

GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: **RÚBRICA**
DRA. ANGÉLICA RAMÍREZ CÁRDENAS
JEFATURA DE HOSPITALIZACIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL
EN SALUD MENTAL DE ESTANCIA BREVE

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 P350-I5_001**

FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO DE 2009

NO./FECHA DE REVISIÓN: 001/ AGOSTO DE 2009

FECHA DE AUTORIZACIÓN: **21 DE AGOSTO DE 2009**

COPIA No.:

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

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

Sello

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

Objetivo Brindar medidas de atención y contención inmediatas a todo usuario con intento de abandono hospitalario.

Alcance
Límites el procedimiento: El procedimiento inicia desde que el usuario intenta abandonar el hospital y termina cuando se controla el paciente o se concreta el abandono.
Áreas que intervienen: Psiquiatría, Medicina General, Trabajo Social, Enfermería, Intendencia, Jefatura de Hospital, Coordinación de Trabajo Social y Coordinación de Hospital.

- 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. Trabajo social debe aplicar las políticas de gratuidad en los Servicios de Salud Jalisco, emitidas en marzo de 2003.
 3. El personal que interviene en la atención en hospitalización debe informar a la Jefatura o Coordinación de Hospitalización en turno el intento de abandono hospitalario.
 4. El médico tratante o el médico residente de guardia debe evaluar a todo usuario con intento de abandono hospitalario y hacer los registros correspondientes en el expediente clínico.
 5. Es responsabilidad de trabajo social en caso de concretarse el abandono hospitalario dar aviso al ministerio público.

Definiciones

Sujeción Física Procedimiento usado en Psiquiatría, como último recurso, frente a la agitación psico-física o frente a una fuerte pérdida de control de impulsos, con la finalidad de evitar auto y heteroagresiones.

Contención Farmacológica. Procedimiento clínico de tipo invasivo que contempla administrar una sustancia en el cuerpo del usuario agitado o alterado por crisis emocional.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

Definiciones

| | |
|-------------------------------|--|
| Abandono Hospitalario | El retiro de un usuario de los servicios de internamiento de un hospital, por salida exigida por el usuario. |
| Cuota de Recuperación. | Es la cantidad de dinero que cubren los usuarios por los servicios de salud o de apoyo a la salud como contraprestación de las unidades aplicativas y hospitalarias que integran Organismo Publico Descentralizado de Servicio de Salud Jalisco (OPD). |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|--|-------------------------------|--|-------------------------------------|----------|----|--------------------------------|----|-----------------------------|
| 1. | Personal | Identifica tentativa de abandono, realiza contención, determina si se concreta abandono hospitalario. | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <th>¿Se concreto el abandono?</th> <th>Entonces</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica la actividad 6.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </table> | ¿Se concreto el abandono? | Entonces | Si | Aplica la actividad 6. | No | Aplica siguiente actividad. |
| | | ¿Se concreto el abandono? | Entonces | | | | | |
| | | Si | Aplica la actividad 6. | | | | | |
| No | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| Nota: | | | | | | | | |
| En caso de que el usuario trata de abandonar el hospital entonces solicita apoyo a enfermería. | | | | | | | | |
| 2. | Enfermería de Hospitalización | Realiza sujeción mecánica en caso necesario, notifica médico psiquiatra de guardia. | | | | | | |
| 3. | Psiquiatra | Realiza valoración de usuario y anota en la hoja de evolución medico psiquiatra de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168 del “ expediente clínico ” (anexo 02) y de indicaciones a Enfermería de Hospitalización y hágalo por escrito en la hoja de indicaciones medicas y verifica si requiere contención farmacológica. | | | | | | |
| | | <table border="1"> <tr> <th>¿Requiere contención farmacológica?</th> <th>Entonces</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica la actividad 5.</td> </tr> </table> | ¿Requiere contención farmacológica? | Entonces | Si | Aplica la siguiente actividad. | No | Aplica la actividad 5. |
| | | ¿Requiere contención farmacológica? | Entonces | | | | | |
| | | Si | Aplica la siguiente actividad. | | | | | |
| No | Aplica la actividad 5. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 4. | Psiquiatría | Realiza nota médica, en la hoja de evolución medico psiquiatra y el tratamiento farmacológico en las indicaciones medicas de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico e informe a enfermería para su ejecución. | | | | | | |

