Caja. FIN DE PROCEDIMIENTO.	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR USUARIOS A CONSULTA EXTERNA



Código: DOM P344-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO DEL 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. Claudia Judith González Ochoa, Lic. Gianello Castellanos Arce, Lic. Laura Leticia Pérez Peralta, Lic. Laura Leticia Pérez Peralta y el Ing/Arg. Rubén Contreras Cabrera

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- Dr. Daniel Ojeda Torres
- Dr. Eduardo Valle Ochoa
- Dra. María Xóchitl González Delgado
- María Santos Ramírez Velásquez
- Lic. T.S.P. Noemí Rodríguez Navarro
- Lic. T.S. Beatriz Viquez Gazcon
- Lic. Milagros Ascencio Guirado

Documentos de Referencia.

Código	Documento
DOM M02	Manual de Organización General del Instituto Jalisciense de Salud Mental.
DOM M57	Manual de Organización General del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Diagrama de Flujo.
Anexo 02	Formato de Expediente Clínico
Anexo 03	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

SELLO



ANEXOS

SELLO

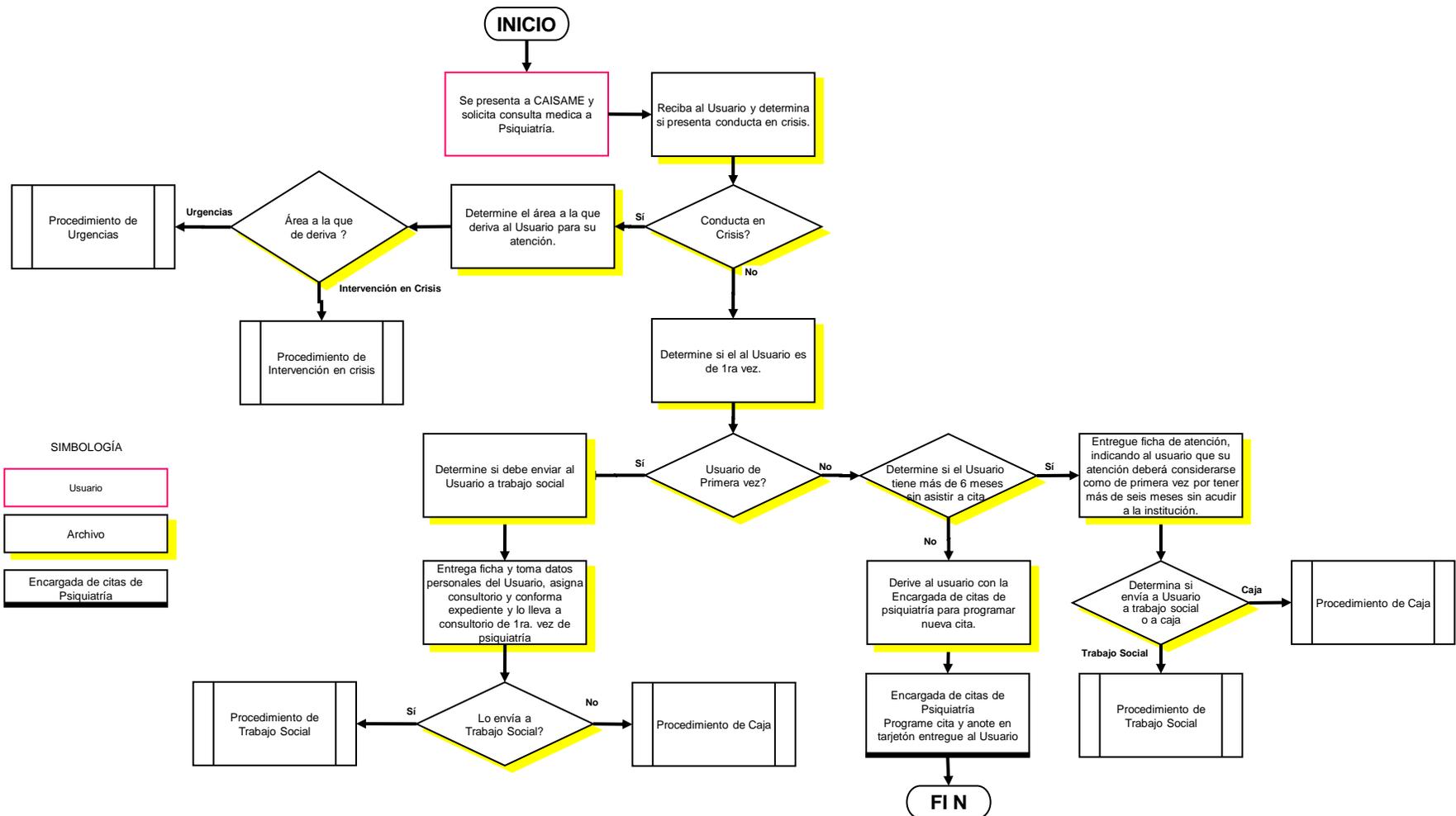
DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
6

SELLO



Anexo 01: Diagrama de Flujo



SIMBOLOGÍA

- Usuario
- Archivo
- Encargada de citas de Psiquiatría



Anexo 02: Formato de Expediente Clínico.




