



Secretaría de Salud

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO



MANUAL DE SERVICIOS AL PÚBLICO DEL HOSPITAL REGIONAL LA BARCA



CÓDIGO: DOM-S312-HR5_001

FECHA DE EMISIÓN: FEBRERO 2015

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 31 MARZO 2015

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 28 ABRIL 2015



DOCUMENTO DE REFERENCIA

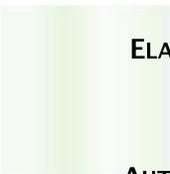


SELLOS

El presente documento sí cumple con las políticas establecidas en las guías emitidas por el Departamento de Organización y Métodos.



AUTORIZACIONES



ELABORÓ: HOSPITAL REGIONAL LA BARCA

RÚBRICA

AUTORIZÓ: DR. EDUARDO SAMUEL CARBALLO TRIANA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL LA BARCA



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: Hospital Regional La Barca
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 13 mayo 2015



ÍNDICE

	Página
1. Presentación.	3
2. Objetivos del Manual de Servicios.	4
3. Políticas Generales.	5
4. Prohibiciones	5
5. Inventario de Servicios.	6
6. Descripción de los Servicios.	10
7. Glosario.	99
8. Colaboradores.	100
9. Descripción de Cambios.	100

1. PRESENTACIÓN

La clara y precisa coordinación entre los responsables de otorgar los servicios y los usuarios de los mismos es imprescindible para asegurar que el servicio satisfaga las expectativas.

El manual de servicios es un instrumento que facilita la descripción de los servicios sustantivos que proporciona la dependencia a través del hospital, los requisitos para otorgarlos, los procedimientos a seguir por los usuarios para obtenerlos y la especificación de las características y estándares de calidad requeridos.

En un principio se conformó un documento llamado Directorio de Servicios de Hospitales Regionales, Metropolitanos e Institutos, elaborado por la Dirección de Regiones Sanitarias y Hospitales, el cual contenía los principales servicios que ofrecía la unidad médica al público, los requisitos para acceder a ellos y las personas de la unidad responsables de la comunicación con el público.

A principios del mes de abril del 2013 la Secretaría de Desarrollo Económico solicitó el envío de la información de los servicios al público que brinda la Secretaría de Salud, integrando además el costo de los mismos, los requisitos para acceder a ellos, el trámite que debe seguir el usuario, el tiempo de respuesta, formatos para la realización del trámite, datos generales de la dependencia, etc. todo esto de conformidad con lo establecido en la Ley de Mejora Regulatoria del Estado de Jalisco y sus Municipios y en la Ley de Procedimiento Administrativo del Estado de Jalisco.

Derivado de lo descrito anteriormente se diseña el presente manual de servicios, cuidando que cumpla tanto con todos los requerimientos establecidos en las citadas leyes, como con los lineamientos institucionales para conformarse en un documento más del sistema documental de la unidad y rescatando la información contenida en el Directorio de Servicios de Hospitales Regionales, Metropolitanos e Institutos.

Emanado de la Ley del Procedimiento Administrativo del Estado de Jalisco, es responsabilidad del Director de la Unidad Hospitalaria revisar y actualizar continuamente los servicios o sus apartados e informar al Departamento de Organización y Métodos cuando existan modificaciones a los mismos; a su vez dicho departamento es el responsable de revisar la actualización del manual y darlo a conocer a través de la página web de la Secretaría de Salud.

2. OBJETIVOS DEL MANUAL

El Manual de Servicios en su calidad de instrumento administrativo, tiene los siguientes objetivos:

- Describir los servicios vitales de la dependencia especificando sus estándares de calidad, así como difundirlos entre la población en general.
- Proporcionar a las áreas encargadas de atender al público un documento que sirva de guía para informar y orientar correcta y oportunamente a los usuarios de los servicios.
- Extractar en forma ordenada, secuencial y detallada las operaciones que se desarrollan en el proceso de otorgar los servicios.
- Delimitar las responsabilidades operativas para la ejecución, control y evaluación de los servicios.
- Definir los estándares de calidad de los procesos de trabajo.
- Establecer las políticas y lineamientos generales que deberán observarse al otorgar los servicios.

3. POLÍTICAS GENERALES

- El acceso a los servicios debe darse a todo usuario que lo solicite, siempre y cuando cumpla con los requisitos para su obtención, con un trato digno, respetuoso y equitativo.
- Los servicios que se otorgan en la unidad, deben estar estandarizados para todos los usuarios y cumplir con los requerimientos de calidad institucional. .
- Únicamente el personal autorizado por la dirección del hospital, tendrá acceso a las diferentes áreas hospitalarias.
- Los menores de edad serán entregados únicamente al padre, madre o tutor legal previa identificación, cuando el menor egrese de un servicio.
- El ingreso de visitantes al área de hospitalización será exclusivamente en el horario establecido para visitas, y para tal fin, el visitante debe contar con “pase de visita” correspondiente.
- Únicamente se permitirá el ingreso al área de hospitalización, a un máximo de 2 visitantes por usuario hospitalizado y deben permanecer fuera del área de hospitalización durante la realización de una cirugía.
- En el área de urgencias podrá ingresar un familiar o el tutor legal tratándose de un menor de edad y previa autorización del médico tratante.
- Las quejas o inconformidades por el servicio otorgado deben presentarse por escrito en el buzón correspondiente.
- El médico tratante es el único responsable de proporcionar información sobre el estado de salud de un usuario y en ausencia del médico, se debe solicitar información al personal de trabajo social.
- Durante la visita médica, el visitante debe permanecer en la sala de espera a excepción de que el médico solicite su presencia.
- Es responsabilidad de todos los visitantes, guardar el debido orden y silencio dentro de las áreas del hospital.
- Los menores de edad y los ancianos, deben acudir a la consulta acompañados de un familiar o del tutor legal.

4. PROHIBICIONES

- Se prohíbe acudir al hospital con animales.
- Queda prohibido el ingreso de todo tipo de alimentos o bebidas.
- Está estrictamente prohibido el ingreso de personas en estado de ebriedad o bajo el efecto de alguna droga.
- Se prohíbe fumar dentro del hospital.

5. INVENTARIO DE SERVICIOS

PROCESO	SERVICIO	PÁGINA
Consulta Externa	1. Cirugía general	11
	2. Gineco obstetricia	11
	3. Dermatología	11
	4. Traumatología y Ortopedia	11
	5. Pediatría	11
	6. Medicina interna	11
	7. Valoraciones Pre- Anestésicas	11
	8. Clínica de colposcopia	16
Urgencias	9. Consulta de urgencias	20
	10. Observación de Urgencias	20
	11. Traslados	20
	12. Curaciones	20
	13. Módulo Mater	20
Quirófano	14. Cirugía Programada	25
	15. Cirugía de Urgencias	25
Hospitalización	16. Estancia	30
	17. Alimentos	30
	18. Pase de vista e información	30
	19. Valoración por nutrición	30
	20. Visita de familiares y amigos	30
	21. Traslados	30
	22. Cunero	30
Tococirugía	23. Cuidados intermedios neonatales	30
	24. Consulta	34
	25. Atención del parto	34
	26. Traslados	34
	27. Emergencia obstétrica	34
Laboratorio Clínico	28. Acido úrico	38
	29. Aspartato alanino transferasa	38
	30. Aspartato amino transferasa	38
	31. Albumina	38
	32. Amilasa	38
	33. Bilirrubina directo	38
	34. Colesterol total	38
	35. Colesterol HDL	38

PROCESO	SERVICIO	PÁGINA
Laboratorio Clínico	36. Creatinina	38
	37. Creatinin cinassa (CK)	38
	38. Criatinin fosfo quinasa (CK MB)	38
	39. Deshidrogenasa Láctica	38
	40. Lipasa	38
	41. Fosfatasa alcalina	38
	42. Fósforo	38
	43. Gamma glutamil transferasa (GGT)	38
	44. Glucosa	38
	45. Magnesio	38
	46. Proteínas en orina	38
	47. Proteínas totales	38
	48. Triglicéridos	38
	49. Urea	38
	50. Bilirrubina total	38
	51. Hemoglobina glicosilada	38
	52. Antiestroptilisinas	38
	53. Ca 199	38
	54. Alfafetoproteína	38
	55. Antígeno carcino embrionario	38
	56. Anticuerpos virus hepatitis A	38
	57. Anticuerpos virus hepatitis B	38
	58. Anticuerpos virus HIV	38
	59. Anticuerpos virus hepatitis C	39
	60. Procalcitonina	39
	61. Troponina T	39
	62. Moglobina	39
	63. Dimer D	39
	64. ProBNP	39
	65. Toxoplasma IgG	39
	66. Toxoplasma IgM	39
	67. Rubeola IgG	39
	68. Rubeola IgM	39
	69. Citomegalovirus IgG	39
	70. Citomegalovirus IgM	39
	71. Herpes 1 IgG	39
	72. Herpes 2 IgG	39
	73. Tira reactiva para análisis de orina con 10 parámetros	39

PROCESO	SERVICIO	PÁGINA	
Laboratorio Clínico	74. Pruebas de sedimento urinario	39	
	75. Identificación microbiológica de Gram (-), Gram (+)	39	
	76. Determinación de antibiograma	39	
	77. Hemocultivos	39	
	78. Determinación de helicobacter pílori en aliento	39	
	79. Factor reumatoide	39	
	80. Proteína c reactiva	39	
	81. Sodio	39	
	82. Potasio	39	
	83. Cloro	39	
	84. Biometría hemática	39	
	85. Tiempo de protombina	39	
	86. Tiempo parcial de tromboplastina	39	
	87. T4 libre	39	
	88. T3 libre	39	
	89. T3 Total	39	
	90. Hormona folículo estimulante	40	
	91. Progesterona	40	
	92. Proactina	40	
	93. Hormona luteinizante	40	
	94. HCG Cuantitativa	40	
	95. Estradiol	40	
	96. Antígeno prostático específico	40	
	97. Ca 125	40	
	98. Ca 123	40	
	Rayos X	99. Abdomen	45
		100. Colon por enema	45
		101. Columna	45
102. Contrastados:		45	
103. Cráneo		45	
104. Didoctograma mixionado		45	
105. Histerosalpingografía		45	
106. Miembros inferiores.		45	
107. Miembros superiores		45	
108. Pelvis		45	
109. Programa excretor		45	
110. Retrogrados		45	
111. Serie, gastro, duodeno		45	

PROCESO	SERVICIO	PÁGINA
Rayos X	112. Simples:	45
	113. Tórax	45
	114. Tránsito intestinal	45
Ecosonografía	115. Abdomen	48
	116. Pélvico	48
	117. Renal	48
	118. Embarazo	48
	119. Obstétrico	48
Electrocardiograma	120. Electrocardiograma	51
Puesto de Sangrado	121. Atención a candidatos a donación	54
Transfusión Sanguínea	122. Pruebas cruzadas	57
	123. Coobs directo e indirecto	57
	124. Grupos sanguíneos	57
Medicina Preventiva y Promoción de la Salud	125. Educación para la salud.	61
	126. Detección oportuna del cáncer cérvico uterino (Papanicolaou).	63
	127. Detección oportuna del cáncer de mama.	65
	128. Toma de tamiz metabólico.	67
	129. Valoraciones de emisiones otacústicas en recién nacidos (Tamiz Auditivo).	69
	130. Vacunación.	71
	131. Detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas "Detección de Diabetes Mellitus"	73
	132. Detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas "Detección de Hipertensión Arterial"	75
Seguro Popular	133. Afiliación	77
	134. Reafiliación	77
	135. Gestión médica seguro popular	79
	136. Orientación e información	81
	137. Atención y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones	81
	138. Reembolso	83
Entrega de Certificados	139. Entrega de certificado de defunción	85
	140. Entrega de certificado de muerte fetal	87
Servicios Asistenciales	141. Información, orientación y asistencia social	89
Mejora de la Atención	142. Buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones	90
Recursos Humanos	143. Bolsa de trabajo	92

6. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS



UBICACIÓN

Calle Venus No. 84, CP 47913, Colonia Jardines del Sol, La Barca, Jalisco México.



COMUNICACIÓN

Responsable: **Dr. Eduardo Samuel Carballo Triana** (director).

Corresponsable: **Dr. David Edgardo Ursua de Alba** (subdirector).

Tel. y Fax **01 (393) 93 50040 / 5 09**

Correo Electrónico

hrlabarca@salud.gob.mx

albhospital@prodigy.net.mx



CONSULTA EXTERNA

Especialidad	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	*Costo
Cirugía general	Lunes a viernes	8:00 a 13:00 hrs	20 a 40 minutos aproximadamente	Consultar el tabulador general de cuotas de recuperación. Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
	Lunes, miércoles y viernes	14:00 a 16:00 hrs.		
Gineco obstetricia	Lunes a viernes	8:00 a 13:30 hrs		
	Lunes a jueves	14:00 a 18:00 hrs.		
Dermatología	Lunes a viernes	8:00 a 13:30 hrs.		
	Lunes a viernes	8:00 a 13:30 hrs		
Traumatología y Ortopedia	Lunes a viernes	14:00 a 18:00 hrs.		
	Lunes a viernes	8:00 a 13:30 hrs		
Pediatria	Lunes a viernes	14:00 a 18:00 hrs.		
	Lunes a jueves	8:00 a 13:30 hrs.		
Medicina interna	Lunes a viernes	14:00 a 18:00 hrs.		
	Lunes a jueves	8:00 a 13:30 hrs.		
Valoraciones Pre-Anestésicas	Lunes a viernes	08:00 a 18:00 hrs.		

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito o si el usuario es sujeto a las políticas de gratuidad, el servicio es gratuito siempre y cuando el usuario realice el trámite correspondiente.

Requisitos para Solicitar Cita

- Contar con **hoja de referencia** u **hoja de interconsulta**.
- Preséntate al módulo de citas de 7:00 a 14:30 hrs. o solicitar cita vía telefónica al 759 59 80 ext. 1008 de 7:00 a 14:30 hrs.



Requisitos para Solicitar Atención de Primera Vez

- Contar con cita programada para el servicio.
- Acude el día de la consulta 15 minutos antes al módulo de fichas.
- Contar con **hoja de referencia** (otorgada por el médico general del centro de salud para pacientes de 1ra vez) o contar con **hoja de interconsulta** (otorgada por el médico de urgencias u otros servicios).
- Contar con **recibo de cuotas de recuperación** o **póliza** del seguro popular, **identificación oficial** del paciente o **CURP** si es menor de edad e **identificación oficial** del titular de la póliza y **recibo de vigencia**.
- Presentar **talón de cheque**, si eres derechohabiente del ISSSTE.

Requisitos para Atención de Cita Subsecuente

- Contar con cita programada para el servicio.
- Acude el día de la consulta 15 minutos antes al módulo de fichas.
- Contar con **recibo de cuotas de recuperación** o **comprobante de exento** (omitir este punto si eres derechohabiente del seguro popular o del ISSSTE).
- Trae **tarjeta de citas**.
- Trae **resultados de laboratorio o de gabinete** que te hayan sido solicitados por el médico.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de fichas con su **hoja de referencia** u **hoja de interconsulta**, de 7:00 a 20:00 hrs. a solicitar ficha.
2. Recoge ficha y acude a caja, cubre la cuota de recuperación por la consulta y recoge el **recibo único de cuotas de recuperación**.
3. Si cuentas con seguro popular, debes llevar tu **póliza, identificación oficial** del paciente o **CURP** (Clave única de registro de población) si es menor de edad e **identificación oficial** del titular de la póliza y acudir al módulo del seguro popular para que te den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación; para citas subsecuentes se omite este punto.
4. Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) debes acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención** en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
5. Si eres derechohabiente del ISSSTE presenta **talón de cheque**, en caja y recoge recibo del **ISSSTE** en lugar del recibo de cuotas de recuperación o en lugar de presentar póliza o acudir a trabajo social a recabar recibo de exento.
6. Pasa al archivo presenta **ficha** y solicita que te elaboren un expediente y recoge **tarjeta de citas** (en caso de que seas paciente de primera vez).
7. Acude a la sala de espera de consulta externa y entrega **ficha** y **tarjeta de citas**, el **recibo único de cuotas de recuperación** o **recibo de vigencia** o recibo del **ISSSTE** o el **comprobante de exención**, la **hoja de referencia** u **hoja de interconsulta** y los **resultados de laboratorio o de gabinete** (en caso de existir) a la enfermera.
8. Te asignan el consultorio donde serás atendido, ingresa al consultorio cuando la enfermera te llame.
9. Te toman los signos vitales para la realización de la consulta y te realizan la consulta.



Resultados Esperados

- Mejoramiento o restauración de la salud del usuario.
- Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.
- Atención de los padecimientos que presente el usuario.
- Aclaración de dudas.

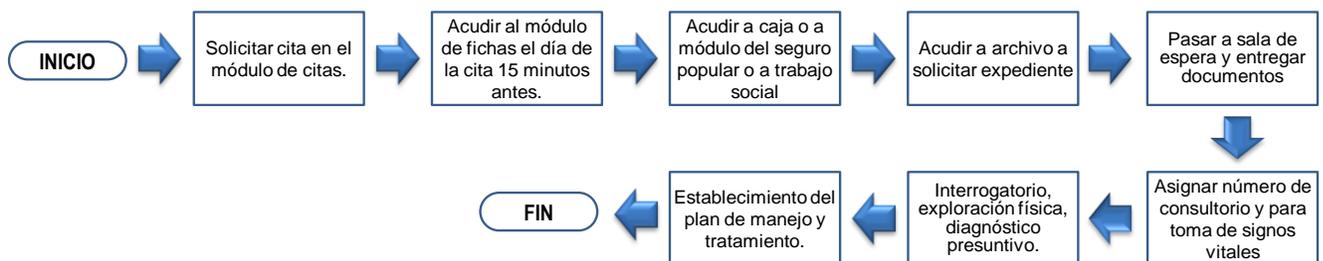
Quienes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.
- Usuarios citados por la atención en consulta externa de especialidad.
- Usuarios citados por la atención en hospitalización.
- Usuarios citados por la atención de cirugía.
- Usuarios citados por la atención en urgencias del hospital.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Consulta externa de especialidad, caja, archivo, módulo de fichas, módulo de seguro popular y trabajo social.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Ingreso para la atención del usuario de acuerdo a la cita otorgada.
- Atención médica especializada, de acuerdo a las necesidades del usuario.
- Referencia oportuna del usuario a una unidad de mayor complejidad, cuando la unidad no cuente con la capacidad técnica para su atención.
- Atención médica, cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos médicos a realizar en todo momento.



Formatos

Recibo único de cuotas de recuperación

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
 RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN
 DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO
 GUADALAJARA, JAL.

FOLIO
 No 151012 JAL
 R.F.C. SSJL970331-PM5

UNIDAD	DIA	MES	AÑO
NOMBRE DE USUARIO			
DOMICILIO			
TIPO DE CUOTA	CONSULTA		
NIVEL	CLAVE		
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CLAVE		
	MEDICAMENTO		
	TOTAL		

ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL

USUARIO
 Lugar de expedición: Guadalajara, Jal.

IMPORTE CON LETRA

Comprobante de exención

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

EXENTO

EXP. No. _____

AL	%	AUTORIZÓ
T.S.		FIRMA

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
 DERECHOHABIENTE

ISSSTE

FECHA: _____

PACIENTE: _____

SERVICIO: _____

AUTORIZO _____

Tarjeta de citas

Secretaría de Salud
 GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
 HOSPITAL REGIONAL LA BARCA
 TARJETA DE CITAS

APELLIDO PATERNO: _____

APELLIDO MATERNO: _____

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: [] [] [] [] [] [] [] []

Folios Seguro Popular: _____

NÚM DE EXPEDIENTE	CLASIF. TRABAJO SOCIAL

Clave única de registro de población (CURP)

REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

Esta Clave Única de Registro de Población se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:

CLAVE

ANVERSO

REVERSO

FECHA DE INSCRIPCIÓN

FOLIO

Fuente: <http://consultarcurpgratis.blogspot.mx/>



CLÍNICA DE COLPOSCOPIA

Consulta	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Clínica de Colposcopia	Lunes a viernes	7:00 a 14:30 hrs	30 a 40 minutos aproximados	Gratuito

Requisitos para Solicitar Cita

- Contar con **hoja de referencia** u **hoja de interconsulta**.
- Preséntate a la clínica de colposcopia de 7:00 a 14:30 hrs. o solicitar cita vía telefónica al 293 759 59 80 hasta el 85 ext. 1001

Requisitos para Solicitar Atención de Primera Vez

- Contar con cita programada para el servicio.
- Contar con **hoja de referencia** (otorgada por el médico general del centro de salud) o contar con **hoja de interconsulta** (otorgada por el médico de urgencias).
- Contar con **notificación de resultados de citología cérvico-uterina alterado**.
- De contar con seguro popular traer **póliza, identificación oficial** del paciente e **identificación oficial** del titular de la póliza.