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|----------|--|---|---|--|--------------------------------------|--|--|---|---|--|
| 5. | Enfermera de Unidad Cuidados Inmediatos y Enfermería de Hospitalización. | Reciba indicaciones médicas por parte de Psiquiatría y las ejecuta, determina el manejo del paciente para seguimiento de caso: | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Manejo de paciente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paciente con indicación de ingreso a la unidad de cuidados inmediatos.</td> <td>Ver procedimiento para ingreso a Unidad de Cuidados Inmediatos.</td> </tr> <tr> <td>Paciente con indicación de ingreso observación en la unidad de cuidados inmediatos.</td> <td>Ver procedimiento para observación en Unidad de Cuidados Inmediatos.</td> </tr> <tr> <td>Paciente en atención por psiquiatría</td> <td>Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por psiquiatría.</td> </tr> <tr> <td>Paciente en atención por medicina general.</td> <td>Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por medicina general.</td> </tr> <tr> <td>Paciente en atención por enfermería, trabajo social o psicología.</td> <td>Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por trabajo social, enfermería o psicología.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Manejo de paciente? | Entonces | Paciente con indicación de ingreso a la unidad de cuidados inmediatos. | Ver procedimiento para ingreso a Unidad de Cuidados Inmediatos. | Paciente con indicación de ingreso observación en la unidad de cuidados inmediatos. | Ver procedimiento para observación en Unidad de Cuidados Inmediatos. | Paciente en atención por psiquiatría | Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por psiquiatría. | Paciente en atención por medicina general. | Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por medicina general. | Paciente en atención por enfermería, trabajo social o psicología. | Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por trabajo social, enfermería o psicología. |
| | | ¿Manejo de paciente? | Entonces | | | | | | | | | | | |
| | | Paciente con indicación de ingreso a la unidad de cuidados inmediatos. | Ver procedimiento para ingreso a Unidad de Cuidados Inmediatos. | | | | | | | | | | | |
| | | Paciente con indicación de ingreso observación en la unidad de cuidados inmediatos. | Ver procedimiento para observación en Unidad de Cuidados Inmediatos. | | | | | | | | | | | |
| | | Paciente en atención por psiquiatría | Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por psiquiatría. | | | | | | | | | | | |
| Paciente en atención por medicina general. | Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por medicina general. | | | | | | | | | | | | | |
| Paciente en atención por enfermería, trabajo social o psicología. | Ver procedimiento para seguimiento de caso en hospitalización por trabajo social, enfermería o psicología. | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Enfermera de Hospitalización. | Notifica verbal o vía telefónica a Psiquiatría y Trabajo Social del abandono hospitalario, realiza nota de abandono en el expediente en la “ hoja de evolución de enfermería ” de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico. | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Psiquiatría | Realiza nota de egreso en el expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, y llena formato SIS y notifica verbal o vía telefónica a medicina general. | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Medicina General | Realiza nota de egreso en el expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, y llena formato SIS y notifica verbal o vía telefónica a enfermería. | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Enfermera de Hospitalización | Realiza trámite administrativo de egreso en la hoja de evolución de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, en el censos de movimiento diario hospitalario, libreta de control de ingreso y egresos, ver la “ guía de llenado de libreta de movimiento hospitalario ” (anexo 3), retire ropa de cama, solicita a intendencia la limpieza de la unidad del paciente, retira ficha de identificación. | | | | | | | | | | | | |