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

EXPEDIENTE CLINICO

SERVICIO _____

GUADALAJARA, JAL. _____ DE _____ DEL 20 _____

CLAVE

NOMBRE



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

HISTORIA CLÍNICA

FICHA CLINICA

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____ FECHA: [] [] [] [] [] []
 NOMBRE: _____ SEXO: M [] F [] EDAD: _____ años.
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: [] [] [] [] [] []
 DOMICILIO: _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ TELEFONO: _____
 ESCOLARIDAD: Analfabeta [] Primaria [] Secundaria [] Preparatoria [] Licenciatura [] Postgrado [] (escribir el número de años en cada espacio)
 CREDO O RELIGIÓN: Católica [] Protestante/Cristiana [] otras [] cual: _____ PRACTICA: SI [] NO []
 OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: Soltero [] Casado [] Divorciado [] Unión Libre [] Viudez []
 VIVE CON LA PAREJA: SI [] NO []
 CONDICIÓN DE EMPLEO: Empleado [] Desempleado [] Subempleado []
 FAMILIAR RESPONSABLE: _____ Parentesco: _____
 REPRESENTANTE LEGAL: _____
 FUENTE DE REFERENCIA: Espontáneo Voluntario [] Espontáneo Involuntario []
 REFIERE INSTITUCIÓN: SI [] NO [] Cual: _____
 EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARA: Nombre: _____ Teléfono: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

MOTIVO DE CONSULTA

SÍNTOMA PRINCIPAL:
 Alucinaciones [] Tipo: _____ Contenido: _____ Delirios [] Contenido: _____
 Suicidio: Ideación [] Intento [] Como: _____
 Estado de ánimo Depresivo [] Ansioso [] Eufórico [] Ataque de Pánico [] Fobia [] Cual: _____
 Obsesión [] Compulsión [] Cual: _____ Problemas para dormir [] Cual: _____
 Problemas de alimentación [] Cual: _____ Problemas sexuales [] Cual: _____
 Deterioro Cognitivo [] Función(es): _____ Otro(s) [] Cual (es): _____

PADECIMIENTO ACTUAL

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR USUARIOS A CONSULTA EXTERNA



Código: DOM P344-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO DEL 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

INSTITUTO JALISQUEÑO DE SALUD MENTAL

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

EXAMEN MENTAL

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

EXAMEN MEDICO

Alteraciones Si [] No [] _____

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

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Medicamento	Presentación	Indicación	Objetivo	Riesgo

PLAN DE MANEJO CONSULTA EXTERNA: _____ CLINICA: _____
 HOSPITALIZACIÓN: _____ CLINICA: _____
 REFERENCIA: _____

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO PSIQUIATRA

HISTORIA PERSONAL

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

Con quién (es): _____
 Agresión Física: Si [] No [] : _____
 Actos ilegales: Si [] No [] : _____

Descripción: _____

Intereses y Pasatiempos: _____

Preocupaciones: _____

Observaciones: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA CANALIZAR USUARIOS A CONSULTA EXTERNA



Código: DOM P344-I5_001

FECHA DE EMISIÓN: MARZO DEL 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO 2009

HISTORIAL MEDICO

Talla: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Ejercicio: Si [] No [] Cual: _____ Frecuencia: _____

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

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

Enfermedad(es) actual (es) Si [] No [] DESCRIPCIÓN: _____

Diagnostico (s): _____

DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS DONDE EXISTE ALTERACIÓN: _____

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

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

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

CONSUMO DE SUSTANCIAS

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

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

HISTORIA ESCOLAR

Problemas Académicos: Si [] No [] Cuales: _____

Periodo escolar: _____ Motivo: _____

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

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

Periodo Escolar : _____ Motivo: _____

Asignaturas Favoritas: _____

Asignaturas Dificiles : _____

Rendimiento Escolar : _____

VIDA SEXUAL

Inicio de Vida sexual: Si [] No []; Edad: _____ Satisfacción Si [] No []: _____

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

Conducta auto erótica: _____ /mes o _____ /año Frecuencia de coito: _____ /mes o _____ /año

Fase	Alteración
Deseo	_____
Excitación	_____
Orgasmo	_____
Dolor	_____

Acoso sexual: Si [] No [] Edad: _____ Relación _____

Abuso sexual: Si [] No [] Edad: _____ Relación _____

Violencia sexual: Si [] No [] Edad: _____ Relación _____

Incesto: Si [] No [] Edad: _____ Relación _____

DESCRIPCIÓN DE PERSONALIDAD

SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

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

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

VIVE CON: FAMILIA NUCLEAR [] UN FAMILIAR []: _____

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

RELACIONES FAMILIARES: Buenas []: _____

Regulares []: _____

Malas []: _____

REDES DE APOYO: Familia [] _____

Amigos [] _____

Pareja [] _____

Institucion [] _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