Requisitos para Atención de Cita Subsecuente

- Contar con cita programada para el servicio.
- Traer **tarjeta de citas de la clínica de colposcopia**.
- **Resultados de laboratorio clínico** en caso de que te hayan sido solicitados.

Descripción del Servicio Primera Vez

1. Preséntate al clínica de colposcopia con su **hoja de referencia** u **hoja de interconsulta, identificación oficial**, con **notificación de resultados de citología cérvico-uterina alterado** de 7:00 a 14:30 hrs. a solicitar ficha o solicitar cita vía telefónica al 293 759 59 80 hasta el 85 ext. 1001.
2. Acudir el día de la cita 5 minutos antes a la clínica de colposcopia con con **hoja de referencia** (otorgada por el médico general del centro de salud) o contar con **hoja de interconsulta** (otorgada por el médico de urgencias) con **notificación de resultados de citología cérvico-uterina alterado** De contar con seguro popular traer **póliza, identificación oficial** del paciente e **identificación oficial** del titular de la póliza.
3. Te indican pasar al consultorio y te brindan la atención, te programan fecha y hora de la siguiente consulta en la **tarjeta de citas de clínica de colposcopia**.

Descripción del Servicio Subsecuente

1. Acudir el día de la cita 5 minutos antes a la clínica de colposcopia con **tarjeta de citas de la clínica de colposcopia** y **resultados de laboratorio clínico** en caso de que te hayan sido solicitados.
2. Te indican pasar al consultorio y te brindan la atención, te programan fecha y hora de la siguiente consulta en la **tarjeta de citas de clínica de colposcopia**.



Resultados Esperados

- Mejoramiento o restauración de la salud del usuario.
- Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.
- Atención de los padecimientos que presente el usuario.
- Aclaración de dudas.
- Información clara y veraz sobre su estado de salud.

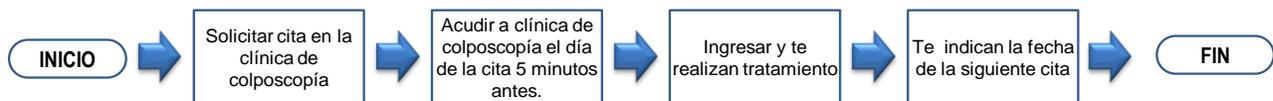
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.
- Usuarios citados por la atención en consulta externa de especialidad.
- Usuarios citados por la atención en hospitalización.
- Usuarios citados por la atención de tococirugía.
- Usuarios citados por la atención en urgencias del hospital.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Clínica de colposcopia.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Ingreso para la atención del usuario de acuerdo a la cita otorgada.
- Atención médica especializada, de acuerdo a las necesidades del usuario.
- Referencia oportuna del usuario a una unidad de mayor complejidad, cuando la unidad no cuente con la capacidad técnica para su atención.
- Atención médica, cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos médicos a realizar en todo momento.



Formatos

Hoja de referencia

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES

FECHA DE REFERENCIA: _____ No. DE CONTROL: _____ ESTADO: _____ SEXO: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____
MOTIVO DEL EVENTO: _____ CALLE: _____ LOCALIDAD/COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____
IMPRESION DIAGNOSTICA: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____ URGENTE: _____
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ VER UNA DE REFERENCIA: _____

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
HOJA DE REFERENCIA

Nombre: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE: _____
NOMBRE DE EXPEDIENTE: _____ ESTADO: _____ SEXO: _____
UNIDAD QUE REFIERE: _____
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____
DIRECCION: _____ CALLE: _____ NUMERO: _____ COLONIA: _____
MOTIVO DE LA REFERENCIA: _____ RESUMEN CLINICO DEL "PROBLEMA": _____
SIGNOS VITALES: TEMPERATURA: _____ FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ FRECUENCIA CARDIACA: _____
IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFIERE: _____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD: _____
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE: _____

Póliza

PÓLIZA DE AFILIACIÓN
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 01-Feb-2011 al 31-Ene-2014
MES DE REAFILIACIÓN: Enero 2014
FOLIO: 1407970782
FECHA DE EXPEDICIÓN: 29-Nov-2013 12:53:16 pm

CENTRO DE SALUD: _____ MÓDULO: HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO RS II
Programa Social: OPORTUNIDADES ESTADO: JALISCO

DATOS DEL TITULAR:		APORTACIÓN FAMILIAR:	
Nombre:		Régimen	
CURP:			
Domicilio:			

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS				
Folio integrante	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Parentesco

- ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATÁLOGO UNIVERSAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS.

- LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH ES DE TRES AÑOS FINALIZANDO EL 31-ENERO-2014 POSTERIORMENTE, PARA EFECTOS DE REAFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE OTRA CECASOEH, POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLEVAR A CABO SU REAFILIACIÓN, DEL 01-ENERO AL 31-ENERO DE 2014 EN EL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN.

- DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA CECASOEH, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN NO CONTRIBUTIVO GOZARÁN DE LA REAFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA, LAS FAMILIAS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERÁN ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER SUS DERECHOS VIGENTES, GOZANDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL SIMPLIFICADA.

- CUALQUIER MODIFICACIÓN A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y ORIENTACIÓN UBICADO EN _____

EL SEGURO POPULAR ES PÚBLICO, AJENO A CUALQUIER PARTIDO POLÍTICO, QUEDA PROHIBIDA SU TRANSFERENCIA O CESIÓN. ATENDIENDO TUS DERECHOS EN EL 01800 7732 363 SERVICIO REPRESENTANTE DE FAMILIAS DE CONFORMIDAD CON EL ART. 150 DE LA LEY GENERAL DE S. PREVENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE.

Firma de Conformidad y Aclaración de Hechos: _____

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx





Formatos

Hoja de interconsulta

SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO		HOSPITAL REGIONAL LA BARCA	D-8
HOJA DE INTERCONSULTA			
UNIDAD: HOSPITAL REGIONAL LA BARCA, JAL.		CLUES: JCSA013816	
NOMBRE: _____		NUMERO. DE EXPEDIENTE _____	
EDAD: _____		SEXO: _____ FECHA: _____	
SOLICITADA POR EL DR. _____			
SERVICIO: _____			
AL DR. _____			
SERVICIO: _____			
TIPO DE INTERCONSULTA:			
"A" OPINIÓN SOLAMENTE "B" OPINIÓN Y ÓRDENES CONJUNTAS "C" DELEGACIÓN DEL CASO			
RESUMEN CLÍNICO:			
[Blank space for clinical summary]			
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE _____			



Notificación de resultados de citología cérvico-uterina

Notificación de resultado de citología cervical			Página 1 de 1
SECRETARÍA DE SALUD SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICAL			
NOTIFICACIÓN DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL			
FOLIO: _____			
Unidad Médica: _____	Jurisdicción: _____		
Entidad: _____	Fecha de entrega de resultado a la usuaria: _____		
CLAVE DE LA PACIENTE: _____			
Nombre: _____	Apellido Paterno: _____	Apellido Materno: _____	Nombre(s): _____
Dirección: _____	Calle y Número: _____	Colonia: _____	Localidad/Municipio/Estado: _____
Entidad Federativa: _____	Jurisdicción: _____	Teléfono: _____	
REPORTE CITOLÓGICO			
Fecha de interpretación: _____	DOM/MA/AAAA		
DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO: _____	_____		
INFORMACIÓN A LA SOLICITANTE			
Estimada señora, el resultado del estudio de Papanicolaou (Detección Oportuna del Cáncer), reportó el siguiente resultado:			
CÉLULAS CON ALTERACIONES			
Esto significa que células del cuello de su matriz o cérvix están sufriendo modificaciones que las vuelven anormales y con riesgo de sufrir una lesión peligrosa. Dichas anomalías deben ser confirmadas y tratadas por médicos que debe asistir a la clínica de displasia de esta institución ubicada en:			
En donde su tratamiento se realizará oportuna y gratuitamente. Una vez recibido el tratamiento, deberá acudir a la clínica de Papanicolaou, según las indicaciones de la misma clínica.			
Recomendamos a usted tomar en consideración estas indicaciones, con el fin de no dejar transcurrir un tiempo prolongado y tratamiento, lo cual asegura que su curación sea en un periodo más corto. Si usted decide no acudir al servicio, ya sea público o privado, le solicitamos que nos notifique al centro de salud donde se realizó el estudio.			
RECUERDE ENTREGAR SU CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER, PARA QUE EL MÉDICO REALICE EL ESTUDIO. EN CASO DE NO CONTAR CON ELLA, LE SOLICITAMOS QUE LA SOLICITE EN EL CENTRO DE SALUD DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO.			
Fecha de cita en clínica de displasia: _____	DOM/MA/AAAA		MÉDICO DEL CEN _____ IMPRIMIR

Tarjeta de citas

SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO		HOSPITAL REGIONAL LA BARCA								
SECRETARÍA DE SALUD										
HOSPITAL REGIONAL LA BARCA										
CLÍNICA COLPOSCOPIA										
TERJETA DE CITAS										
SEGURO POPULAR: _____										
CLAVE SICAM: _____										
APELLIDO PATERNO: _____										
APELLIDO MATERNO: _____										
NOMBRE: _____										
FECHA DE NACIMIENTO: _____										
DIRECCIÓN: _____										

<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>NÚM DE EXPEDIENTE</td> <td>TEL.</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CEL.</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table>			NÚM DE EXPEDIENTE	TEL.	_____	_____		CEL.		_____
NÚM DE EXPEDIENTE	TEL.									
_____	_____									
	CEL.									



URGENCIAS

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	*Costo
Consulta y observación de urgencias	Lunes a domingo	24 horas	10 minutos a 4 hrs. aproximadamente	Consultar el tabulador de cuotas de recuperación vigente.
Sala de choke	Lunes a domingo	24 horas	Inmediata	
Traslados	Lunes a domingo	24 horas	Variable	Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Curaciones	Lunes a domingo	24 horas	10 a 40 minutos	
Módulo Mater	Lunes a domingo	24 horas	De inmediato a 40 minutos	

Nota: En caso de que se requiera en el servicio de urgencias de otros servicios de apoyo diagnóstico o tratamiento (laboratorio clínico, rayos x, servicio de transfusión, etc.) de los que proporciona el hospital, se brindará el servicio..

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito o si el usuario es sujeto a las políticas de gratuidad, el servicio es gratuito siempre y cuando el usuario haga el trámite correspondiente.

Requisitos para Ingresar

- Presentar alguna patología, lesión, enfermedad o condición que por su naturaleza puede poner en peligro la vida o la función de un órgano o parte del cuerpo y que amerite valoración y/o atención en el servicio.
- Acudir con un acompañante, preferentemente.
- Si cuentas con **tarjeta de citas** de la unidad, traerla.
- En caso de contar con la **hoja de referencia**, traerla.
- En caso de contar con identificación oficial traerla.

Descripción del Servicio de Urgencias

1. Preséntate en el área de urgencias con un acompañante y con la **hoja de referencia** o si el paciente es traído en ambulancia se pasa inmediatamente a observación, los paramédicos notificarán a la enfermera y al médico.
2. Informa a la enfermera de filtro de urgencias (TRIAGE) para que te realicen la prevaloración de la urgencia.
3. Ingresa a urgencias en el momento en que te lo soliciten para tu atención.
4. Al finalizar la atención un familiar debe acudir a la caja para cubrir la cuota de recuperación por la atención de la urgencia y recabar **recibo de cuotas de recuperación**.
5. Si cuentas con seguro popular, tu familiar debe llevar la **póliza** con **identificación oficial** del paciente o **CURP** (Clave única de registro de población) si es menor de edad y la **identificación oficial** del titular de la póliza y acudir al módulo del seguro popular para que le den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
6. Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) tu familiar debe acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención**.
7. Entrega al vigilante **recibo de cuotas de recuperación** o **recibo de vigencia** o el **comprobante de exención** para que te permita el egreso del servicio.



Resultados Esperados

- Estabilización inmediata del usuario y de ser necesario traslado del usuario a una unidad de mayor complejidad para su mejor atención.
- Mejoramiento o restauración de la salud del usuario.
- Atención de los padecimientos que presente el usuario.

Quiénes son los Usuarios del Servicio:

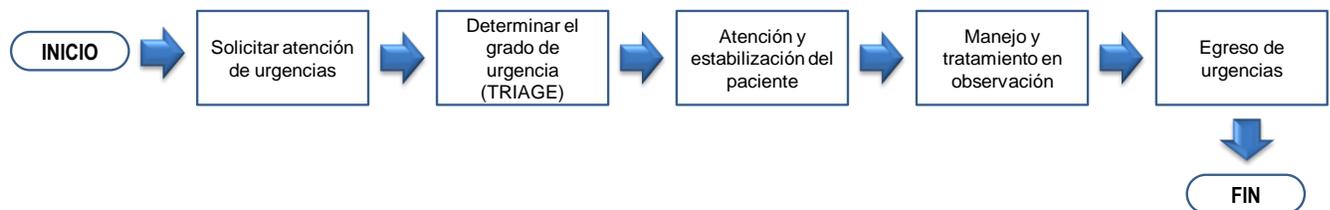
Usuario que presente alguna(s) de las siguientes afecciones:

- Fracturas o golpes en cualquier parte del cuerpo que dificulten o impidan el movimiento.
- Amputaciones, heridas extensas o penetrantes.
- Sangrado abundante o persistente por cualquier parte del cuerpo.
- Dolor repentino o persistente en cualquier parte del cuerpo.
- Pérdida del conocimiento, sobre todo si no se recupera.
- Dificultad repentina y persistente para respirar.
- Niños menores de 28 días de vida con fiebre, rechazo al alimento, coloración amarilla de piel o morados.
- Convulsiones (ataques epilépticos).
- Imposibilidad para orinar, teniendo necesidad.
- Ingestión de sustancias tóxicas o cáusticas.
- Quemaduras recientes e inhalación de gases o vapores tóxicos.
- Picaduras o mordeduras por animales venenosos.
- Trastornos repentinos de razonamiento a la conducta, como ideas irracionales, alucinaciones y agresividad.
- En niños pequeños, vómitos y diarrea repentina y frecuente, boca seca o llanto sin lágrimas.
- Dolores de parto, dolor abdominal persistente o sangrado en mujeres embarazadas.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Urgencias, Laboratorio Clínico, Rayos X, Ecosonografía, Puesto de Sangrado, Transfusión Sanguínea, Caja, Trabajo Social y Módulo del Seguro Popular.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Clasificación de la urgencia de acuerdo al TRIAGE.
- Ingreso para la atención del usuario de acuerdo al nivel de la urgencia calificada.
- Atención médica especializada y estabilización del usuario, de acuerdo a las características que se presenten.
- Mantener vigilancia estrecha del estado del usuario durante su estancia en urgencias.
- Referencia oportuna del usuario a una unidad de mayor complejidad, cuando la unidad no cuente con la capacidad técnica para su atención.



Formatos

Recibo de vigencia

	FECHA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (1)
	VIGENCIA
	FOLIO: <u> </u> (2)
	PACIENTE: <u> </u> (3)

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Tarjeta de citas

SECRETARIA DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL LA BARCA TARJETA DE CITAS	
APELLIDO PATERNO: _____	
APELLIDO MATERNO: _____	
NOMBRE: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
DIRECCION: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Folios Seguro Popular: _____	
NÚM DE EXPEDIENTE	CLASIF. TRABAJO SOCIAL

Recibo de cuotas de recuperación

SERVICIOS DE SALUD JALISCO RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO GUADALAJARA, JAL.		FOLIO Nº 151012 JAL <small>R.F.C. 551320331-PM5</small>
UNIDAD	DÍA MES AÑO	
NOMBRE DE USUARIO	TIPO DE CUOTA	
DOMICILIO	CONSULTA	
NIVEL	CLAVE	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CLAVE	
	CLAVE	
	CLAVE	
ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL USUARIO <small>Lugar de expedición: Guadalajara, Jal.</small>		MEDICAMENTO
		TOTAL
		IMPORTE CON LETRA



Formatos

Comprobante de exención

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA		
EXENTO		
EXP. No. _____		
AL _____ %	AUTORIZÓ	
T.S. _____	FIRMA	

Clave única de registro de población (CURP)

 <p>REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN</p>		<p>Esta Clave Única de Registro de Población se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:</p>
ANVERSO	<p>CLAVE</p> <p>CURP</p> <p>NOMBRE</p>	REVERSO
	<p>FECHA DE INSCRIPCIÓN</p> <p>FOLIO</p>	

Fuente: <http://consultarcurpgratis.blogspot.mx/>



* CIRUGÍA

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Especialidades	**Costo
Cirugía Programada	Lunes a viernes	8:00 a 20:00 hrs.	Traumatología Ginecología Cirugía General	Consultar el tabulador de cuotas de recuperación vigente Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Cirugía de Urgencias	Lunes a domingo	24 hrs.		

Nota: En caso de que se requiera en el servicio de cirugía de otros servicios de apoyo diagnóstico o tratamiento (laboratorio clínico, rayos x, servicio de transfusión, etc.) de los que proporciona el hospital, se brindará el servicio.

* El tiempo aproximado para la atención dependerá del tipo de padecimiento y de las complicaciones que se puedan presentar durante el evento quirúrgico.

** Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito realizando el trámite correspondiente o si es sujeto a algún programa y no está afiliado al seguro popular o es sujeto a las políticas de gratuidad el costo es gratuito realizando el trámite correspondiente.

Requisitos para Ingresar

- Presentarte en el horario señalado en ayuno, y recién bañado, para evitar posibles infecciones, al consultorio de anestesiología.
- Traer la **solicitud de hospitalización**.
- En caso de que el médico lo solicite traer la **hoja de sangre disponible y carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos**, tratándose de menores o incapaces traer la **carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores o incapaces**.
- Tratándose de una urgencia presentar **hoja de referencia** de su centro de salud (en caso de existir).
- Acudir con un acompañante y de contar con seguro popular, lleva tu **póliza, identificación oficial** del paciente o **CURP** (Clave única de registro de población) si es menor de edad e **identificación oficial** del titular de la póliza.
- Acudir sin objetos de valor (celular, alhajas, dinero, etc.), grabadoras, reproductores de música, televisores y otros aparatos que interfieran con el uso adecuado de los aparatos electromédicos.
- Traer utensilios de aseo personal (cepillo de dientes, pasta de dientes, pantuflas, jabón, etc.).
- Acatar el reglamento interno del hospital.

Descripción del Servicio

1. Presentarte en el horario señalado en ayuno, y recién bañado (para evitar posibles infecciones), al consultorio de anestesiología con la **solicitud de hospitalización**.
2. Se realiza valoración preanestésica y determina si continua el trámite para el procedimiento quirúrgico, de ser así, se realiza **hoja de consentimiento informado** y se realiza hospitalización del paciente.
3. Se realiza el evento quirúrgico y se traslada a sala de recuperación, cuando esté en condiciones se traslada a hospitalización. Cuando el médico lo indique te da de alta, indicaciones y receta médica.
4. Al finalizar la atención tu familiar debe acudir a la caja para cubrir la cuota de recuperación por la atención, recabar **recibo de cuotas de recuperación**.
5. Si cuentas con seguro popular, tu familiar, debe llevar la **póliza, tu credencial oficial y la credencial oficial del titular de la póliza** y acudir al módulo del seguro popular para que le den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.