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|---------|---|---|-----------------------|----------|----|-------------------------------------|----|---|
| 10. | Intendencia | Realiza aseo de la unidad del paciente, notifica verbalmente a enfermería al terminar. Nota: Pida apoyo a enfermería. | | | | | | |
| 11. | Enfermería de Hospitalización. | Realiza tendido de cama cerrada, aplica la guía técnica de tendido de cama. Fin de Procedimiento. | | | | | | |
| 12. | Trabajo Social | Notifique a Jefatura de Trabajo social. | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cuenta con familiar?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplique actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Llena el formato de “Notificación de abandono” (anexo 4) y envía la notificación al Ministerio Público y realiza nota del abandono hospitalario en el expediente clínico, lo entrega al archivo y entrega recibo de exento a caja. Fin de procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Cuenta con familiar? | Entonces | Si | Aplique actividad siguiente. | No | Llena el formato de “ Notificación de abandono ” (anexo 4) y envía la notificación al Ministerio Público y realiza nota del abandono hospitalario en el expediente clínico, lo entrega al archivo y entrega recibo de exento a caja. Fin de procedimiento. |
| | | ¿Cuenta con familiar? | Entonces | | | | | |
| Si | Aplique actividad siguiente. | | | | | | | |
| No | Llena el formato de “ Notificación de abandono ” (anexo 4) y envía la notificación al Ministerio Público y realiza nota del abandono hospitalario en el expediente clínico, lo entrega al archivo y entrega recibo de exento a caja. Fin de procedimiento. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 13. | Trabajo Social | Notifica a familiares del abandono del usuario del hospital, y al Ministerio Público con el formato “ Notificación de abandono ”, realiza nota en expediente de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, envíe al familiar a Jefatura de Hospital. | | | | | | |
| 14. | Jefe de Hospitalización | Informa al familiar de las condiciones de abandono hospitalario y envía a familiar a Trabajo Social. | | | | | | |
| 15. | Trabajo Social. | Reciba a familiar e indica pasar a caja para liquidar estancia y se aplica procedimiento de caja, nuevamente se le envía al familiar a caja. | | | | | | |
| 16. | Trabajo Social | Reciba paciente y solicita recibo único de cuotas de recuperación y verifica pago con los datos anotados en el recibo de cuotas de recuperación, realiza nota de pago incluyendo el número de folio de cuotas de recuperación en el expediente y envía al archivo. Fin de Procedimiento. | | | | | | |

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

| | |
|-----------------------|---|
| Asesorado por: | Lic. Gianello O. Castellanos Arce Ing/Arq. Rubén Contreras Cabrera Lic. Claudia Judith González Ochoa Lic. Laura Leticia Pérez Peralta |
|-----------------------|---|

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dr. Daniel Ojeda Torres. <input type="checkbox"/> Dr. Eduardo Valle Ochoa. <input type="checkbox"/> Dra. Angélica Ramírez Cárdenas. <input type="checkbox"/> Lic. Milagros Ascencio Guirado. <input type="checkbox"/> Dr. Alfredo Torres Sánchez <input type="checkbox"/> Dr. Raquel Román Rojas. | <input type="checkbox"/> Dra. Patricia Becerra Alatorre. <input type="checkbox"/> Lic. T. S. Marisela Esparza Rubio. <input type="checkbox"/> Lic. T. S. Ana rosa Mendoza Santiago. <input type="checkbox"/> Enf. Jaime Cabrera. <input type="checkbox"/> Arturo Marín González. |
|---|--|

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

Documentos de Referencia

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

Formatos Utilizados (Ver anexos)

| Código | Documento |
|----------|--|
| Anexo 01 | Diagrama de Flujo. |
| Anexo 02 | Expediente Clínico. |
| Anexo 03 | Guía de llenado de libreta de movimiento hospitalario. |
| Anexo 04 | Formato de abandono hospitalario |