Descripción del Servicio

- Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) tu familiar debe acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
- Entrega al vigilante **recibo de cuotas de recuperación** o **recibo de vigencia** o el **comprobante de exención** para que te permita el egreso del servicio.

Resultados Esperados

- Mejoramiento o restauración de la salud del usuario.
- Atención de los padecimientos que presente el usuario.
- Estabilización del usuario y de ser necesario traslado del usuario a una unidad de mayor complejidad para su mejor atención.
- Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.
- Aclaración de dudas.
- Información a paciente y familiares del procedimiento quirúrgico al terminar el mismo.

Quienes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de urgencias del hospital.
- Usuarios derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención en hospitalización.
- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Quirófano, Hospitalización, Urgencias, Laboratorio Clínico, Rayos X, Ecosonografía, Puesto de Sangrado y Transfusión Sanguínea, Caja, Módulo del Seguro Popular y Trabajo Social.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Atención médica especializada, de acuerdo al diagnóstico que se presente.
- Mantener vigilancia del estado del usuario durante su estancia en quirófano y recuperación.
- Referencia oportuna del usuario a una unidad de mayor complejidad, cuando la unidad no cuente con la capacidad técnica para su atención.
- Atención especializada, cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.



Características del Servicio

- Información y autorización por escrito del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos médicos a realizar en todo momento.
- Vigilancia durante la estancia en hospitalización para proteger y resguardar la seguridad del usuario y familiar.

Formatos

Solicitud de hospitalización

Cirugía Segura D-11

SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre _____
 El día _____ A las _____ hrs. Sexo _____
 En el servicios de: _____ Expediente: _____
 Para ser sometido a: _____

CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES MÉDICAS PRE OPERATORIAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. TRAER CEPILLO Y PASTA DE DIENTES

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: PARA PROCESOS QUIRÚRGICOS SE DEBERA LLENAR AL REVERSO DE ESTA HOJA, LO CORRESPONDIENTE A "LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA"

Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud
 Venus #84, Frac. Jardines del Sol, La Barca, Jalisco C.P. 47913 Tel. (393)7595980

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Póliza

PÓLIZA DE AFILIACIÓN
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

FECHA DE LA PÓLIZA: 21-Feb-2014 a 21-Feb-2014
 FECHA DE EMISIÓN: 20-Feb-2014 10:55:45 AM

CENTRO DE SALUD: _____
 Programa Social: OPORTUNIDADES
 MODALIDAD: HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
 ESTADO: JALISCO

DATOS DEL TITULAR		APORTACION FAMILIAR	
Nombre:	_____	Regimen:	_____
Clave:	_____		
Domicilio:	_____		

RELACION DE BENEFICIARIOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Fecha Nacimiento	Parentesco

... ESTA PÓLIZA IMPRIME LOS SERVIDOS Y MEDICAMENTOS DEL CATALOGO GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD...

... LA TALENTE DE LA INFORMACIÓN DE LA COSESA DE LOS TRES AÑOS PREVIOS AL 31 DE MARZO DE 2014, POSTERIORMENTE PARA EFECTOS DE REEMPLAZO DEBEN APLICARSE OTROS DATOS POR LOS QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLENAR A CABO SU REEMPLAZO DEL 31 DE MARZO DE 2014 EN EL MÉDULO DE AFILIACIÓN Y REEMPLAZO.

... DURANTE LA TALENTE DE LA INFORMACIÓN DE LA COSESA, LAS FAMILIAS DEL REGIMEN NO CONTRIBUTIVO DEBEN DE LA REEMPLAZO PARA DE INGRESAR APLICANDO LAS TABLAS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEBEN ENTREGAR AL SERVIDOR EN EL MOMENTO DE SU CUBRIMIENTO PARA INGRESAR AL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEBEN LA REEMPLAZO PARA EMPLEADOS.

... SOLICITAR REEMPLAZO A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, FAVOR DE DIRIGIRSE AL MÉDULO DE AFILIACIÓN Y REEMPLAZO DEBEN.

... EL SERVIDOR DEBE DEBERA LLENAR AL REVERSO DE ESTA HOJA, LO CORRESPONDIENTE A "LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA"

... EL SERVIDOR DEBE DEBERA LLENAR AL REVERSO DE ESTA HOJA, LO CORRESPONDIENTE A "LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA"

Recibo de vigencia

Salud Seguro Popular

FECHA: _____ (1)

VIGENCIA

FOLIO: _____ (2)

PACIENTE: _____ (3)



Formatos

Recibo de cuotas de recuperación

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN
DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO
GUADALAJARA, JAL.

FOLIO
No. 151012 JAL
R.F.C. 55L322331-PM5

UNIDAD	DIAS	MES	AÑO
NOMBRE DE USUARIO			
DOMICILIO			
TIPO DE CUOTA		CONSULTA	
NIVEL	CLAVE		
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CLAVE		
	CLAVE		
	CLAVE		
	MEDICAMENTO		
	TOTAL		
IMPORTE CON LETRA			

ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL

USUARIO
Lugar de expedición: Guadalupe, Jal.

Comprobante de exención

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

EXENTO

EXP. No. _____

AL _____ %	AUTORIZÓ
T.S. _____	FIRMA

Hoja de Referencia

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES

FECHA DE REFERENCIA: _____ No. DE CONTROL: _____ ESTADO: _____ SEXO: _____
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APOYADO POR: _____
DOMICILIO DEL PACIENTE: CALLE _____ LOCALIDAD/COLONIA _____ MUNICIPIO _____
MOTIVO DEL EVENTO: _____ URGENTE: _____
IMPRESION DIAGNOSTICA: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ (VER HOJA DE REFERENCIA)
SE REFIERE: _____

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
HOJA DE REFERENCIA

No. DE CONTROL: _____ URGENTE: _____

NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE DE LA UNIDAD: _____
NOMBRE DE EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
UNIDAD QUE REFIERE: _____
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____
DOMICILIO: _____ CALLE: _____ NUMERO: _____ COLONIA: _____
SERVICIO AL QUE SE ENVIÓ: _____

MOTIVO DE LA REFERENCIA: _____ RESULTADO CLINICO DEL PROCEDIMIENTO: _____

SEÑALES VITALES: TENSION ARTERIAL: _____ TEMPERATURA: _____ FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ FRECUENCIA CARDIACA: _____
SIGNOS FISICOS: PESO: _____ TALLA: _____
Firma: _____ Cma: _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

SELO DE LA UNIDAD QUE REFERE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

Clave única de registro de población (CURP)

REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

Esta Clave Única de Registro de Población se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:

CLAVE

ANVERSO

REVERSO

FECHA DE INSCRIPCIÓN

FOLIO

Fuente: <http://consultarcurpgratis.blogspot.mx/>



Formatos

Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos

Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores o incapaces

**"CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA"**
SECRETARÍA DE SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS

Yo _____

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE(S) PACIENTE	EDAD	HOMBRE	MUJER
OCCUPACION	ESTADO CIVIL	REGISTRO	SERVICIO	DIAGNOSTICO	

Con domicilio en:

CALLE	NUMERO EXTINT	COLONIA	CP	MUNICIPIO
ESTADO			TELÉFONO (LADA)	CORREO ELECTRÓNICO

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.
Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.
Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a).

Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"; puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

Yo C. _____ declaro bajo protesta de decir la verdad, que soy una persona en pleno uso de mis facultades, libre, capaz y responsable para decidir sobre mis actos, consciente de mis deberes y obligaciones, que tengo la capacidad legal y estoy en pleno uso de mis derechos políticos y civiles. Que conozco el contenido de este documento, lo legítimo con la firma de mi puño y letra porque no existe error ni dolo de mi parte; cumpliendo así con las disposiciones legales vigentes para este acto médico. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE
En el caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.

DATOS DEL MEDICO

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE(S) MEDICO	FIRMA
CEDULA PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	ESPECIFICAR MEDICO	RESIDENTE O ADSCRITO

TESTIGO

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE(S) TESTIGO	FIRMA
CEDULA PROFESIONAL (si aplica)	NO IDENTIFICACION (EXPRESEAR: FIE, CARTILLA INCIPIR, LICENCIA DE MANEJO O PASAPORTE)		

DOMICILIO: CALLE _____ NUM. EXTINT _____ COLONIA _____ CP _____
TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
_____, Jalisco a _____ de _____ del 20____. Hora _____

**"CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSION SANGUINEA"
HOSPITAL REGIONAL LA BARCA JAL**
SECRETARÍA DE SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES

Causa por la que ejerce el consentimiento: _____ para _____

APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE(S) PACIENTE	EDAD	MALE	FEM
EXPEDIENTE	Nº DE SEGURO POPULAR	SERVICIO	DIAGNOSTICO	TELÉFONO	
CALLE	NUMERO EXTINT	COLONIA	MUNICIPIO	ESTADO	

QUIEN ATORGA EL CONSENTIMIENTO (PADRE, MADRE, TUTOR)

YO: APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	EDAD	MALE	FEM
OCCUPACION	ESTADO CIVIL	VINCULO CON EL PACIENTE	IDENTIFICACION (EXPRESEAR: FIE, CARTILLA INCIPIR, LICENCIA DE MANEJO O PASAPORTE)		
CALLE	NUMERO EXTINT	COLONIA	MUNICIPIO	ESTADO	

VINCULO CON EL PACIENTE: _____ CAUSA POR LA QUE EJERCE EL CONSENTIMIENTO: _____
TELÉFONO (LADA) _____

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.
Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.
Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a).

Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos". Y puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

Dirección de la Institución Venus No. 84, Fraccionamiento Jardines del Sol, C.P. 47913, La Barca, Jalisco, México. Tels. (393) 7 59 59 80. Fax. (393) 53 5 00 40.
Correo: alhospital@hospitaljalisco.com

Hoja de sangre disponible

CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
PAQUETE GLOBULAR H.R.L.B Gpo y Rh

Datos Generales del paciente

Nombre: _____ Expediente: _____
Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Servicio: _____ Cama: _____
Peso: _____ Urgente () Ordinaria () Cirugía: Fecha: _____ Hora: _____
No del Seguro Popular: _____

Datos Clínicos del paciente

Hb: _____ Hto: _____ Diagnostico: _____ No de Causas: _____
Transfusiones Previas Recientes: SI () NO ()
Reacciones Transfusionales: SI () NO () Tipo de Reacción: _____
Justificación de la transfusión: _____

Datos del Hemocomponente: Unidades a Solicitar:

No. Unidad	Nombre del Donador	Gpo y Rh	Medico que recibe	Fecha	Hora

Medico que solicita: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Recibio: _____ Fecha: _____ Hora: _____



¹HOSPITALIZACIÓN

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Especialidades	⁴ Costo
Estancia	Lunes a domingo	24 hrs	Traumatología, Ginecología Pediatria, Cirugía Medicina Interna	Consultar el tabulador de cuotas de recuperación vigente
² Alimentos	Lunes a domingo	24 hrs.		
Pase de visita e Información	Lunes a domingo	7:00 a 10:00 y 13:30 a 15:30		
Valoración por Nutrición	Lunes a viernes	10:00 a 13:00 hrs.		
Visita de familiares y amigos	Lunes a domingo	10:00 a 12:00 y 16:00 a 18:00	Pediatria	Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Traslados	Lunes a domingo	24 hrs.		
³ Cunero	Lunes a domingo	24 hrs.		
³ Cuidados intermedios neonatales	Lunes a domingo	24 hrs.		

¹ El tiempo aproximado para la atención dependerá del tipo de padecimiento y de la evolución del paciente.

² Dieta de acuerdo a las indicaciones proporcionadas por su médico.

³ En cuneros y cuidados intermedios no se admiten visitas.

⁴ Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito realizando el trámite correspondiente o si es sujeto a algún programa y no está afiliado al seguro popular o es sujeto a las políticas de gratuidad el costo es gratuito realizando el trámite correspondiente.

Requisitos para Ingresar

- Presentarte en el servicio de urgencias u hospitalización (tratándose de cirugía programada) con la **solicitud de hospitalización** en el horario señalado.
- Acudir con un acompañante preferentemente y de contar con seguro popular, llevar tu **póliza, identificación oficial** del paciente o **CURP** (Clave única de registro de población) si es menor de edad e **identificación oficial** del titular de la póliza.
- Acudir sin objetos de valor (celular, alhajas, dinero, etc.), grabadoras, reproductores de música, televisores y otros aparatos que interfieran con el uso adecuado de los aparatos electromédicos.
- Traer utensilios de aseo personal (cepillo y pasta de dientes, pantuflas, jabón, etc.).

Descripción del Servicio

1. Preséntate en el área de urgencias con un acompañante y con la **orden de hospitalización** en el horario señalado y de contar con seguro popular, lleva tu **póliza, identificación oficial** del paciente y del titular y si es menor de edad **CURP** e **identificación oficial** del titular.
2. Espera en el área de urgencias hasta que te indiquen el lugar en el que debes realizar el cambio de ropa.
3. Entrega tus pertenencias a tu acompañante para el ingreso a hospitalización.
4. Al finalizar la atención tu familiar debe acudir a la caja para cubrir la cuota de recuperación por la atención y recabar **recibo de cuotas de recuperación**.
5. Si cuentas con seguro popular, tu familiar debe llevar tu **póliza, identificación oficial** del paciente y del titular y si es menor de edad **CURP** e **identificación oficial** del titular. y acudir al módulo del seguro popular para que le den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.



Descripción del Servicio

- Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) tu familiar debe acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
- Entrega al vigilante **recibo de cuotas de recuperación** o **recibo de vigencia** o el **comprobante de exención** para que te permita el egreso del servicio.

Resultados Esperados

- Mejoramiento o restauración de la salud del usuario.
- Atención de los padecimientos que presente el usuario.
- Estabilización del usuario y de ser necesario traslado del usuario a una unidad de mayor complejidad para su mejor atención.
- Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.
- Aclaración de dudas

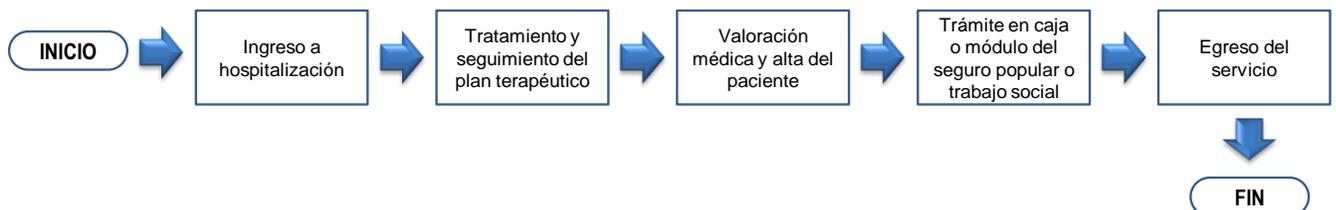
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de urgencias del hospital.
- Usuarios derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención de cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Hospitalización, Laboratorio Clínico, Rayos X, Ecosonografía, Electrocardiogramas, Puesto de Sangrado y Transfusión Sanguínea, Caja, Dietología, Trabajo Social y Módulo del Seguro Popular.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Atención médica especializada, de acuerdo a las características que se presenten cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Mantener vigilancia del estado del usuario durante su estancia en hospitalización.
- Referencia oportuna del usuario a una unidad de mayor complejidad, cuando la unidad no cuente con la capacidad técnica para su atención.



Formatos

Recibo de cuotas de recuperación

 <p>SERVICIOS DE SALUD JALISCO RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO GUADALAJARA, JAL.</p>		FOLIO Nº 151012 JAL
UNIDAD NOMBRE DE USUARIO DOMICILIO NIVEL NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	TIPO DE CUOTA CONSULTA CLAVE CLAVE CLAVE CLAVE	DIA MES AÑO R.F.C. 551627031-PM5 MEDICAMENTO TOTAL IMPORTE CON LETRA
<p>ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL</p> <p>USUARIO Lugar de expedición: Guadalajara, Jal.</p>		

Comprobante de exención

<p>HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA</p> <p>EXENTO</p> <p>EXP. No. _____</p>		
AL _____ %	AUTORIZÓ	
T.S. _____	FIRMA	

Clave única de registro de población (CURP)

 <p>REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN</p>		Esta Clave Única de Registro de Población se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:
ANVERSO CLAVE CURP NOMBRE FECHA DE INSCRIPCIÓN FOLIO	REVERSO CURP NOMBRE FECHA DE INSCRIPCIÓN FOLIO	

Fuente: <http://consultarcurpgratis.blogspot.mx/>



TOCOCIRUGÍA

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de la Atención	Costo
Consulta	Lunes a domingo	24 hrs	De acuerdo a valoración de la emergencia obstétrica o valoración del paciente en trabajo de parto	Consultar el tabulador de cuotas de recuperación vigente
Atención del parto	Lunes a domingo	24 hrs.		
Traslados	Lunes a domingo	24 hrs.		
Emergencia obstétrica	Lunes a domingo	24 hrs.		Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito realizando el trámite correspondiente o si es sujeto a algún programa y no está afiliado al seguro popular o es sujeto a las políticas de gratuidad el costo es gratuito realizando el trámite correspondiente.

Requisitos para Ingresar

- Presentarte en el servicio de tococirugía con la **solicitud de hospitalización** en el horario señalado.
- Acudir con un acompañante y de contar con seguro popular, llevar tu **póliza, identificación oficial e identificación oficial** del titular de la póliza.
- Acudir sin objetos de valor (celular, alhajas, dinero, etc.), grabadoras, reproductores de música, televisores y otros aparatos que interfieran con el uso adecuado de los aparatos electromédicos.
- Traer utensilios de aseo personal (cepillo y pasta de dientes, pantuflas, jabón, etc.).
- Copia de cartilla de control prenatal
- Copia de exámenes de laboratorio y gabinete recientes o durante el embarazo.
- Traer **hoja de referencia** de contar con ella.

Descripción del Servicio

1. Preséntate en el área de tococirugía con un acompañante y con la **solicitud de hospitalización** y de contar con seguro popular, lleva tu **póliza, identificación oficial e identificación oficial** del titular de la póliza..
2. En el área de tococirugía te realizan TRIAGE para valorar tu estado, el médico determina la prioridad de la atención de acuerdo a los resultados del TRIAGE para establecer el orden de ingreso a tococirugía.
3. Entrega tus pertenencias a tu acompañante para el acceso, ingresas y realizan tu atención.
4. Al finalizar la atención tu familiar debe acudir a la caja para cubrir la cuota de recuperación por la atención y recabar **recibo de cuotas de recuperación**.
5. Si cuentas con seguro popular, tu familiar debe llevar tu **póliza, identificación oficial e identificación oficial** del titular de la póliza y acudir al módulo del seguro popular para que le den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
6. Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) tu familiar debe acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
8. Entrega al vigilante **recibo de cuotas de recuperación** o **recibo de vigencia** o el **comprobante de exención** para que te permita el egreso del servicio.



Resultados Esperados

- *Mejoramiento o restauración de la salud del usuario.*
- *Atención de los padecimientos que presente el usuario.*
- *Estabilización del usuario y de ser necesario traslado del usuario a una unidad de mayor complejidad para su mejor atención.*
- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas*
- *Promoción de métodos de planificación familiar y lactancia materna*
- *Apoyo a todos los programas de la secretaría*
- *Atención del parto y recién nacido*

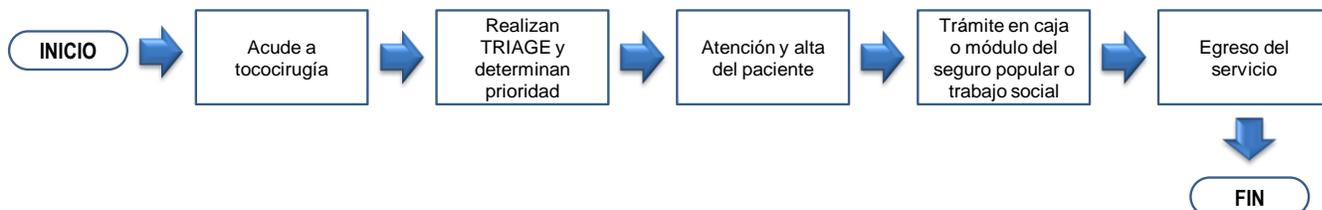
Quienes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de urgencias del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.
- Población en general.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Tococirugía, Laboratorio Clínico, Rayos X, Ecosonografía, Puesto de Sangrado y Transfusión Sanguínea, Caja, Trabajo Social y Módulo del Seguro Popular, vigilancia.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Atención médica especializada, de acuerdo a las características que se presenten cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Mantener vigilancia del estado del usuario durante su estancia en tococirugía.
- Referencia oportuna del usuario a una unidad de mayor complejidad, cuando la unidad no cuente con la capacidad técnica y médica para su atención.
- Información y autorización por escrito del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos médicos a realizar en todo momento.
- Vigilancia durante la estancia en tococirugía para proteger y resguardar la seguridad del usuario y familiar.



Formatos

Solicitud de hospitalización

Cirugía Segura D-11

SOLICITUD DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre _____
 El día _____ A las _____ hrs. Sexo _____
 En el servicios de: _____ Expediente: _____
 Para ser sometido a: _____

CON LAS SIGUIENTES INDICACIONES MÉDICAS PRE OPERATORIAS

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- TRAER CEPILLO Y PASTA DE DIENTES

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE

NOTA IMPORTANTE: PARA PROCESOS QUIRURGICOS SE DEBERA LLENAR AL REVERSO DE ESTA HOJA, LO CORRESPONDIENTE A "LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA"

Señalar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud
 Venus #84, Frac. Jardines del Sol, La Barca, Jalisco C.P. 47913 Tel. (393)7995980

Póliza

PÓLIZA DE AFILIACIÓN
 COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

NUMERO DE LA PÓLIZA: 31-FEB-2014 al 31-Ene-2015
 MES DE RENOVACIÓN: Enero 2014

ESTADO: JALISCO
 PROGRAMA: Salud OPORTUNIDADES

FECHA DE EMISIÓN: 28-Feb-2015 10:59:16 AM
 INSTITUCIÓN: HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
 ESTADO: JALISCO

DATOS DEL TITULAR		APORTACIÓN FAMILIAR	
Nombre:	_____	Regimen:	_____
CURP:	_____		
Identificación:	_____		

RELACION DE BENEFICIARIOS				
Fecha Ingreso	Nombre	Sexo	Fecha Registro	Parentesco

... ESTA PÓLIZA AMPARA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATALOGO GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS CATASTRÓFICOS.

... LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA SECCION DE DATOS PERSONALES DE LA SECCION DE DATOS PERSONALES PARA EFECTOS DE REGISTRO DEBERA APLICARSE EN LA OPORTUNIDAD POR LO QUE DEBERA PRESENTARSE PARA LEVANTAR A CABO SU REGISTRO EN EL MOMENTO DE EMISIÓN DE ESTA PÓLIZA DE AFILIACIÓN Y OPERATIVIDAD.

... DURANTE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN DE LA SECCION DE DATOS PERSONALES NO CONTRIBUYENTE DEBERA DE LA REGISTRO ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA LAS BASES DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEBERA ESTAR AL CORRIENTE EN EL PAIS DE SU CUBA PARA PODER APLICAR LOS DERECHOS CORRESPONDIENTES DE LA REGISTRO ANUAL.

... CUALQUIER MODIFICACION A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, HAY QUE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y OPERATIVIDAD LOCAL.

 Firma de Comisionado
 Jalisco de Salud

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Recibo de vigencia

Salud Seguro Popular

FECHA: _____ (1) / _____ / _____

VIGENCIA

FOLIO: _____ (2)

PACIENTE: _____ (3)





Formatos

Hoja de referencia

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES

FECHA DE REFERENCIA: _____ NÚM. DE CONTROL: _____ EDAD: _____ SEXO: M F

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: CALLE _____ LOCALIDAD/COLONIA _____ MUNICIPIO _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____ URGENTE: SI NO

UNIDAD A LA QUE SE REFERE: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____

SE REFERE: _____ (VER HOJA DE REFERENCIA)

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
HOJA DE REFERENCIA

NÚM. DE CONTROL: _____ URGENTE: SI NO

NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NUMERAL _____

NUMERO DE EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

UNIDAD QUE REFERE: _____

UNIDAD A LA QUE SE REFERE: _____ NOMBRE: _____

DIRECCIÓN AL QUE SE ENVA: CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA _____

REPORTE AL QUE SE ENVA: _____

NOTA DE LA REFERENCIA: _____ RESUMEN CLÍNICO DEL "PROBLEMA": _____

SIGNOS VITALES:				BIOMETRÍA	
TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDÍACA	PESO	TALLA
	°C	X	X	Kg	Cm

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFERE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD: _____ NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFERE: _____

Comprobante de exención

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

EXENTO

EXP. No. _____

AL _____ %	AUTORIZÓ
T.S. _____	FIRMA



LABORATORIO CLÍNICO

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Toma de Muestra	Horario del Servicio	*Costo
Acido úrico	20 a 40 minutos aproximadamente	Lunes a viernes	8:00 a 10:00hrs.	Consultar el tabulador general de cuotas de recuperación.
Aspartato alanino transferasa				
Aspartato amino transferasa				
Albumina				
Aamilasa				
Bilirrubina directo				
Colesterol total				
Colesterol HDL				
Creatinina				
Creatinin cinassa (CK)				
Criatinin fosfo quinasa (CK MB)				
Deshidrogenasa Láctica				
Lipasa				
Fosfatasa alcalina				
Fósforo				
Gamma glutamil transferasa (GGT)	20 a 40 minutos aproximadamente	Sábados, domingos y días festivos (tomas en urgencias y hospitalizados)	8:00 a 20:00 hrs.	Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Glucosa				
Magnesio				
Proteínas en orina				
Proteínas totales				
Triglicéridos				
Urea				
Bilirrubina total				
Hemoglobina glicosilada				
Antiestroptilisinas				
Ca 199				
Alfafetoproteína				
Antígeno carcino embrionario				
Anticuerpos virus hepatitis A				
Anticuerpos virus hepatitis B				
Anticuerpos virus HIV				
		Urgencias	24 hrs.	



LABORATORIO CLÍNICO

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Toma de Muestra	Horario del Servicio	*Costo		
Anticuerpos virus hepatitis C	20 a 40 minutos aproximadamente	Lunes a viernes	8:00 a 10:00hrs.	Consultar el tabulador general de cuotas de recuperación.		
Procalcitonina						
Troponina T						
Moglobina						
Dimero D						
ProBNP						
Toxoplasma IgG						
Toxoplasma IgM						
Rubeola IgG						
Rubeola IgM						
Citomegalovirus IgG						
Citomegalovirus IgM						
Herpes 1 IgG						
Herpes 2 IgG						
Tira reactiva para análisis de orina con 10 parámetros		Sábados, domingos y días festivos (tomas en urgencias y hospitalizados)	8:00 a 20:00 hrs.	Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.		
Pruebas de sedimento urinario						
Identificación microbiológica de Gram (-), Gram (+)						
Determinación de antibiograma						
Hemocultivos						
Determinación de helicobacter pílora en aliento						
Factor reumatoide						
Proteína c reactiva						
Sodio	Urgencias				24 hrs.	
Potasio						
Cloro						
Biometría hemática						
Tiempo de protombina						
Tiempo parcial de tromboplastina						
T4 libre						
T3 libre						
T3 Total						





LABORATORIO CLÍNICO

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Toma de Muestra	Horario del Servicio	*Costo
Hormona folículo estimulante	20 a 40 minutos aproximadamente	Lunes a viernes	8:00 a 10:00hrs.	Consultar el tabulador general de cuotas de recuperación. Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Progesterona				
Proactina		Sábados, domingos y días festivos (tomas en urgencias y hospitalizados)	8:00 a 20:00 hrs.	
Hormona luteinizante				
HCG Cuantitativa				
Estradiol				
Antígeno prostático específico		Urgencias	24 hrs.	
Ca 125				
Ca 123				

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito o si el usuario es sujeto a las políticas de gratuidad, el servicio es gratuito siempre y cuando el usuario realice el trámite correspondiente.

Requisitos para Solicitar Información

- Contar con **solicitud de exámenes de laboratorio foliada**.
- Acude al laboratorio clínico y recibe indicaciones de la preparación requerida para el estudio.

Requisitos para Solicitar Atención

- Acudir sólo de lunes a viernes de 8:00 a 10:00 hrs. tratándose de pacientes de consulta externa.
- Contar con **solicitud de exámenes de laboratorio foliada**.
- Contar con **recibo de cuotas de recuperación** o **póliza** del seguro popular, **identificación oficial** o **CURP (clave única de registro de población)** del paciente e **identificación oficial** del titular de la póliza o **comprobante de exención**.
- Presentar **talón de cheque**, si eres derechohabiente del ISSSTE.
- Acudir a la toma de muestra en las condiciones y/o con las muestras que se le requirieron el día que solicitó información (ayuno, muestra de orina, excremento o expectoración).
- Para pacientes de hospital se intentará recoger las órdenes a las 8:30 de la mañana o antes del desayuno.
- Para el servicio de urgencias no hay horario.

Requisitos para la Entrega de Resultados

- Preséntate el día siguiente de la toma de muestra en el servicio de laboratorio con horario de 10:00 a 14:00 hrs y presenta **identificación oficial** o **referencia** del paciente para entregar los resultados.
- Firma bitácora de entrega de resultados.



Descripción del Servicio

1. Preséntate en el laboratorio clínico con la **solicitud de exámenes de laboratorio foliada** y solicita información (se te darán las indicaciones de la preparación requerida para cada estudio).
2. Recibe la información y las condiciones en las que te debes presentar el día de la toma de muestra.
3. Acude de lunes a viernes en horario establecido con la **solicitud de exámenes de laboratorio foliada**.
4. Pasa a la caja para cubrir la cuota de recuperación por la consulta y recoge el **recibo único de cuotas de recuperación**.
5. Si cuentas con seguro popular, debes llevar tu **póliza vigente, identificación oficial o CURP (clave única de registro de población)** del paciente e **identificación oficial** del titular de la póliza, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
6. Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) debes acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención** en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
7. Si eres derechohabiente del ISSSTE presenta **talón de cheque**, en caja y recoge recibo del **ISSSTE** en lugar del recibo de cuotas de recuperación o en lugar de presentar póliza o acudir a trabajo social a recabar recibo de exento.
8. Pasa al laboratorio con la solicitud de exámenes de laboratorio, **recibo único de cuotas de recuperación** o recibo del **ISSSTE** o **recibo de vigencia** o **comprobante de exención** y espera a que te llamen para la realización del estudio.
9. Ingresa al laboratorio cuando el químico te llame y te indique pasar al número de consultorio de toma de muestra.
10. Acude al laboratorio en la fecha indicada para recoger los resultados y firma la bitácora de entrega.

Resultados Esperados

- *Entrega de los exámenes clínicos efectuados, para confirmación o apoyo diagnóstico y/o tratamiento.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

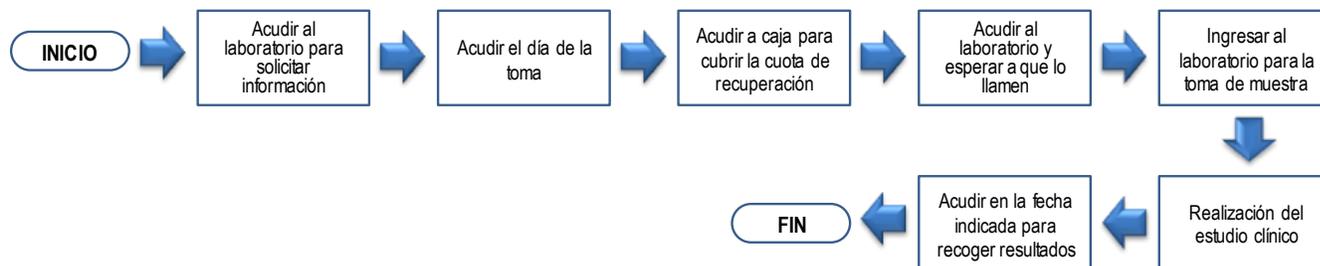
- Usuarios derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios derivados de los centros de salud de la región.
- Usuarios derivados por el médico de urgencias del hospital.
- Usuarios derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención de cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención en hospitalización de la unidad.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Laboratorio Clínico, Caja, Trabajo Social y Módulo del Seguro Popular.



Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Exámenes clínicos realizados con métodos especializados y de estándares internacionales para la determinación cuantitativa y cualitativa de ciertos componentes o sustancias del organismo.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar en todo momento.
- Servicio acreditado de calidad externa por PACAL.

Formatos

Solicitud de exámenes de laboratorio foliada:

O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO		Folio: 14-1525056	
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE		DÍA MES AÑO	
UNIDAD:	CLÍNICA:	NÚMERO DE EXPEDIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>
NÚMERO DE APLICACIÓN SEGURO POPULAR:	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO POPULAR HASTA:	SERVICIO:	NÚMERO DE CAMA:
DIAGNÓSTICO (S)		Nº DE ESTUDIOS SOLICITADOS:	
ESTUDIOS SOLICITADOS			
PARTIDA: CAUSAS <input type="radio"/> FPCC <input type="radio"/> EMSICO <input type="radio"/>			
TODOS LOS ESTUDIOS SOLICITADOS ANTERIORMENTE SON DE ACUERDO A LOS DIAGNÓSTICOS DEL CAUSAS VIGENTE.			
POBLACION ABERTA (RAMO 31)		NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO SOLICITANTE	
		NOMBRE Y FIRMA O SELLO DEL SEGURO POPULAR (SERVIDOR DE CONFIRMACION DEL PACIENTE O TUTOR AL TOMAR LAS MUESTRAS)	

Recibo único de cuotas de recuperación

SERVICIOS DE SALUD JALISCO		FOLIO	
RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN		Nº 151012 JAL	
DR. BAEZA ALZABA No. 167 ZONA CENTRO		R.F.C. 55-19270331-PMS	
GUADALAJARA, JAL.			
UNIDAD:	DÍA MES AÑO		
NOMBRE DE USUARIO:	TIPO DE CUOTA		CONSULTA
DOMICILIO:	NIVEL		CLAVE
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE		CLAVE	
		CLAVE	
		CLAVE	
		MEDICAMENTO	
ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL		TOTAL	
USUARIO		IMPORTE CON LETRA	
Lugar de expedición: Guadalajara, Jal.			



Formatos

Hoja de referencia

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES

FECHA DE REFERENCIA: _____ No. de CONTROL: _____ ESTADO: _____ SEXO: _____
 NOMBRE DEL PACIENTE: _____
 DOMICILIO DEL PACIENTE: CALLE _____ LOCALIDAD/COLONIA _____ MUNICIPIO _____
 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____ URGENTE: _____
 UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____
 MES Y AÑO DE REFERENCIA: _____

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
HOJA DE REFERENCIA

No. de CONTROL: _____ URGENTE: _____

NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRA _____
 NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____ ESTADO: _____ SEXO: _____
 UNIDAD QUE REFIERE: _____
 UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ NOMBRE: _____
 DOMICILIO: CALLE _____ NÚMERO _____ COLONIA _____
 SERVICIO AL QUE SE ENVIÁ: _____
 MOTIVO DE LA REFERENCIA: RESUMEN CLÍNICO DEL "PACIENTE": _____

SEÑALES VITALES: TENSION ARTERIAL _____ TEMPERATURA _____ FRECUENCIA RESPIRATORIA _____ FRECUENCIA CARDÍACA _____
 SOBATOMETRIA: PESO _____ TALLA _____
 IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD: _____
 NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____

Póliza

PÓLIZA DE AFILIACIÓN
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 01 FEBRERO DE 2014 AL 31 DE MARZO DE 2014
 FECHA DE EMISIÓN: 28 MAR 2015 10:53:45 AM
 CENTRO DE SALUD: Programa Social OPORTUNIDADES
 MODALIDAD: HOSPITAL NACIONAL DE ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ENTOS DEL TITULAR: _____ APORTACIÓN FAMILIAR: _____
 Relación de Dependientes: _____

ESTOY DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL CONTRATO GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA ENFERMEDADES CRÓNICAS.

LA TALENTE DE LA INFORMACIÓN DE LA ESCUELA DE DE 1985 ASESORADO EL 21-02-2014 CON PARTICIPACIÓN PARA PROYECTOS DE REAFILIACIÓN DEBERÁ PLACARSE OTRO DOCUMENTO POR LO QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA LLENAR A CABO SU REAFILIACIÓN DEL 21-02-2014 AL 31-03-2014 EN EL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN.

SIEMPRE LA TALENTE DE LA INFORMACIÓN DE LA ESCUELA LAS TALENTE ESTE REGISTRO NO CONTRIBUYE SIGUIENDO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA LAS TALENTE DEL MÓDULO CONTRATO GENERAL DE SERVICIOS AL ESTADO EN EL PASO DE SU CUALquier CADA CUANDO SUS DATOS VAYAN SUJETO DE LA REAFILIACIÓN ANUAL, REAFILIACIÓN.

CUALQUIER MODIFICACIÓN A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, HAY QUE DIRIGIRSE AL MÓDULO DE AFILIACIÓN Y OPERACIÓN-UNIDAD DE.

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Presentación de datos de inscripción con el fin de reafiliación el 21 de febrero de 2014
Fondo de Contratación y Afiliación
Unidad de Salud

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Clave única de registro de población (CURP)



Fuente: <http://consultarcurpgratis.blogspot.mx/>



Formatos

Comprobante de exención

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

EXENTO

EXP. No. _____

AL	%	AUTORIZÓ
T.S.		FIRMA

ISSSTE

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
DERECHOHABIENTE

ISSSTE

FECHA: _____

PACIENTE: _____

SERVICIO: _____

AUTORIZO _____

Talón de cheque

COMPROBANTE DE PERCEPCIONES Y DESCUENTOS

4-12 938 FOLIO

13/FEB/2015

8-HR 01FEB2015-15FEB2015

HORAS	PERIODO DE PAGO	PERCEPCIONES	DESCUENTOS	LIQUIDO
07	42	98	55	46
01	58	70	77	38
04	02	03	50	51
46				21
				44
				04
				46

03 3/36 FAT

CUIDE SU COMPROBANTE DE PAGO



RAYOS X

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Toma de Placa	Horario del Servicio	*Costo
Abdomen	Variable	Lunes a Domingo	8:00 a 20:00 hrs.	Consultar el tabulador general de cuotas de recuperación. Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Columna	Variable			
Cráneo	Variable			
Miembros inferiores.	Variable			
Miembros superiores	Variable			
Pelvis	Variable			
Perfil lograma	Variable			
Simples:	Variable			
Tórax	Variable			

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito o si el usuario es sujeto a las políticas de gratuidad, el servicio es gratuito siempre y cuando el usuario realice el trámite correspondiente.

Pacientes de otros estados y foraneos que necesiten algun estudio se atenderan siempre y cuando acudan al servicio de consulta externa de especialidad o urgencias del hospital para que el medico del servicio valore y en su caso emita la solicitud para el estudio.

Requisitos para Solicitar Cita

- Contar con **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada**.
- Acude al servicio de rayos x de 8:00 a 20:00 hrs y solicita cita (se te darán las indicaciones de la preparación requerida para cada estudio y la fecha de la realización del mismo).

Requisitos para Toma de Placa

- Contar con cita programada para el servicio.
- Contar con **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada**.
- Contar con **recibo de cuotas de recuperación** o **póliza** del seguro popular y **recibo de vigencia** o **comprobante de exención**.
- Presentarte el día de la cita 30 minutos antes en el servicio de rayos x.
- Acudir a la toma de muestra en las condiciones que se te requirieron el día que solicitaste la cita (ayuno, etc.).

Descripción del Servicio

1. Preséntate en rayos x con la **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada** de 8:00 20:00 hrs. y solicita cita (se te darán las indicaciones de la preparación requerida para cada estudio y la fecha de la realización del mismo).
2. Recibe la información de la fecha de la cita y las condiciones en las que te debes presentar el día de la cita.
3. Acude el día de la cita con la orden médica 30 min. antes del horario establecido en las condiciones que se te requirieron el día que solicitaste la cita (ayuno, etc.).
4. Pasa a la caja para cubrir la cuota de recuperación por el estudio a realizar y recoge el **recibo único de cuotas de recuperación**.