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
9

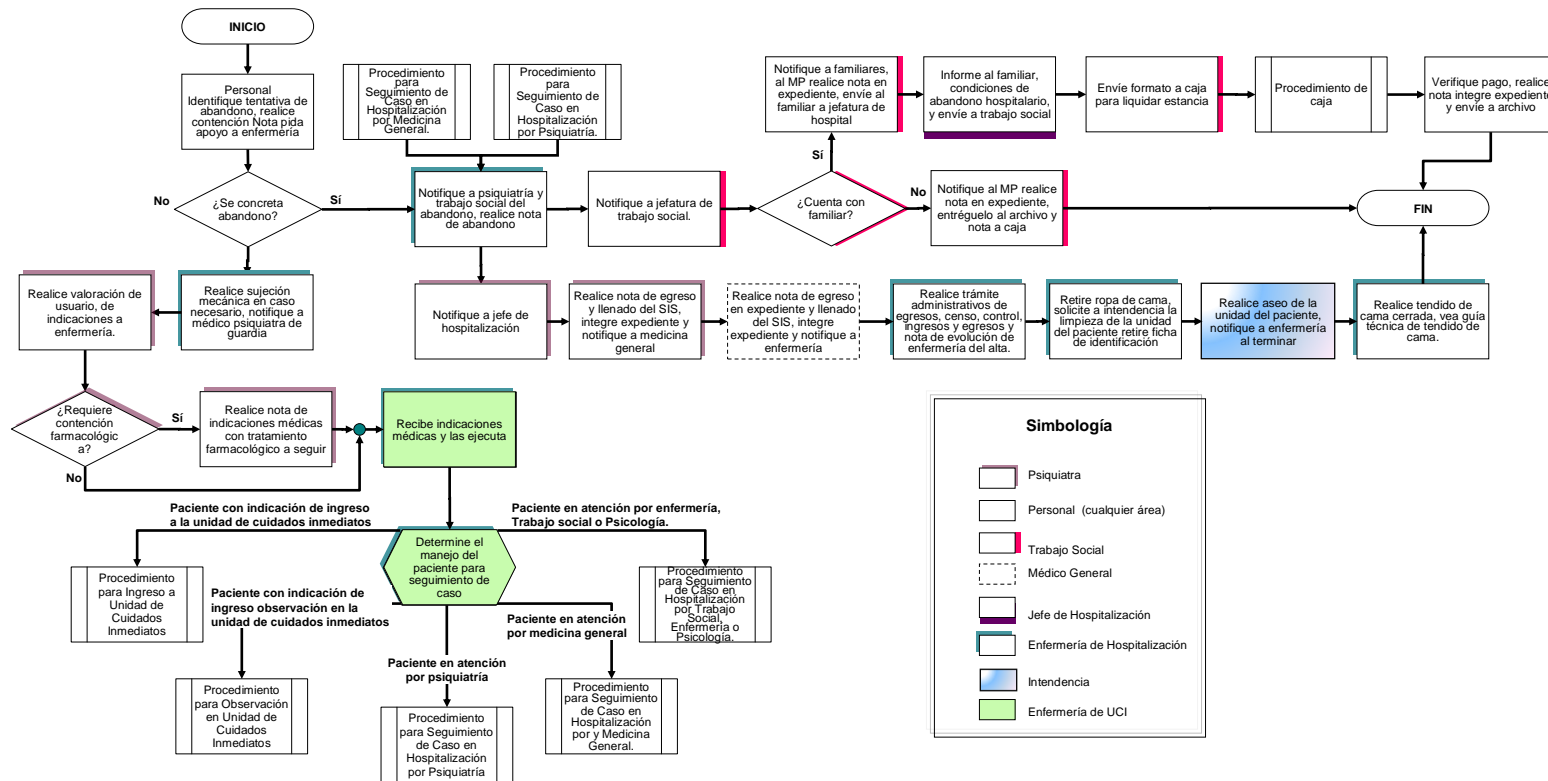
SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

Anexo 01: Diagrama de Flujo



Simbología



- Psiquiatra
- Personal (cualquier área)
- Trabajo Social
- Médico General
- Jefe de Hospitalización
- Enfermería de Hospitalización
- Intendencia
- Enfermería de UCI

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

Anexo 02: Expediente Clínico.





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

EXPEDIENTE CLINICO

SERVICIO _____

GUADALAJARA, JAL. _____ DE _____ DEL 20 _____



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: _____ ESTADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ TELEFONO: _____
 ESCOLARIDAD: Analfabeta [] Primaria [] Secundaria [] Preparatoria [] Licenciatura [] Postgrado [] (señalar el número de años en cada espacio)
 CREDO O RELIGIÓN: Católica [] Potestante/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: [LADA] []

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 LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 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: _____
 T.A. de pie: _____ T.A. 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 LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

HISTORIAL MEDICO

Talla: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Ejercicio: Si [] No [] Cual: _____ Frecuencia: _____
 Hábitos Alimenticios: Adecuados [] Regulares [] Inadecuados []
 Enfermedad(es) previa(s) Si [] No [] Diagnóstico (s): _____
 Enfermedad(es) actual (es) Si [] No [] DESCRIPCIÓN: _____
 Diagnóstico (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 Médica | Enfermedad Psiquiátrica |
|----------------|---------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Abuelo Paterno | Si [] No [] | | Si [] No [] Diagnóstico: _____ | Si [] No [] Diagnóstico: _____ |
| Abuela Paterna | Si [] No [] | | Si [] No [] Diagnóstico: _____ | Si [] No [] Diagnóstico: _____ |
| Padre | Si [] No [] | | Si [] No [] Diagnóstico: _____ | Si [] No [] Diagnóstico: _____ |
| Abuela Materna | Si [] No [] | | Si [] No [] Diagnóstico: _____ | Si [] No [] Diagnóstico: _____ |
| Madre | Si [] No [] | | Si [] No [] Diagnóstico: _____ | Si [] No [] Diagnóstico: _____ |
| Otro | Si [] No [] | | Si [] No [] Diagnóstico: _____ | Si [] No [] Diagnóstico: _____ |
| Otro | Si [] No [] | | Si [] No [] Diagnóstico: _____ | Si [] No [] Diagnóstico: _____ |