Descripción del Servicio

5. Si cuentas con seguro popular, debes llevar tu **póliza , identificación oficial e identificación oficial** del titular de la póliza y acudir al módulo del seguro popular para que te den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
6. Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) debes acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención** en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
7. Pasa a rayos x con la **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada, recibo único de cuotas de recuperación o recibo de vigencia o comprobante de exención** y espera a que te llamen para la realización del estudio.
8. Ingresa a rayos x cuando el radiólogo te llame, para la toma de placas.
9. Recoge las placas en el horario señalado por el radiólogo.

Resultados Esperados

- *Entrega de las placas radiológicas efectuadas, para confirmación o apoyo diagnóstico y/o tratamiento.*

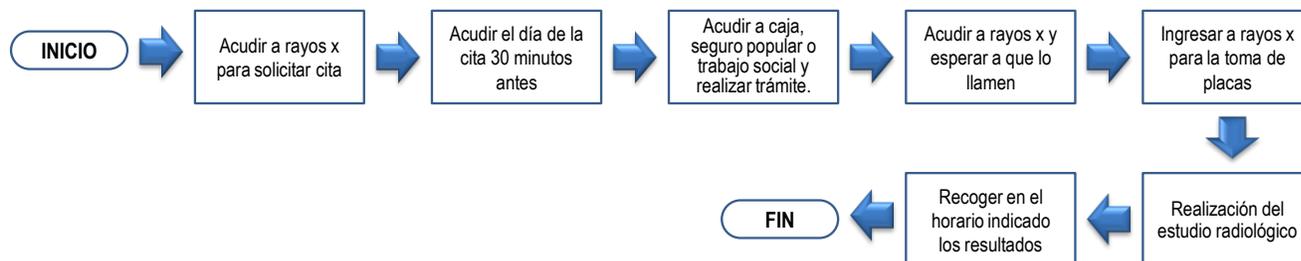
Quienes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de urgencias del hospital.
- Usuarios derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención de cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención en hospitalización del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Rayos X, Caja, Módulo del Seguro Popular y Trabajo Social.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Exámenes radiológicos simples realizados con métodos especializados y estándares nacionales para generar imágenes del interior del cuerpo.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar en todo momento.



Formatos

Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada:

D.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO		Folio: 14 1525056	
SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DEL ESTADO JALISCO		SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DEL ESTADO JALISCO	
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE		CLASES: DÍA MES AÑO	
UNIDAD:	NÚMERO DE EXPEDIENTE		
NOMBRE DEL PACIENTE:	NÚMERO DE INTERVENCIÓN DE CAUSAS:		
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>	NÚMERO DE ESTUDIOS SOLICITADOS:
NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURO POPULAR:	VIGENCIA DE LA PÓLIZA DEL SEGURO POPULAR HASTA:	SERVICIO:	NÚMERO DE CAMA:
DIAGNÓSTICO(S)			
ESTUDIOS SOLICITADOS			
PARTIDA: CAUSAS <input type="radio"/> FPQC <input type="radio"/> SMSKO <input type="radio"/>			
TODOS LOS ESTUDIOS SOLICITADOS ANTERIORMENTE SON DE ACUERDO A LOS DIAGNÓSTICOS DEL CAUSAS VIGENTE.			
Población Abierta (Usar 0)			
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	
133-046-9038 AM-2014			

Recibo único de cuotas de recuperación

SERVICIOS DE SALUD JALISCO		FOLIO	
RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN		Nº 151012 JAL	
DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO		R.F.C. S.S.J.92/0331-PM5	
CIUDADAJARA, JAL.			
UNIDAD	DÍA MES AÑO		
NOMBRE DE USUARIO	TIPO DE CUOTA		
DOMICILIO	CONSULTA		
NIVEL	CLAVE		
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CLAVE		
	CLAVE		
	CLAVE		
	MEDICAMENTO		
	TOTAL		
ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL		IMPORTE CON LETRA	
USUARIO			
Lugar de expedición: Guadalupe, Jal.			

Póliza

POLIZA DE AFILIACIÓN		COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD	
VALOR DE LA PÓLIZA: 21 Feb 2014 al 31 Ene 2014		FECHA DE EXPIRACIÓN: 28 Nov 2015 10:00:00 pm	
CENTRO DE SALUD: Programa Salud OPORTUNIDADES		SÍMBOLO: HOSPITAL REGIONAL DE LAZARUS DE MORAÑO R.E.E. ESTADO: JALISCO	
DATOS DEL TITULAR:		AFILIACIÓN FAMILIAR:	
Relación de beneficiarios:			
<p>ESTA PÓLIZA AMPLIA LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DEL CATALOGO GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA SANEOS CATASTRÓFICOS.</p> <p>LA VERDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES EN EL MOMENTO DE SU POSTERIORIDAD PARA EFECTOS DE AFILIACIÓN DEBERÁ APLICARSE EN LAS OCASIONES POR LAS QUE DEBERÁ PRESENTARSE PARA VERIFICAR LA CUBRERTA DE AFILIACIÓN DEL BENEFICIARIO EN EL MOMENTO DE SU VALORACIÓN DE AFILIACIÓN Y DERECHOS.</p> <p>DEBIDO A LA VERDAD DE LA INFORMACIÓN DE LA DECLARACIÓN, LAS FAMILIAS DEL REGIMEN CONTRATO DE SEGURO DE LA AFILIACIÓN ANUAL DE MANERA AUTOMÁTICA LAS FAMILIAS DEL REGIMEN CONTRATO DE SEGURO ESTARÁN AL CORRIENTE EN EL PAGO DE SU CUOTA FAMILIAR PARA MANTENER A LOS BENEFICIARIOS SEGUROS EN LA AFILIACIÓN ANUAL IMPROPORIADA.</p> <p>CUALQUIER MODIFICACIÓN A LOS DATOS CONTENIDOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, DEBERÁ DE DIRIGIRSE AL NIVEL DE AFILIACIÓN Y DERECHOS UNICAMENTE.</p>			
<p>SELECCIÓN DE SERVICIOS Y BENEFICIOS:</p> <p>SELECCIÓN DE SERVICIOS Y BENEFICIOS:</p> <p>SELECCIÓN DE SERVICIOS Y BENEFICIOS:</p>			





ECOSONOGRAFÍA

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Servicio	Horario del Servicio	*Costo
Abdomen	Variable	Lunes a viernes	08:00 a 12:30hrs.	Consultar el tabulador general de cuotas de recuperación.
Pélvico	Variable			
Renal	Variable	Sábado ,domingos y días festivos	9:00 a 19:00 hrs	Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Embarazo	Variable			

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito o si el usuario es sujeto a las políticas de gratuidad, el servicio es gratuito siempre y cuando el usuario realice el trámite correspondiente.

Pacientes de otros estados y foraneos que necesiten algun estudio se atenderan siempre y cuando acudan al servicio de consulta externa de especialidad o urgencias del hospital para que el medico del servicio valore y en su caso emita la solicitud para el estudio.

Requisitos para Solicitar Cita

- Contar con **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada**.
- Acudir al servicio de ecosonografía de 8:00 a 12:30 hrs y solicitar cita para la realización del servicio (se le darán las indicaciones de la preparación requerida para cada estudio y la fecha de la realización del mismo).

Requisitos para la Realización del Servicio

- Contar con cita programada para el servicio.
- Contar con **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada**.
- Contar con **recibo de cuotas de recuperación** o **póliza** del seguro popular con **sello de vigencia** o **comprobante de exención**.
- Presentarse en el servicio de ecosonografía 30 minutos antes de la hora de la cita con **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada**.
- Acudir a la toma de muestra en las condiciones que se le requirieron el día que solicitó la cita:
 - Si la usuaria se encuentra embarazada con menos de 4 cuatro meses de embarazo, la preparación específica consiste en vejiga llena.
 - Si cuenta con más de 4 cuatro meses sin requisitos específicos.

Descripción del Servicio

1. Preséntate en ecosonografía con la **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada** y solicita cita.
2. Recibe la información de la fecha de la cita y las condiciones en las que te debes presentar el día de la cita.
3. Acude el día de la cita con la **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada** 30 minutos antes del horario establecido.
4. Pasa a la caja para cubrir la cuota de recuperación por la consulta y recoge el **recibo único de cuotas de recuperación**.
5. Si cuentas con seguro popular, debes llevar tu **póliza , identificación oficial e identificación oficial** del titular de la póliza y acudir al módulo del seguro popular para que te den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.



Descripción del Servicio

6. Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) debes acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recabar el **comprobante de exención** en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
7. Pasa a ecosonografía con la **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada, recibo único de cuotas de recuperación o recibo de vigencia o comprobante de exención** y espera a que te llamen para la realización del estudio.
8. Ingresa a ecosonografía cuando la enfermera te llame, para la realización del estudio.
9. Recoge los resultados en el horario señalado.

Resultados Esperados

- Entrega de resultados de estudios de ecosonografía efectuados, para confirmación o apoyo diagnóstico y/o tratamiento.

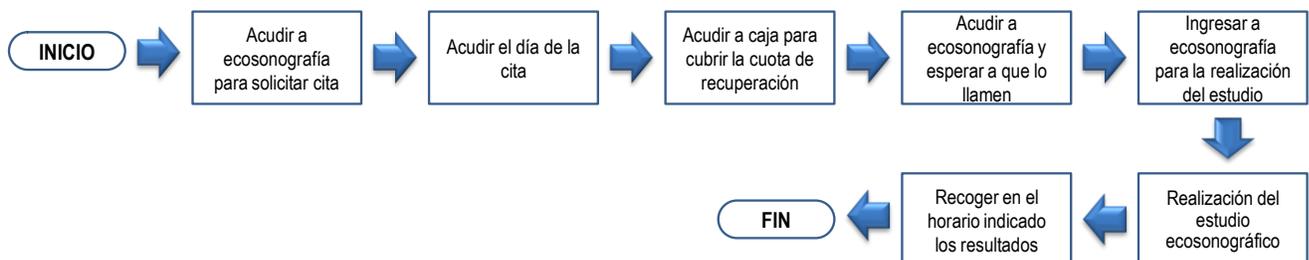
Quienes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de urgencias del hospital.
- Usuarios derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención de cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención en hospitalización del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Ecosonografía, Caja, Módulo del Seguro Popular y Trabajo Social.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Estudios ecosonográficos realizados con métodos especializados y estándares nacionales para generar imágenes de estructuras y órganos blandos del cuerpo.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar en todo momento.



Formatos

Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada:

O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE		FOLIO: 14-1525056 DIA MES AÑO	
UNIDAD:		CLASE:	
NOMBRE DEL PACIENTE:		NÚMERO DE INTERVENCIÓN DE CAUSAS:	
FECHA DE NACIMIENTO:	EDAD:	SEXO: MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>	NÚMERO DE ESTUDIOS SOLICITADOS:
NÚMERO DE AFILIACIÓN SEGURO POPULAR:	VIGENCIA DE LA FOLIA DEL SEGURO POPULAR HASTA:	SERVICIO:	NÚMERO DE CAMA:
DIAGNÓSTICO (S):			
ESTUDIOS SOLICITADOS:			
PARTIDA: CAUSAS <input type="radio"/> EPCC <input type="radio"/> EMERGI <input type="radio"/>			
TODOS LOS ESTUDIOS SOLICITADOS ANTERIORMENTE SON DE ACUERDO A LOS DIAGNÓSTICOS DEL CAUSAS VIGENTE.			
POBLACION ABERTA (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	

Póliza

Recibo único de cuotas de recuperación

SERVICIOS DE SALUD JALISCO RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO GUADALAJARA, JAL.		FOLIO No 151012 JAL R.F.C. 55L620331-PMS
UNIDAD:	DIA MES AÑO	
NOMBRE DE USUARIO:		
DOMICILIO:		
TIPO DE CUOTA		
NIVEL:	CONSULTA	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE:	CLAVE	
	CLAVE	
	CLAVE	
	CLAVE	
MEDICAMENTO:		
TOTAL:		
ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL USUARIO Lugar de expedición: Guadalajara, Jal.		IMPORTE CON LETRA





ELECTROCARDIOGRAMA

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Servicio	Horario del Servicio	*Costo
Electrocardiograma Programado	15 Minutos aproximadamente	Lunes, miércoles, jueves, viernes sábados y domingos	11:00 a 15:00 hrs.	Consultar el tabulador de cuotas de recuperación vigente.
Electrocardiograma No Programado	15 Minutos aproximadamente	Martes	11:00 a 15:00 hrs.	Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito o si el usuario es sujeto a las políticas de gratuidad, el servicio es gratuito siempre y cuando el usuario haga el trámite correspondiente.

Requisitos para la Realización del Servicio

- Contar con **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada**.
- Contar con **recibo de cuotas de recuperación o póliza** del seguro popular y **recibo de vigencia o comprobante de exención**.
- Presentarte aseado y en el servicio de consulta externa de 11:00 a 15:00 hrs.

Descripción del Servicio

1. Pasa a la caja para cubrir la cuota de recuperación por la consulta y recoge el **recibo único de cuotas de recuperación**.
2. Si cuentas con seguro popular, debes llevar tu **póliza, identificación oficial** del paciente o **CURP** (Clave única de registro de población) si es menor de edad e **identificación oficial** del titular de la póliza y acude al módulo del seguro popular para que te den el **recibo de vigencia**, en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
3. Si eres sujeto a algún programa y no estás afiliado al seguro popular o eres sujeto a las políticas de gratuidad (personas con alta marginalidad, 60 y más, menores de 5 años etc.) debes acudir al módulo de trabajo social a realizar el trámite correspondiente y recaba el **comprobante de exención** en lugar de acudir a caja y recabar recibo único de cuotas de recuperación.
4. Preséntate en consulta externa con **solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada, recibo único de cuotas de recuperación o recibo de vigencia o comprobante de exención** de 11:00 a 15:00 hrs.
5. Espera a que te llamen para la realización del estudio.
6. Ingresa a consulta externa cuando el personal del servicio te llame para la realización del estudio.
7. Recoge los resultados en el horario señalado por el personal del servicio.

Resultados Esperados

- *Entrega de resultados de estudios de electrocardiograma efectuados, para confirmación o apoyo diagnóstico y/o tratamiento.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de urgencias del hospital.



ELECTROCARDIOGRAMA

- Usuarios derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención de cirugía del hospital.
- Usuarios derivados por la atención en hospitalización del hospital.
- Usuarios derivados por el médico de la consulta general del centro de salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Consulta externa, caja, módulo del seguro popular y trabajo social.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar en todo momento.

Formatos

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Recibo de vigencia

Salud Seguro Popular

FECHA: / (1) /

VIGENCIA

FOLIO: (2)

PACIENTE: (3)



Formatos

Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete foliada:

O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO		Folio: 14-1525056	
SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE		SEGURO POPULAR	
UNIDAD:	CLUES:	DÍA MES AÑO	
NOMBRE DEL PACIENTE:		NÚMERO DE ENTRENTE	
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 FOLIA DEL SEGURO POPULAR HASTA:	SERVICIO:	NÚMERO DE CAMA: No. DE ESTUDIOS SOLICITADOS:
DIAGNÓSTICO(S)			
ESTUDIOS SOLICITADOS			
PARTIDA: CAUSAS <input type="radio"/> FPGC <input type="radio"/> EMSXCI <input type="radio"/>			
TODOS LOS ESTUDIOS SOLICITADOS ANTERIORMENTE SON DE ACUERDO A LOS DIAGNÓSTICOS DEL CAUSAS VIGENTE.			
POBLACION ABERTA (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	

Recibo único de cuotas de recuperación

SERVICIOS DE SALUD JALISCO		FOLIO	
RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN		No. 151012 JAL	
DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO		R.F.C. 55-820031-PM5	
CUADALAJARA, JAL.			
UNIDAD	DÍA	MES	AÑO
NOMBRE DE USUARIO			
DOMICILIO			
TIPO DE CUOTA		CONSULTA	
NIVEL	CLAVE		
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	CLAVE		
	CLAVE		
	CLAVE		
	MEDICAMENTO		
	TOTAL		
ESTE NO ES UN RECIBO FISCAL		IMPORTE CON LETRA	
USUARIO			
Lugar de expedición: Guadaluajara, Jal.			

Póliza

PÓLIZA DE AFILIACIÓN		COMISIÓN NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL EN SALUD	
VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 01-FEB-2014 a 31-DIC-2014		FECHA DE EMISIÓN: 28-FEB-2014 12:55:16 PM	
CENTRO DE SALUD: Programa Salud OPORTUNIDADES		MÓDULO: HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA	
DATOS DEL TITULAR:		APORTACIÓN FAMILIAR:	
RELACIÓN DE BENEFICIARIOS:			

Comprobante de exención

HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA	
EXENTO	
EXP. No. _____	
AL _____ %	AUTORIZÓ
T.S. _____	FIRMA





PUESTO DE SANGRADO

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Servicio	Horario del Servicio	Costo
Atención a candidatos a donación	Variable	Lunes a domingo	07:00 a 10:30 hrs.	Gratuito

Nota: En este servicio solamente se otorgan 20 fichas por día de lunes a viernes y los fines de semana 10 fichas.

Requisitos para Intervenciones en las que se Requiera de Hemocomponentes

- En caso de que el paciente vaya a ser intervenido de forma programada y requiera hemocomponentes, tendrá que traer previo a la cirugía 1 donadores por cada hemocomponente solicitado, mínimo una semana previa a su intervención.
- En caso de que el paciente sea RH Negativo, debe traer donadores del mismo grupo sanguíneo, mínimo dos semana previas a su intervención
- En caso de intervenciones de urgencia que requieran hemocomponentes tendrá que reponer por cada hemocomponentes transfundido 1 unidades.

Requisitos para Donar Sangre

- Presentarse con una identificación oficial y reciente con fotografía, buen aseo y no desvelado. Con ropa de manga corta o mangas anchas que se puedan subir fácilmente a fin de dejar descubierto el brazo.
- Ser mayor de 18 años y menor de 65.
- Pesar más de 50 Kg.
- Ayuno mayor a 4 hrs. y menor de 10 hrs. Recomendación: Tomar agua natural, NO consumir alimentos grasos ni lácteos un día antes de realizar su donación.
- Estar COMPLETAMENTE SANO, no haber padecido: hepatitis después de los 10 años, sífilis, paludismo, epilepsia, cáncer, sida, dengue, no tener fuegos en los labios o boca, gripe, diarrea, anginas, tos, etc.
- Mujeres: No estar embarazadas ni dando pecho, no haber tenido parto, aborto, legrado o cesárea en los últimos 6 meses. Si están menstruando se puede donar a menos que tengan algún malestar.
- No haber tenido accidentes o cirugía mayor en los últimos 6 meses. Que durante 28 días no hayan tenido extracción dental o cirugía menor.
- No haber tomado bebidas alcohólicas las últimas 48 hrs. de cualquier tipo sin importar cantidad.
- En las últimas 48 horas no haber consumido medicamentos que contengan ibuprofeno, ácido mefenámico, ketoprofeno, diclofenaco, ketorolaco. En los últimos 5 días no haber consumido medicamentos que contengan ácido acetil salicílico (aspirina), naproxeno, piroxicam, meloxicam, tenoxicam y en caso de antibióticos dejar pasar 10 días después de haber terminado tratamiento.
- No haber recibido vacunas en el último mes. Si la vacuna es de hepatitis, rabia humana o por picadura de alacrán debe pasar un año después de la última dosis aplicada.
- No tener tatuajes o perforaciones de menos de 1 año, en caso de aretes en boca, nariz o vagina, retirárselos 72 horas antes.
- En el último año no haber tenido relaciones sexuales con diferentes parejas; no haber tenido relaciones homosexuales o bisexuales con prostitutos o prostitutas y no haberse prostituido en el último año.
- No traer niños o acompañantes.



Descripción del Servicio

1. Cumple con los requisitos para donar sangre.
2. Presentate en el puesto de sangrado con el nombre completo de su paciente edad y servio en el cual se encuentran,
3. Pasa al puesto de sangrado y esperar a que te llamen para la realización del servicio.
4. Te llaman y te preguntan sus datos generales, te piden que te identifiques con un documento oficial (identificación con fotografía).
5. Toman una muestra de tu sangre para descartar la presencia de anemia.
6. Posteriormente pasa con el médico quien te realiza una entrevista en privado y una exploración física completa.
7. Si el médico te informa que puedes donar, pasa a la sala de sangrado donde toman 450 ml. de tu sangre.
8. A tu sangre le realizan los exámenes para la detección de enfermedades como VIH (SIDA), Sífilis, Hepatitis B y C, Chagas y Brucelosis.
9. Al terminar el sangrado se te ofrece un refrigerio pequeño que deberás consumir.
10. Por último te otorgan un **comprobante de donación** e indicaciones para que puedas tener en 10 días, posteriores a la donación, resultados de los estudios practicados a tu sangre.
11. Recoge los resultados en el horario señalado.

Resultados Esperados

- *Contar con hemocomponentes para su disposición en caso de que el paciente los requiera.*
- *Reposición de hemocomponentes transfundidos.*
- *Entrega de resultados de estudios realizados a la sangre del donante.*

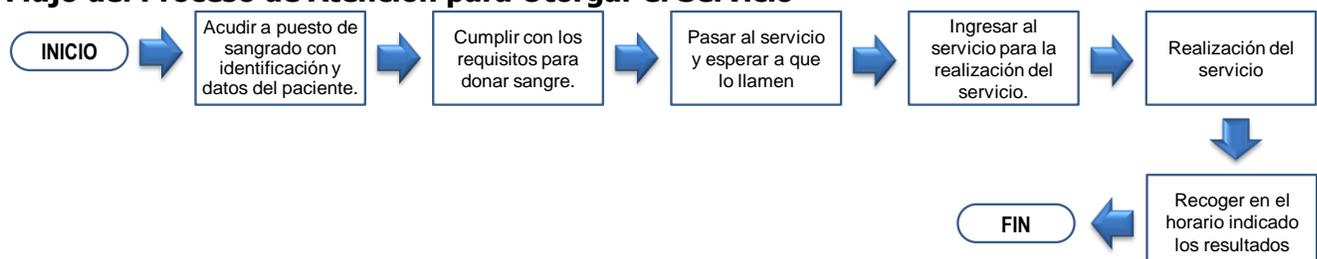
Quienes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios y/o familiares derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios y/o familiares derivados por el médico de urgencias del hospital.
- Usuarios y/o familiares derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios y/o familiares derivados por la atención de cirugía del hospital.
- Usuarios y/o familiares derivados por la atención en hospitalización del hospital.
- Donadores altruista.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Puesto de sangrado.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





Características del Servicio

- Todo el equipo utilizado es nuevo, estéril y se desecha una vez terminado el procedimiento.
- Estudios de hemoderivados realizados con métodos especializados y estándares internacionales para generar conocimiento sobre los componentes sanguíneos.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar en todo momento.

Formatos

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gov.mx

Comprobante de donación

CENTRO JALICIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
SERVICIOS DE SALUD DE JALISCO
AV. ZOOQUIRAN # 1630, COL. COL. SEATTLE
C.P. 45170, EDO. JALISCO, CO. ZAPOCAN, TEL: 01 (33) 3636 6327, 01(33) 36367667

FO-TRA-002 VER:1
Fecha de Impresión: Jueves, 20 Febrero, 2014
Hora de Impresión: 10:09:53
Id Donador: 1,400,266
No. Unidad: 12,536
Fecha de Extracción: 19-Feb-14

Comprobante de Donación

Por medio de la presente certificamos que **VALDIVIA RAMIREZ JOSE GUADALUPE** se presentó a este Centro para donar sangre, el día Miércoles, 19 Febrero, 2014.

A favor del paciente: **VALDIVIA RAMIREZ PALOMA**, procedente de: H. C. SAN JUAN DE LOS LAGOS

VALIDO ÚNICAMENTE CON EL SELLO OFICIAL. NO VALIDO EN CASO DE TACHADURAS O ENMENDADURAS.

MEDICO ENTREVISTADOR

"CONTRIBUYE CON TU SANGRE, NOSOTROS CON LA CALIDAD"

CENTRO JALICIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
SERVICIOS DE SALUD DE JALISCO
AV. ZOOQUIRAN # 1630, COL. COL. SEATTLE
C.P. 45170, EDO. JALISCO, CO. ZAPOCAN, TEL: 01 (33) 3636 6327, 01(33) 36367667

FO-TRA-003
Id Donador: 1,400,266
No. Unidad: 12,536
Fecha de Impresión: Jueves, 20 Febrero, 2014

CONSTANCIA DE PERMANENCIA Y ENTREGA DE RESULTADOS

VALDIVIA RAMIREZ JOSE GUADALUPE, favor de presentar este documento para recibir resultados de serología 7 días después de haber realizado la donación y en el siguiente horario: Lunes a viernes de 11:00 a 14:00 Y 16:00 a 19:00 horas. El trámite es personal, favor de traer identificación oficial con fotografía.

Comprobante Personal

MEDICO ENTREVISTADOR

"CONTRIBUYE CON TU SANGRE, NOSOTROS CON LA CALIDAD"



TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Tipo de Estudio	Tiempo Aproximado de Atención	Días de Servicio	Horario del Servicio	*Costo
Pruebas cruzadas	90 minutos aproximadamente	Lunes a Domingo (programadas)	07:30 a 20:00 hrs.	Consultar el tabulador de cuotas de recuperación vigente.
Coobs directo e indirecto	15 minutos aproximadamente	Urgencias	24 hrs.	Consultar las políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco.
Grupos sanguíneos	15 minutos aproximadamente			

* Si cuenta con seguro popular y el servicio lo cubre el catálogo de CAUSES el costo es gratuito o si el usuario es sujeto a las políticas de gratuidad, el servicio es gratuito. Siempre y cuando el usuario haga el trámite correspondiente.

Requisitos para Transfusión Sanguínea

- Contar con indicación médica de la necesidad de la hemoterapia en base al diagnóstico y las condiciones clínicas específicas del paciente.

Requisitos para Intervenciones en las que se Requiera de Hemocomponentes

- En caso de que el paciente vaya a ser intervenido de forma programada y requiera hemocomponentes, tendrá que traer previo a la cirugía 1 donadores por cada hemocomponente solicitado, mínimo una semana previa a su intervención.
- En caso de que el paciente sea RH Negativo, debe traer donadores del mismo grupo sanguíneo, mínimo dos semana previa a su intervención
- En caso de intervenciones de urgencia que requieran hemocomponentes tendrá que reponer por cada hemocomponentes transfundido 1 unidades.

Requisitos para Donar Sangre

- Presentarse con una identificación oficial y reciente con fotografía, buen aseo y no desvelado. Con ropa de manga corta o mangas anchas que se puedan subir fácilmente a fin de dejar descubierto el brazo.
- Ser mayor de 18 años y menor de 65.
- Pesar más de 50 Kg.
- Ayuno mayor a 4 hrs. y menor de 10 hrs. Recomendación: Tomar agua natural, NO consumir alimentos grasosos ni lácteos un día antes de realizar su donación.
- Estar COMPLETAMENTE SANO, no haber padecido: hepatitis después de los 10 años, sífilis, paludismo, epilepsia, cáncer, sida, dengue, no tener fuegos en los labios o boca, gripe, diarrea, anginas, tos, etc.
- Mujeres: No estar embarazadas ni dando pecho, no haber tenido parto, aborto, legrado o cesárea en los últimos 6 meses. Si están menstruando se puede donar a menos que tengan algún malestar.
- No haber tenido accidentes o cirugía mayor en los últimos 6 meses. Que durante 28 días no hayan tenido extracción dental o cirugía menor.
- No haber tomado bebidas alcohólicas las últimas 48 hrs, de cualquier tipo sin importar cantidad.
- En las últimas 48 horas no haber consumido medicamentos que contengan ibuprofeno, ácido mefenámico, ketoprofeno, diclofenaco, ketorolaco. En los últimos 5 días no haber consumido medicamentos que contengan ácido acetil salicílico (aspirina), naproxeno, piroxicam, meloxicam, tenoxicam y en caso de antibióticos dejar pasar 10 días después de haber terminado tratamiento.



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA





Requisitos para Donar Sangre

- No haber recibido vacunas en el último mes. Si la vacuna es de hepatitis, rabia humana o por picadura de alacrán debe pasar un año después de la última dosis aplicada.
- No tener tatuajes o perforaciones de menos de 1 año, en caso de aretes en boca, nariz o vagina, retirárselos 72 horas antes.
- En el último año no haber tenido relaciones sexuales con diferentes parejas; no haber tenido relaciones homosexuales o bisexuales con prostitutas o prostitutas y no haberse prostituido en el último año.
- No traer niños o acompañantes.

Requisitos para la Realización del Servicio

- Autorizar (el paciente o familiar) **Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos.**
- Autorizar (el padre o tutor legal tratándose de menores o incapaces) **Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores de edad o incapaces.**
- Aceptar (el familiar) acudir al banco de sangre correspondiente, recoger hemocomponente, entregarlo al servicio de transfusión o laboratorio junto con la hoja de envío, siguiendo las indicaciones que se le proporcionaron (esto únicamente cuando no se cuente con el hemocomponente que requiere el paciente y se solicite al banco de sangre más cercano).

Descripción del Servicio

1. El médico informa al paciente y/o familiar la necesidad de hemoterapia, de acuerdo al diagnóstico y condiciones clínicas del paciente, riesgos y beneficios.
2. Solicita al paciente o familiar autorizar **carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos o carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores de edad o incapaces.**
3. Se transfunde hemocomponente al paciente, si en el banco de sangre hay existencias del hemocomponente solicitado.
4. Se informa al familiar sobre los requisitos para solicitar el hemocomponente, si en el banco de sangre no hay existencias del hemocomponente solicitado.
5. Entregan al familiar la **solicitud de intercambio de hemocomponentes,**
6. Banco de sangre correspondiente, entrega hemocomponente y al servicio de transfusión o laboratorio junto con la **hoja de envío.**
7. Se transfunde hemocomponente al paciente.

Resultados Esperados

- *Realización de hemoterapia para tratamiento del paciente.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios y/o familiares derivados de la consulta externa de especialidad del hospital.
- Usuarios y/o familiares derivados por el médico de urgencias del hospital.



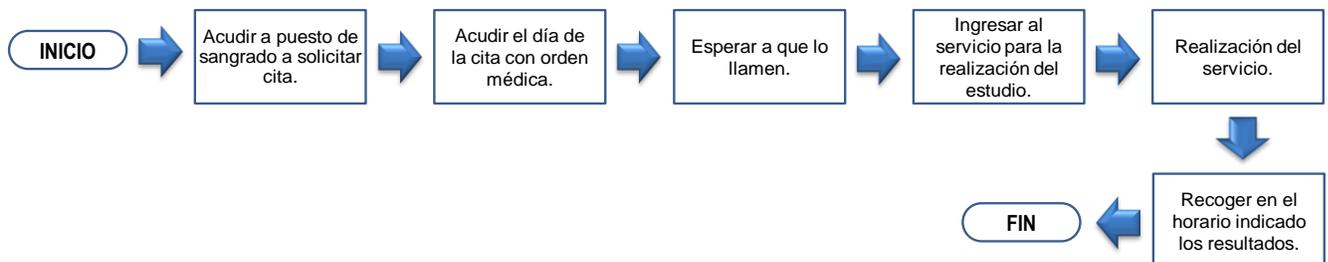
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios y/o familiares derivados del área de toco-cirugía del hospital.
- Usuarios y/o familiares derivados por la atención de cirugía del hospital.
- Usuarios y/o familiares derivados por la atención en hospitalización del hospital.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Puesto de sangrado, transfusión sanguínea, urgencias, hospitalización, cirugía, toco-cirugía, consulta externa.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Estudios de hemoderivados realizados con métodos especializados y estándares internacionales para generar conocimiento sobre los componentes sanguíneos.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar en todo momento.

Formatos

Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos

Carta de consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos para menores de edad o incapaces.

"CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA"
HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA
SECRETARÍA DE SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS

YO, ANTE MI FIRMA, DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

YO, COMO PERSONA EN PLENO USO DE MIS FACULTADES, LIBRE, CAPAZ Y RESPONSABLE PARA DECIDIR SOBRE MIS ACTOS, CONSCIENTE DE MIS DEBERES Y OBLIGACIONES, QUE TENGO LA CAPACIDAD LEGAL Y ESTOY EN PLENO USO DE MIS DERECHOS POLÍTICOS Y CIVILES. QUE CONCIENDO EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO, NO LEGITIMO CON LA FIRMA DE MI PUÑO Y LETRA PORQUE NO EXISTE ERROR NI SISO DE MI PARTE, CUMPLIENDO ASÍ CON LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES PARA ESTE ACTO MÉDICO, TAMBÉN SOY LA AUTORIZACIÓN AL PERSONAL DE SALUD PARA LA ELECCIÓN Y CONSECUCIONES DERIVADAS DEL ACTO CONSENTIDO, ATENDIENDO EL PRINCIPIO DE AUTORIDAD PRESCRIPTIVA.

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

En el caso de urgencia se otorgará el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.

DATOS DEL MEDICO

APPELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE DE PUESTO: _____ FIRMA: _____
 CÉDULA PROFESIONAL: _____ ESPECIALIDAD: _____ INSTITUCIÓN MÉDICA: _____ RESIDENTE O ASISTENTE: _____
 APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE DEL TESTIGO: _____ FIRMA: _____
 CÉDULA PROFESIONAL: _____
 DOMICILIO: CALLE: _____ NUM. EXTERNO: _____ COLONIA: _____ CP: _____
 TELÉFONO: _____ TELÉFONO ELECTRÓNICO: _____

_____ Jalisco a _____ de _____ del 20____, Hora _____

"CENTRO ESTATAL DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA"
HOSPITAL REGIONAL LA BARCA JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES

Causa por la que ejerce el consentimiento: _____

ANTERIOR PUESTO: _____ APELLIDO PATERNO: _____ NOMBRE DEL PACIENTE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO (PADRE, MADRE, TUTOR)

YO, ANTE MI FIRMA, DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, QUE COMPRENDÍ LO QUE SE ME EXPLICÓ SOBRE EL O LOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS QUE SERÁN TRANSFUNDIDOS, SUS OBJETIVOS, LOS BENEFICIOS, POSIBLES RIESGOS Y CONSECUENCIAS, Y EN SU CASO LOS PROCEDIMIENTOS Y PRODUCTOS ALTERNATIVOS QUE EXISTEN ANTES DE RECIBIR UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS.

DECLARO QUE HE LEÍDO Y ENTENDÍ LA INFORMACIÓN Y EL MATERIAL EDUCATIVO PROPORCIONADO.

DECLARO QUE SE ME BRINDÓ LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS Y QUE ÉSTAS FUERON CONTESTADAS SATISFACTORIAMENTE POR EL DOCTOR(A).

DECLARO QUE ESTOY CONCIENTE DE QUE EXISTE UN RIESGO A PESAR DE QUE EL DONADOR HA SIDO EVALUADO, Y LA SANGRE Y LOS DIVERSOS PRODUCTOS SANGUÍNEOS SON NO REACTIVOS A LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS TRANSMISIBLES POR TRANSFUSIÓN SECONDE A LA NOM-253-SSEA-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

TELÉFONO: _____





Formatos

Solicitud para servicio de transfusión.

OPD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA SOLICITUD ORDINARIA/URGENTE DE PRODUCTOS SANGUINEOS Av. Zouquen 1050 Col. Zapopan CP-45170 Teléfono: 36 36 76 67		C.O. S.A. JALISCO	
NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR		EDAD	SEXO
DIAGNÓSTICO DE CERTeza O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL	SERVICIO
GRUPO SANGUINEO ABO Y RH		HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL	Nº DE GESTACIONES
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		¿TRANSFUSION DE USO ALTOCOSTO? Escriba el número de unidad (No incluye el componente de donante)	
CONCENTRADO DE ERITROCITOS		FECHA Y HORA DE LA ORDEN	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZARA LA TRANSFUSION (si es posible)	
PLASMAS FRESCO CONGELADO		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MEDICO QUE INDICA LA TRANSFUSION	
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECIFICAS REQUERIDAS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MEDICO SOLICITANTE	
		PRIMA Y CÉDULA (DOP) DEL MEDICO SOLICITANTE	
		RASTRO DE ANTICUERPOS IRREGULARES	
		PERSONAL CETS QUE RECIBE	
		Fecha y hora de la solicitud:	

OPD SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE JALISCO CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA SOLICITUD DE PRODUCTOS SANGUINEOS EN CIRUGIAS PROGRAMADAS Av. Zouquen 1050 Col. Zapopan CP-45170 Teléfono: 36 36 76 67		C.O. S.A. JALISCO	
NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR		EDAD	SEXO
DIAGNÓSTICO DE CERTeza O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL	SERVICIO
GRUPO SANGUINEO ABO Y RH		HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL	Nº DE GESTACIONES
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		¿TRANSFUSION DE USO ALTOCOSTO? Escriba el número de unidad (No incluye el componente de donante)	
CONCENTRADO DE ERITROCITOS		FECHA Y HORA DE LA ORDEN	
CONCENTRADO DE PLAQUETAS		FECHA Y HORA EN QUE SE REALIZARA LA TRANSFUSION (si es posible)	
PLASMAS FRESCO CONGELADO		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MEDICO QUE INDICA LA TRANSFUSION	
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECIFICAS REQUERIDAS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MEDICO SOLICITANTE	
		PRIMA Y CÉDULA (DOP) DEL MEDICO SOLICITANTE	
		RASTRO DE ANTICUERPOS IRREGULARES	
		PERSONAL CETS QUE RECIBE	
		Fecha y hora de la solicitud:	

Hoja de envío

CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA SERVICIOS DE SALUD DE JALISCO AV. ZOQUEN 1050 COL. ZAPAPAN, COA., COA. SEATTLE CP-45170, EDO. JALISCO, TEL.: 01 (33) 3636 7667		C.O. S.A. JALISCO	
Egreso de Sangre Total y Componentes Sanguíneos			
FOLIO No. 8,907			
CODIGO: 12345			
INSTITUCION: HOSP. REGIONAL LAGOS DE MORENO			
DIRECCION:			
ESTADO: JALISCO			
POBLACION:			
NO. LIC. SANITARIA:			
RESPONSABLE:			
PACIENTE: BUENO MUÑOZ, ANDREA			
FECHA EGRESO: 27/11/2013			
FECHA EMISION: 27/11/2013 11:51:09			
FO-LAB-058			

Tipo de Homodervado	Cod.	Vol.	Unidad	Grupo RH	F. Extracción	F. Caducidad	Tipo Extracción
CURRADO PLAZA EFERESIS	PQH-C	149	17974 g	O +	22/11/2013	27/11/2013	AFERESIS
Donador:	ARTURO CRUZ LUCAS MORALES						

UNIDADES PARA USO EXCLUSIVO DEL SECTOR :							
ST	SANGRE	0	PQH	PLAQUETAS POR HEMAFERESIS	1		<input checked="" type="checkbox"/>
CE	CONCENTRADO ERITROCITOS	0	PEH	PLASMA POR HEMAFERESIS	0		<input type="checkbox"/>
PC	PLASMA FRESCO CONGELADO	0	LEH	LEUCOCITOS POR HEMAFERESIS	0		<input type="checkbox"/>
CP	CONCENTRADO PLAQUETARIO	0	ERH	ERITROCITOS POR HEMAFERESIS	0		<input type="checkbox"/>
CRB	CRB	0	CT-C	CELULAS TALLO POR HEMAFERESIS	0		<input type="checkbox"/>
PE	PLASMA CONFECCIONADO	0					<input type="checkbox"/>
PC	PLASMA DESPROCESADO CRB	0					<input type="checkbox"/>
CL	LEUCOCITOS	0					<input type="checkbox"/>

CON PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD
 SIN PRUEBAS DE COMPATIBILIDAD
 COMPONENTES SANGUINEOS NEGATIVOS CON FORMALINA A LA NOM-283-SSA1-2012
 A: AesHB, V.H, VHC, VDRL, RPR, E. CHAGAS, BRUCELLA
 PROHIBIDA SU COMERCIALIZACION