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: _____ Motivó: _____
 Problemas de Conducta (en la escuela): Si [] No [] Cuales: _____
 Reportes y/o sanciones por " mala conducta " : Si [] No [] : _____
 Periodo Escolar : _____ Motivó: _____
 Asignaturas Favoritas: _____
 Asignaturas Difíciles : _____
 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

NÚMERO 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 [] : _____
 Institución [] : _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página 13

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
 FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

SITUACIÓN ECONÓMICA

VIVENDA: Propia Rentada Prestada Otra _____ SERVICIOS: Luz Gas Agua Drenaje

NÚMERO DE DORMITORIOS: _____

NÚMERO DE SALARIOS MÍNIMOS DE INGRESO: _____

NÚMERO DE PERSONAS QUE APORTAN ECONÓMICAMENTE: _____

HISTORIA LABORAL

Inicio de vida laboral: Si No ; Edad: _____ Empleos: _____

Ultimo Empleo: _____

Número de empleos en el ultimo año: _____

Máxima duración en empleo: (cuando) : _____

Motivos para cambios de empleo: _____

Empleo actual: Si No Satisfacción con el empleo : Si No _____

Descripción: _____

FAMILIOGRAMA

OBSERVACIONES

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO PSIQUIATRICA

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
14


SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.


Anexo 03: Guía de llenado de libreta de movimiento hospitalario.



SECRETARIA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA BREVE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

GUIA DE LLENADO DE LIBRETA DE MOVIMIENTO HOSPITALARIO:

- a) INGRESOS:
- b) ALTA DEL SERVICIO: FAMILIAR Y/O INSTITUCION
- c) TRASLADO: LUGAR, DATOS DE IMPORTANCIA EJEMPLO.- PORTADOR VIH, FUGA DEL ZAPOTENO APOYO FAMILIAR
- d) ESTUDIOS DE LABORATORIO: INSTITUCION, TIPO DE ESTUDIO, QUIEN SOLICITA ESTUDIO
- e) INTERCONSULTA: SERVICIO Y LUGAR
- f) FUGA: NOTIFICACIÓN A FAMILIAR O INSTITUCION Y PARENTESCO
- g) PERMISO TERAPÉUTICO: MEDICO QUE AUTORIZA Y FECHA DE REGRESO
- h) VISITA DOMICILIARIA: DOMICILIO Y MOTIVO
- i) ALTA VOLUNTARIA: MOTIVO



Por favor, utilizar este formato en el momento de llenar la libreta de movimiento hospitalario. No se permite el uso de este formato para fines distintos a los mencionados. Teléfono: 011-222-9300000 Ext. 222-9300000 Fax: 011-222-9300000

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
15


SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN EN CASO DE INTENTO DE ABANDONO HOSPITALARIO.



CÓDIGO: DOM P350-I5_001
FECHA DE EMISIÓN: AGOSTO 2009.
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/AGOSTO DE 2009.

Anexo 04: Formato de abandono hospitalario.

**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO**
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA BREVE
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

ABANDONO HOSPITALARIO
FECHA: _____

C.
PROCURADOR GENERAL DEL ESTADO DE JALISCO.
PRESENTE:

POR MEDIO DE ESTE CONDUCTO ME PERMITO SALUDARLE Y A LA VEZ INFORMARLE QUE DE ACUERDO A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM - 026 - SSA2 - 1994, PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCION INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO PSIQUIATRICA, EMITIDA EN EL DIARIO OFICIAL EL (JUEVES 16 DE NOVIEMBRE DE 1996), Y EN DISPOSICION GENERAL, 4, 6, 7, SE INFORMA A USTED QUE EL USUARIO:

DE _____ AÑOS, ABANDONO SU TRATAMIENTO HOSPITALARIO EL DIA _____
DE _____ DEL 200_____, CON DIAGNOSTICO INICIAL: _____


EL DOMICILIO DE LOS FAMILIARES ES: _____

QUIENES FUERON NOTIFICADOS PREVIAMENTE. LO ANTERIOR PARA QUE SE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS QUE HAYA LUGAR.

ATENTAMENTE

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

c.c.p. expediente
c.c.p. ministerio
c.c.p. archivo

**SALME**
SALUD ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA

Av. Zoquiapan No.1000-A Esq. Lago Titicaca Col. Zoquiapan, Zapopan, Jal. C.P. 45170
Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-7494 fax. 3633-1901

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
16

SELLO