Responsible Entrega: QFB LUZ MARIA ROBLES ALDAZ (Nombre y Firma)
 Recibe: ROSE JESUS GUADALUPE AZURELA ALDANA (Nombre y Firma)
 Version: 0

Solicitud de intercambio de hemocomponentes

PROGRAMA DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE SANGRE Y SUS COMPONENTES	
Lagos de Moreno Jalisco a 28 de Noviembre del 2013.	
C. DR JUAN CARLOS LOPEZ HERNANDEZ RESPONSABLE SANITARIO DEL BANCO DE SANGRE CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA PRESENTE	
AT'N DRA GERALDINE SOLIS ECHEVERRIA RESPONSABLE SANITARIO DEL SERVICIO DE TRANSFUSION CON RECOLECCION HOSPITAL REGIONAL LAGOS DE MORENO	
Solicito a usted se nos proporcionen 5 unidades de:	
<input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE ERITROCITOS <input checked="" type="checkbox"/> PLASMA FRESCO CONGELADO <input type="checkbox"/> CONCENTRADO DE PLAQUETAS <input type="checkbox"/> CRIOPRECIPITADOS	
Del grupo sanguineo <u>O Rh POSITIVO</u> para ser transfundidos al paciente <u>ANDREA BUENO MUÑOZ</u> del Servicio <u>URGENCIAS</u> Cama <u>URG</u> Registro <u>PENDIENTE</u> con Diagnostico <u>CIRROSIS HEPATICA / TROMBOCITOPENIA/ SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO</u> Hemoglobina <u>11</u> g/dL Hematocrito <u>34</u> % Plaquetas <u>57 MIL</u> TP <u>21.6</u> Testigo <u>14.6</u> TPT <u>X</u> Testigo <u>X</u> Fibrinogeno <u>246</u> PESO <u>55 kg</u> Medicamentos que recibe <u>OMEPRAZOL</u> Indicación de la transfusion <u>STDB/ TROMBOCITOPENIA SEVERA</u> Indicado por Dr. <u>JORGE PAREDES BARBA</u> Cédula <u>3223134</u> Especialidad <u>MEDICINA INTERNA</u> La Institucion solicitante se compromete a realizar el fomento y promocion de la donacion altruista y voluntaria de sangre en su Unidad Hospitalaria para la captacion de donacion voluntaria y altruista de sangre. ATENTAMENTE	
DRA GERALDINE SOLIS ECHEVERRIA MEDICO RESPONSABLE	
SELLO DE LA INSTITUCION	
Nombre del establecimiento HOSPITAL REGIONAL DE LAGOS DE MORENO Domicilio Francisco I Madero esquina 16 de Septiembre S/N Col Centro CP 47400 Tel.0147 47 42 35 08 ext. 109 Nombre del Responsable sanitario del establecimiento: Dr Armando Solórzano Enriquez Numero Licencia del Establecimiento:0000031-A Nombre del Responsable sanitario del Servicio de Transfusion: Dra Geraldine Solis Echeverria Numero Licencia Sanitaria del Servicio de Transfusion: 12-TS-14-053-001	
Secretaria de Salud Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea Av Zouquen 1050 Edificio D Col Seattle CP 45170 Zapopan Jalisco, México TelMoro 36 36 76 67 y 36 56 46 08	





EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Educación para la salud.	Lunes a domingo	7:30 a 11:30 hrs.	10 a 15 minutos aproximadamente	Gratuito.

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Acudir al módulo de medicina preventiva en el horario establecido.
- Presentar **cartilla de la mujer**.
- Presentar **póliza** del seguro popular.
- Presentar **tarjeta de citas** (del centro de salud o del hospital).

Descripción del Servicio

1. Preséntate en el módulo de medicina preventiva en el horario establecido.
2. Presta atención a la exposición con interés.
3. Preguntas las dudas que te puedan quedar sobre el tema expuesto y te aclararán las mismas.

Resultados Esperados

- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas.*
- *Educación para la salud.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en general.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina preventiva.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



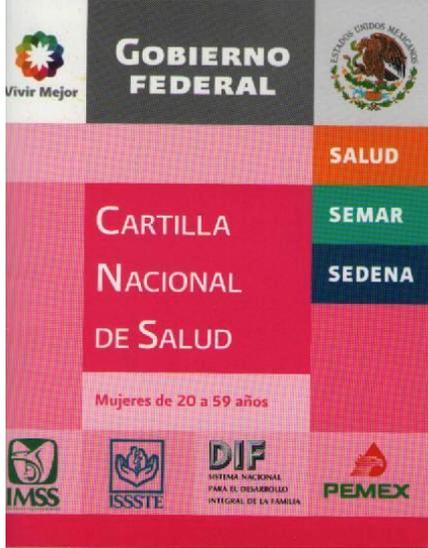
Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Retroalimentación para la aclaración de dudas de los usuarios.



Formatos

Cartilla de la Mujer



Tarjeta de Citas

Secretaría de Salud GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO					
SECRETARIA DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL LA BARCA TARJETA DE CITAS					
APELLIDO PATERNO: _____					
APELLIDO MATERNO: _____					
NOMBRE: _____					
FECHA DE NACIMIENTO: _____					
DIRECCION:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
Folios Seguro Popular: _____					
<table border="1"> <tr> <th>NÚM DE EXPEDIENTE</th> <th>CLASIF. TRABAJO SOCIAL</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	NÚM DE EXPEDIENTE	CLASIF. TRABAJO SOCIAL			
NÚM DE EXPEDIENTE	CLASIF. TRABAJO SOCIAL				

Póliza





DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO (PAPANICOLAOU)

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Detección oportuna de cáncer cérvico uterino.(Papanicolaou)	Lunes a domingo	11:00 a 15:00 hrs.	30 a 40 minutos aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar Atención

- Presentarse al módulo de medicina preventiva en el horario establecido.
- Presentarse con adecuado aseo.
- Presentar identificación oficial.
- No estar embarazada o en periodo menstrual.
- No haber tenido relaciones sexuales 3 días antes.
- No tener algún tratamiento con óvulos.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de medicina preventiva con **identificación oficial** vigente.
2. Entrega identificación a la enfermera del servicio y espera a que lo llamen.
3. Ingresa al consultorio y responde las preguntas de la entrevista.
4. Sigue las indicaciones para la realización del examen del Papanicolaou.
5. Envían las muestras para su análisis a la región sanitaria, reciben los resultados y te notifican cuando puedes acudir a recogerlos.
6. Recoge resultados en la fecha indicada.

Resultados Esperados

- *Detención oportuna del cáncer cérvico uterino y enfermedades de transmisión sexual.*
- *Educación para la salud.*
- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Mujeres con vida sexual activa
- Mujeres mayores de 25 años.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina preventiva.



Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Toma de muestra de acuerdo a los estándares de calidad para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y enfermedades de transmisión sexual.
- Información al usuario para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx



DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Detección oportuna de cáncer de mama.	Lunes a domingo	11:00 a 15:00 hrs.	20 a 30 minutos aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar Atención

- Presentarse al módulo de medicina preventiva en el horario establecido.
- Presentarse con adecuado aseo.
- Presentar **identificación oficial** vigente.
- No estar en periodo menstrual.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de medicina preventiva con **identificación oficial** vigente.
2. Entrega **identificación** a la enfermera del servicio y espera a que te llamen.
3. Ingresa al consultorio, contesta las preguntas de la entrevista.
4. Sigue las indicaciones para la realización de la exploración de la mama.
5. Envían los resultados con el especialista y te informan sacar cita con el ginecólogo.
6. Programa cita a consulta externa con el ginecólogo para recoger los resultados del estudio.

Resultados Esperados

- *Detención oportuna del cáncer de mama.*
- *Educación para la salud.*
- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Mujeres con vida sexual activa
- Mujeres mayores de 25 años.
- Factores de Riesgo (antecedentes con familiares con cáncer etc.).

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina Preventiva.



Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Realización del estudio de acuerdo a los estándares de calidad para la detección oportuna del cáncer de mama.
- Información al usuario para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx



TOMA DE TAMIZ METABÓLICO

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Toma de tamiz metabólico	Lunes a viernes Sábado, domingo y días festivos	09:00 a 15:00 hrs. 10 a 19:00 hrs	20 minutos aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Contar el bebe de nacido con 72 horas y antes de 5 días de nacido.
- Presentarse al módulo de medicina preventiva con el recién nacido en el horario establecido.
- Traer la **cartilla nacional de salud** (en caso de contar con ella).

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de medicina preventiva con la **cartilla nacional de salud**, y copia del **certificado de nacimiento**.
2. Entrega la **cartilla nacional de salud** y copia del **certificado de nacimiento** y espera a que te llamen.
3. Ingresar al consultorio para que le realicen la toma para el estudio al recién nacido.
4. Envían la muestra a la región sanitaria para su análisis y en caso de que el resultado resulte positivo se comunicarán contigo.

Resultados Esperados

- *Detección oportuna de enfermedades metabólicas.*
- *Educación para la salud.*
- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas.*

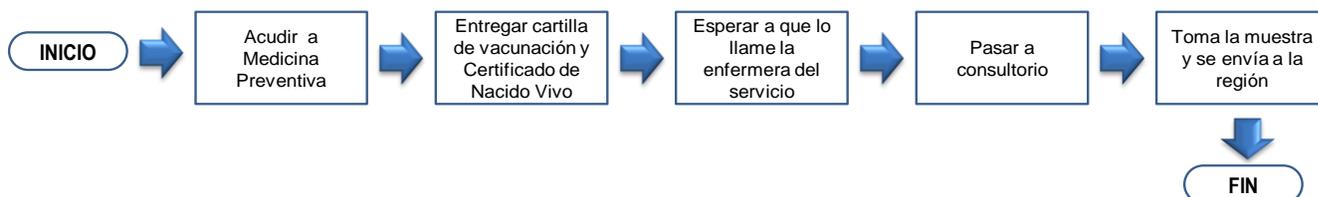
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Recién nacido con 72 horas de nacimiento o recién nacido no mayor a 5 días.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina Preventiva.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



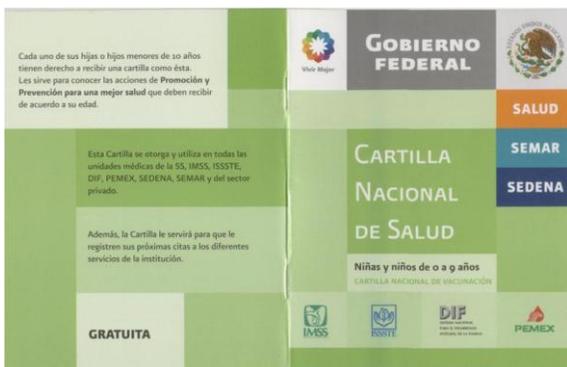


Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Toma de tamiz metabólico de acuerdo a los estándares de calidad.
- Información al familiar para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Cartilla nacional de salud



Certificado de nacimiento

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FORMA 2015
FOLIO

1. NOMBRE: Nombre (SI) Apellido paterno Apellido materno

2. CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)

3. LUGAR DE NACIMIENTO: 3.1 Municipio o delegación 3.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)

4. ESTADO CIVIL: 4.1 En unión libre 4.2 Separado 4.3 Divorciado 4.4 Viudo 4.5 Casado 4.6 Soltero 4.7 Se ignora

5. FECHA DE NACIMIENTO: 5.1 Día 5.2 Mes 5.3 Año

6. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 6.1 Calle y número 6.2 Colonia 6.3 Localidad 6.4 Sección 6.5 Municipio o delegación 6.6 Estado federativo o país (si reside en el extranjero)

7. NÚMERO DE EMBARAZOS (antes y actuales) 8. NÚMERO DE NIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS)

8.1 Nacidos (as) vivos (as) 8.2 Fallecidos (as) 8.3 Abortos (as) 8.4 Si el niño (a) murió (a) 8.5 Sexo (a) 8.6 Fecha de nacimiento del hijo (a) (indique el año)

9. ORDEN DEL NACIMIENTO: 9.1 Orden de nacimiento 9.2 Si es hijo (a) de matrimonio 9.3 Si es hijo (a) de unión libre 9.4 Si es hijo (a) de madre soltera 9.5 Si es hijo (a) de madre en unión libre 9.6 Si es hijo (a) de madre separada 9.7 Si es hijo (a) de madre divorciada 9.8 Si es hijo (a) de madre viuda 9.9 Si es hijo (a) de madre soltera

10. ATENCIÓN PRENATAL: 10.1 Si recibió atención prenatal 10.2 Si no recibió atención prenatal 10.3 Si recibió atención prenatal en un hospital 10.4 Si recibió atención prenatal en un consultorio 10.5 Si recibió atención prenatal en un centro de salud 10.6 Si recibió atención prenatal en otro lugar

11. ¿VIVE LA MADRE? 11.1 Sí 11.2 No 11.3 Si no vive, indique el nombre de la familia de la madre

12. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 12.1 Sí 12.2 No 12.3 Si no, indique el motivo

13. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 13.1 Sí 13.2 No 13.3 Si no, indique el motivo

14. ESCOLARIDAD: 14.1 Primaria completa 14.2 Primaria incompleta 14.3 Secundaria completa 14.4 Secundaria incompleta 14.5 Bachillerato o preparatoria completa 14.6 Bachillerato o preparatoria incompleta 14.7 Profesional 14.8 Si ignora

15. OCUPACIÓN HABITUAL: 15.1 Si ignora 15.2 Si no, indique la ocupación

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 16.1 Fecha 16.2 Hora

17. SEXO: 17.1 Hombre 17.2 Mujer

18. EDAO GESTACIONAL: 18.1 Siempre 18.2 Si no, indique la edad gestacional

19. TALLA: 19.1 Centímetros 19.2 Peso al nacer: 19.3 Kilogramos 19.4 Pesar (a los cinco minutos): 19.5 Silberman (a los cinco minutos)

20. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 20.1 Sí 20.2 No 20.3 Si no, indique el motivo

21. TAMIZ NEONATAL: 21.1 Sí 21.2 No 21.3 Si no, indique el motivo

22. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: 22.1 Sí 22.2 No 22.3 Si no, indique el motivo

23. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: 23.1 Sí 23.2 No 23.3 Si no, indique el motivo

24. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: 24.1 Piel normal 24.2 Cesárea 24.3 Fórceps 24.4 Otro 24.5 Especificar

25. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: 25.1 Secretaría de Salud 25.2 ISSSTE 25.3 SEDENA 25.4 SEMAR 25.5 SEDENA 25.6 SEDENA 25.7 Otro 25.8 Si no, indique el motivo

26. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: 26.1 Médico 26.2 Enfermero 26.3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 26.4 Partera 26.5 Otro 26.6 Si no, indique el motivo

27. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 27.1 Calle y número 27.2 Colonia 27.3 Localidad 27.4 Sección 27.5 Municipio o delegación 27.6 Entidad federativa

28. NOMBRE: 28.1 Nombre (SI) 28.2 Apellido paterno 28.3 Apellido materno

29. CERTIFICADO POR: 29.1 Médico 29.2 Médico general 29.3 Médico 29.4 Enfermero 29.5 Autorizado por la Secretaría de Salud 29.6 Partera 29.7 Autorizado por la Secretaría de Salud 29.8 Otro 29.9 Si no, indique el motivo

30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 30.1 Sí 30.2 No 30.3 Si no, indique el motivo

31. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ? 31.1 Nombre de la unidad médica 31.2 Número de la unidad médica 31.3 Clase Única de Establecimiento de Salud (CUES)

32. DOMICILIO Y TELÉFONO: 32.1 Calle y número 32.2 Colonia 32.3 Localidad 32.4 Sección 32.5 Municipio o delegación 32.6 Entidad federativa

33. FIRMA: 33.1 Calle y número 33.2 Colonia 33.3 Localidad 33.4 Sección 33.5 Municipio o delegación 33.6 Entidad federativa

34. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 34.1 Día 34.2 Mes 34.3 Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL.



VALORACIONES DE EMISIONES OTACÚSTICAS EN RECIÉN NACIDOS (TAMIZ AUDITIVO)

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Valoraciones de emisiones otacústicas en recién nacidos (tamiz auditivo)	Lunes a Viernes	8:00 a 14:00 hrs.	15 minutos aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Presentarse al módulo de Jefatura de Enfermería en el horario establecido.
- Traer la **cartilla nacional de salud** y **copia del certificado de nacimiento**.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de Jefatura de Enfermería con la **cartilla nacional de salud** y copia del **certificado de nacimiento**.
2. Entrega la **cartilla nacional de salud** y copia del **certificado de nacimiento** a la enfermera del servicio y esperar a que te llamen.
3. Ingresa al consultorio para que le realicen el estudio al recién nacido.
4. Recoge los resultados del estudio que le realizaron al recién nacido y en caso de que el estudio sea positivo agenda nueva cita para segunda toma.

Resultados Esperados

- *Detección oportuna de enfermedades auditivas.*
- *Educación para la salud.*
- *Aclaración de dudas.*

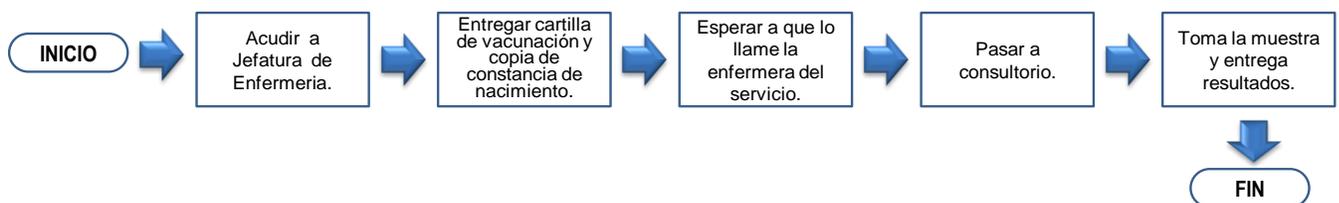
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Niños menores de 45 días.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina Preventiva.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Toma de tamiz auditivo de acuerdo a los estándares de calidad.
- Información al familiar para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Cartilla nacional de salud



Certificado de nacimiento

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FORMA 1001
FOLIO

1. NOMBRE: Nombre (SI), Apellido paterno, Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP)

2. LUGAR DE NACIMIENTO: 2.1 Municipio o delegación, 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)

3. FECHA DE NACIMIENTO: 3.1 Día, 3.2 Mes, 3.3 Año

4. ESTADO CIVIL: 4.1 Soltero, 4.2 Casado, 4.3 Viudo, 4.4 Divorciado, 4.5 Separado, 4.6 Otro

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: 5.1 Calle y número, 5.2 Colonia, 5.3 Localidad, 5.4 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (PREGROSOS) Y NÚMERO DE NIÑOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS)

7. EL LLAORO DEL ANTERIOR NACIDO: 7.1 Vivos (SI) 7.2 Fallecido (SI) 7.3 Fallecido (NO)

8. EL TIPO DE NACIMIENTO: 8.1 Parto normal, 8.2 Cesárea, 8.3 Parto de emergencia, 8.4 Otro

9. ORDEN DEL NACIMIENTO: 9.1 Orden de nacimiento, 9.2 Orden de inscripción

10. ATENCIÓN PRENATAL: 10.1 Sí, 10.2 No

11. ¿VIVE LA MADRE?: 11.1 Sí, 11.2 No

12. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: 12.1 IMSS, 12.2 SEDENA, 12.3 SEMAR, 12.4 IMSS Cooperativista, 12.5 Otro

13. ESCOLARIDAD: 13.1 Primaria completa, 13.2 Secundaria completa, 13.3 Bachillerato o preparatoria incompleta, 13.4 Profesional, 13.5 Otro

14. OCUPACIÓN HABITUAL: 14.1 Ocupación, 14.2 Sin ocupación

15. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 15.1 Fecha, 15.2 Hora

16. SEXO: 16.1 Hombre, 16.2 Mujer

17. EDAD GESTACIONAL: 17.1 Semanas, 17.2 Días

18. TALLA: 18.1 Centímetros, 18.2 Pulgadas

19. PESO AL NACER: 19.1 Kilogramos, 19.2 Libras

20. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: 20.1 Sí, 20.2 No

21. TAMAÑO NEONATAL: 21.1 Menor de 3 kg, 21.2 Entre 3 y 4 kg, 21.3 Mayor de 4 kg

22. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: 22.1 Único, 22.2 Gemelos, 22.3 Otros

23. ANOMALIAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO

24. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: 24.1 Parto normal, 24.2 Cesárea, 24.3 Fijación, 24.4 Equitativa

25. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: 25.1 Hospital, 25.2 Clínica, 25.3 Centro de salud, 25.4 Otro

26. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: 26.1 Médico, 26.2 Enfermera, 26.3 Partera, 26.4 Otro

27. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 27.1 Calle y número, 27.2 Colonia, 27.3 Localidad, 27.4 Teléfono

28. NOMBRE DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO: 28.1 Nombre (SI), 28.2 Municipio o delegación, 28.3 Entidad federativa

29. CERTIFICADO POR: 29.1 Médico, 29.2 Enfermera, 29.3 Partera, 29.4 Otro

30. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 30.1 Sí, 30.2 No

31. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUAL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?: 31.1 Hospital, 31.2 Clínica, 31.3 Otro

32. DOMICILIO Y TELÉFONO: 32.1 Calle y número, 32.2 Colonia, 32.3 Localidad, 32.4 Teléfono

33. FIRMA: 33.1 Calle y número, 33.2 Colonia, 33.3 Localidad, 33.4 Teléfono

34. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 34.1 Día, 34.2 Mes, 34.3 Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO

HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE

FIRMA DE LA MADRE

SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ

ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICINA DEL REGISTRO CIVIL.



VACUNACIÓN

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Vacunación.	Lunes a viernes	09:00 a 14:00 hrs.	15 a 20 minutos por vacuna aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Presentarse al módulo de medicina preventiva en el horario establecido.
- Traer la cartilla nacional de vacunación en caso de contar con ella.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de medicina preventiva con la **cartilla nacional de salud** (en caso de contar con ella).
2. Entrega la cartilla a la enfermera del servicio y esperar a que te llamen.
3. Pasa a sala de espera para que te tomen el peso y talla.
4. Ingresa al consultorio para que te apliquen el biológico y te entreguen la cartilla nacional de vacunación.

Resultados Esperados

- *Esquema completo de vacunación*
- *Educación para la salud.*
- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas*

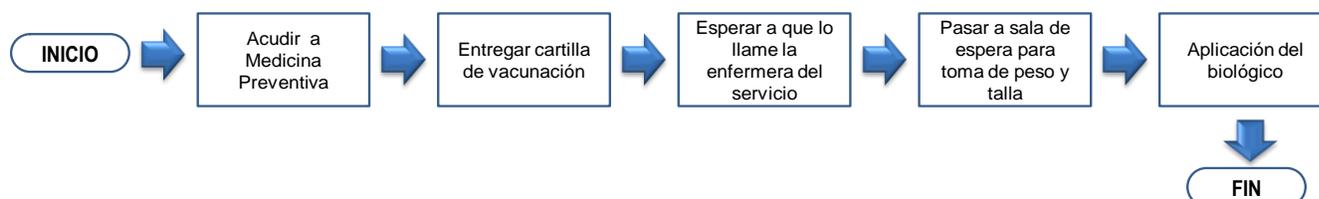
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en General

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina Preventiva.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Aplicación de vacuna de acuerdo a los estándares de calidad para aplicación de biológico.
- Información al usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar



Formatos

Cartilla nacional de salud





MEDICINA PREVENTIVA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas "Detección de Diabetes Mellitus"	Lunes a viernes	08:00 a 09:00 hrs.	15 minutos aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar Atención

- Presentarse al modulo de medicina preventiva en el horario establecido
- Presentar **identificación oficial** y **cartilla nacional de salud**.
- Presentarse en ayunas (sin ningún alimento previo).

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de medicina preventiva con **identificación oficial** vigente y **cartilla nacional de salud**.
2. Preséntate en el servicio de medicina preventiva en ayunas (sin ningún alimento previo).
3. Ingresa al consultorio y responde las preguntas de la entrevista.
4. Sigue las indicaciones para la realización del examen de detección de diabetes mellitus.
5. Entrega los resultados del examen.

Resultados Esperados

- *Detención oportuna de diabetes mellitus.*
- *Educación para la salud.*
- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas.*

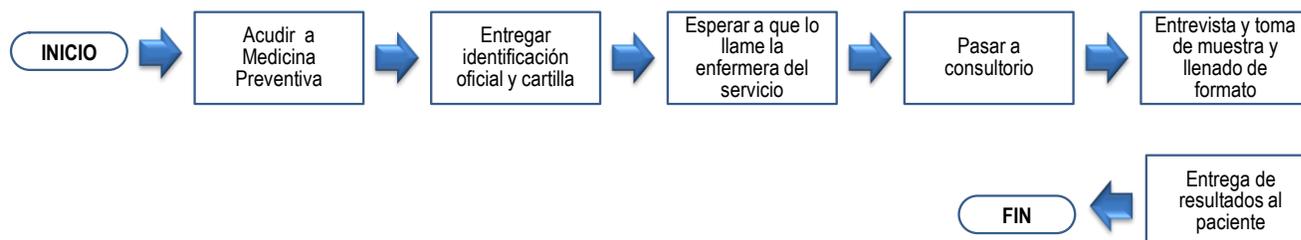
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en general.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina Preventiva.

Descripción del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Toma de muestra de acuerdo a los estándares de calidad para la detección oportuna de diabetes mellitus.
- Información al usuario para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Identificación oficial



www.ife.gov.mx

Cartilla nacional de salud



Fuente:



MEDICINA PREVENTIVA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas "Detección de Hipertensión Arterial"	Lunes a viernes	08:00 a 16:00 hrs.	15 minutos aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar Atención

- Presentarse al módulo de medicina preventiva en el horario establecido.
- Contar con la **cartilla nacional de salud**.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de medicina preventiva con **cartilla nacional de salud**.
2. Entrega la cartilla nacional de salud a la enfermera del servicio y espera a que te llamen.
3. Pasa a sala de espera para que te tomen peso y talla.
4. Ingresa al consultorio para la toma de presión arterial.
5. Ingresa al consultorio y responde las preguntas de la entrevista.
6. Sigue las indicaciones para la realización de la toma de presión arterial.
7. Recibe los resultados del examen.

Resultados Esperados

- *Detención oportuna de hipertensión arterial.*
- *Educación para la salud.*
- *Suscitar acciones encaminadas a la prevención de enfermedades.*
- *Aclaración de dudas.*

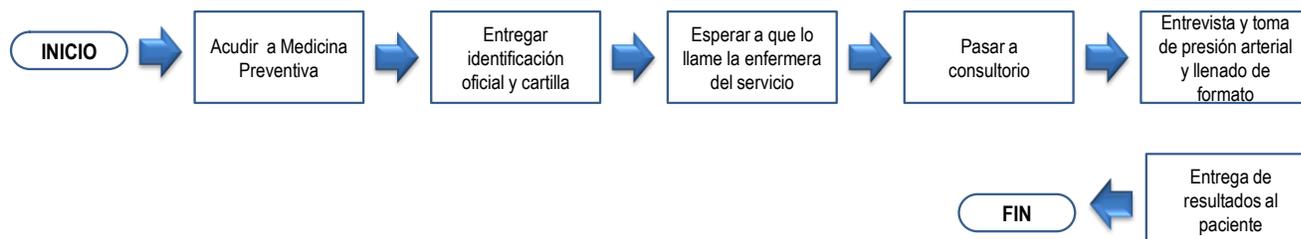
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en general.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Medicina Preventiva.

Descripción del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





Características del Servicio

- Atención cuidando siempre la privacidad y decoro del usuario.
- Toma de muestra de acuerdo a los estándares de calidad para la detección oportuna de hipertensión arterial
- Información al usuario para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Cartilla nacional de salud





SEGURO POPULAR

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Afiliación	Lunes a viernes	8:00 a 21:00 hrs.	15 a 20 minutos aproximadamente	Gratuito
Reafiliación	Sábado, domingo y días festivos	8:00 a 20:00 hrs.		

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Presentarse al módulo de atención y orientación en el horario establecido.
- Traer original y copia simple de **identificación oficial** del titular
- Presentar original y copia simple de **comprobante de domicilio** reciente (no mayor a 3 meses).
- Traer original y copia simple de **clave única de registro de población (CURP)** de cada uno de los miembros de la familia (en caso de contar con ella) o **acta de nacimiento**.
- Y, de ser el caso, original y copia simple del **comprobante de estudios** de los hijos y/o representados solteros de entre dieciocho y veinticinco años de edad, y **comprobante de ser beneficiario de algún programa de apoyo o subsidio** del gobierno federal o de pertenencia a una colectividad.

Nota: en caso de reafiliación debe presentar además su **póliza de afiliación** vencida o por vencerse o documento que lo acredite como beneficiario del sistema.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de atención y orientación con la **identificación oficial** (en caso de contar con ella) o **acta de nacimiento, comprobante de domicilio, clave única de registro de población (CURP)**.
2. Entrega la documentación al encargado del módulo y solicita el registro en el régimen de protección social en salud.
3. Elabora examen socioeconómico y determina si el usuario queda inscrito en el régimen contributivo o no contributivo.
4. Realiza aportación por concepto de cuota familiar (sólo si ha quedado inscrito en el régimen contributivo) y emite recibo de pago.
5. Ingresa la información al sistema, registra las huellas dactilares de los beneficiarios del régimen, imprime la **póliza de afiliación** y solicita la firma del titular.
6. Integra expediente, entrega **póliza de afiliación** con fecha de vigencia de derechos que le corresponda y carta de derechos y obligaciones y, en su caso, entrega el recibo de pago.

Resultados Esperados

- *Incorporación del solicitante y su familia al régimen de protección social en salud.*
- *Proporcionar los beneficios a los que tienen derecho los afiliados al régimen de protección social en salud, de acuerdo al catálogo de CAUSES.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

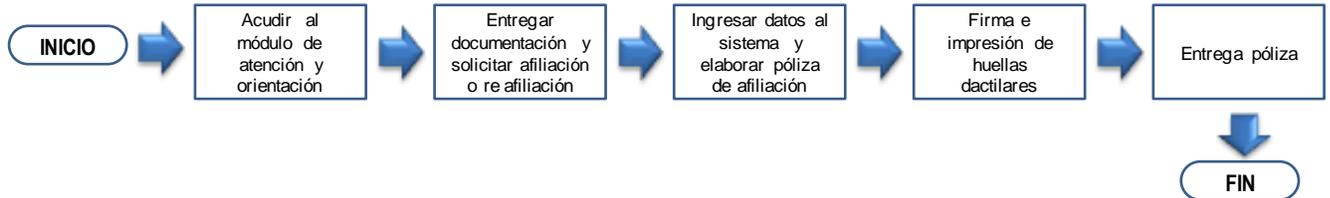
- Población en general que no cuente con seguridad social.



Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Módulo de atención y orientación.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Información al usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Póliza de afiliación

Clave única de registro de población (CURP)

Fuente: <http://consultarcurpgratis.blogspot.mx/>



SEGURO POPULAR

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Gestión médica seguro popular	Lunes a viernes	8:00 a 16:00 hrs.	30 minutos aproximadamente	Gratuito

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Presentarse al módulo de atención y orientación para solicitar atención sobre algún trámite para solicitar un servicio del hospital.
- Traer **póliza de afiliación** vigente.
- Presentar **identificación oficial** vigente, en caso de estar afiliado al seguro popular en otro estado de la república.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de atención y orientación, lleva tu **póliza de afiliación** vigente; en caso de estar afiliado al seguro popular en otra entidad federativa, debes presentar además **identificación oficial** vigente.
2. Te solicitan tu póliza y verifican la vigencia, te entregan el **recibo de vigencia** (de contar con la misma).
3. Acude al área del hospital a la cual se solicitará el servicio de atención médica, en caso de que te indiquen que no pueden prestarte el servicio debes acudir con el gestor médico.
4. El gestor médico te entregará hoja de **referencia** y te indicará los lugares a los que puedes acudir para que te otorguen el servicio.
5. Acude a la institución señalada por el gestor médico con el hoja de referencia y solicita el servicio requerido.

Resultados Esperados

- *Brindar la atención médica integral y autorizar los auxiliares diagnósticos necesarios a los afiliados al régimen de protección social en salud, de acuerdo al catálogo de CAUSES, en la unidad de salud que se le atiende o en otra unidad.*

Quienes son los Usuarios del Servicio

- Población afiliada al régimen de protección social en salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Módulo de atención y orientación.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





Características del Servicio

- Información al usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Póliza de afiliación

PÓLIZA DE AFILIACIÓN
COMISIÓN NACIONAL DE PROFESIÓN SOCIAL EN SALUD

VALIDEZ DE LA PÓLIZA: 31 Feb 2014 al 31 Ene 2014
MES DE RENOVACIÓN: Enero 2014

POLIZO: 14707192
FECHA DE EMISIÓN: 28 Feb 2015 12:55:16 PM

CENTRO DE SALUD: Programa Social OPORTUNIDADES
MÓDULO: HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA

DATOS DEL TITULAR		AFILIACIÓN FAMILIAR	
Nombre:		Apellido:	
CURP:		Registro:	
Domicilio:			

RELACION DE BENEFICIARIOS

Perfil Integrante	Nombre	Sexo	Fecha Nacimiento	Parentesco

ESTO PÓLIZA AMPLIA LOS SERVICIOS Y MEDICAMENTOS DEL CATALOGO GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD Y DEL FONDO DE PROFESION SOCIAL CONTRA ENFERMEDADES.

LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA SECCION DE DATOS DEL TITULAR DEBE SER VERIFICADA ANTES DE LA EMISION DE LA PÓLIZA PARA EVITAR LA EMISION DE UNA PÓLIZA SIN VALOR. LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA SECCION DE DATOS DEL TITULAR DEBE SER VERIFICADA ANTES DE LA EMISION DE LA PÓLIZA PARA EVITAR LA EMISION DE UNA PÓLIZA SIN VALOR.

SIEMPRE LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA SECCION DE DATOS DEL TITULAR DEBE SER VERIFICADA ANTES DE LA EMISION DE LA PÓLIZA PARA EVITAR LA EMISION DE UNA PÓLIZA SIN VALOR.

SIEMPRE LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA SECCION DE DATOS DEL TITULAR DEBE SER VERIFICADA ANTES DE LA EMISION DE LA PÓLIZA PARA EVITAR LA EMISION DE UNA PÓLIZA SIN VALOR.

SIEMPRE LA VALIDEZ DE LA INFORMACION DE LA SECCION DE DATOS DEL TITULAR DEBE SER VERIFICADA ANTES DE LA EMISION DE LA PÓLIZA PARA EVITAR LA EMISION DE UNA PÓLIZA SIN VALOR.

Hoja de referencia

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES

FECHA DE REFERENCIA: _____ Nº DE CONTROL: _____ SEXO: _____ AÑO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCION DEL PACIENTE: CALLE _____ LOCALIDAD/COLONIA _____ MUNICIPIO _____

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____ URGENTE: _____

UNIDAD A LA QUE SE REFERE: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
HOJA DE REFERENCIA

NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ SEXO: _____

NUMERO DE EXPEDIENTE: _____

UNIDAD QUE REFERE: _____

UNIDAD A LA QUE SE REFERE: _____

DIRECCION AL QUE SE REFERE: CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA _____

NOTA DE LA REFERENCIA: RESUMEN CLINICO DEL PACIENTE: _____

SIGNOS VITALES				SINCRONOMETRIA	
TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA	PESO	TALLA
	°C	X	X	Kg	Cm

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFERE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFERE

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx



SEGURO POPULAR

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Orientación e información	Lunes a viernes	8:00 a 21:00 hrs.	15 minutos aproximadamente	Gratuito
Atención y seguimiento de quejas, sugerencias y felicitaciones	Sábado, domingo y días festivos	8:00 a 20:00 hrs.		

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Solicitar información sobre algún trámite o servicio o llenar **formato único de quejas, sugerencias y reconocimientos**.

Descripción del Servicio

- Preséntate al módulo de atención y orientación.
- Pide orientación o información sobre algún trámite para solicitar un servicio del hospital o bien para poner una queja, sugerencia o reconocimiento.
- Proporcionan orientación y asesoría sobre los mecanismos a seguir para obtener los servicios médicos requeridos de acuerdo a carteras vigentes o bien indican la ubicación de los formatos y el buzón para que pongas tu queja, sugerencia o recomendación.
- Tratándose de una queja, sugerencia o reconocimiento, llena **formato único de quejas, sugerencias y recomendaciones** y deposítalo en el buzón.
- Se le da el debido seguimiento a la queja o sugerencia.

Resultados Esperados

- Brindar la atención orientación e información a los afiliados al régimen de protección social en salud, sobre los mecanismos a seguir para obtener los servicios médicos requeridos de acuerdo a carteras vigentes, sobre el sistema de protección social en salud y para la atención y seguimiento de quejas, sugerencias y reconocimientos.*

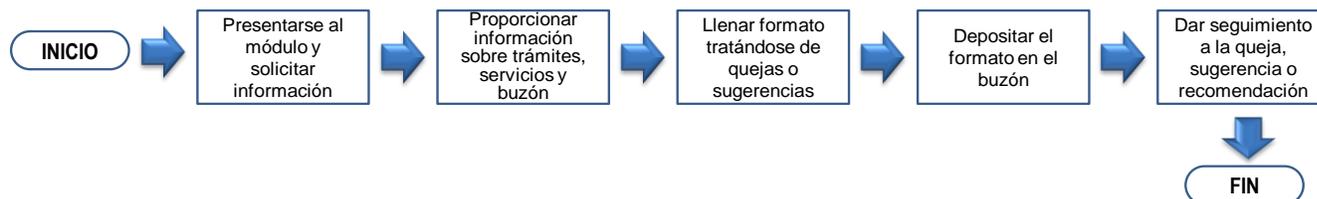
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población afiliada al régimen de protección social en salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Módulo de atención y orientación.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



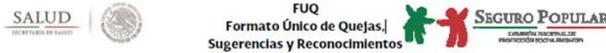


Características del Servicio

- Información al usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Formato único de quejas, sugerencias y reconocimientos



Datos generales

En caso de ser beneficiario, anote su número de folio:

Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

Domicilio:

Calle No. Exterior No. Interior Colonia

C.P. Entidad federativa Delegación o municipio

Teléfono: 01 () Correo electrónico: @

Usted es:

Titular Beneficiario No Beneficiario

Desea presentar:

Queja contra servicios Denuncia contra servidor público Sugerencia Reconocimiento

En caso de queja o denuncia favor de aportar la siguiente información.

Proporcione los siguientes datos de el (los) servidor (es) público (s) que lo atendió:

Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

Cargo que desempeña

Lugar y fecha donde fue atendido (a)

En caso de no contar con la información anterior, favor de describir los rasgos físicos (Por ejemplo: sexo, compleción, color de tez, cabello, ojos, nariz, boca, estatura, etc.) de el (los) servidor (es) público (s), a fin de que permita su pronta identificación.

En caso de queja o denuncia, favor de narrar los hechos de forma concreta y en la secuencia en que ocurrieron, procurando aportar la mayor información posible, como fecha, hora, lugar, etc.

De igual forma, podrá utilizar este espacio para describir su sugerencia o reconocimiento.

La información proporcionada será tratada de forma confidencial. Sabedor de las penas a que se hacen acreedores quienes declaran falsamente ante autoridades distintas a la judicial, manifiesto bajo protesta de decir verdad que los datos contenidos en el presente formato son ciertos y verdaderos.

Nombre, firma o huella digital.

Área exclusiva para el llenado del personal del Seguro Popular

Atendido por: (Nombre completo) Cargo:

Turnado a: (Nombre completo) Cargo:

Observaciones:

Respuesta:

ANVERSO

REVERSO



SEGURO POPULAR

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Reembolso	Lunes a viernes	8:00 a 21:00 hrs.	15 minutos aproximadamente	Gratuito
	Sabado, Domingos y días festivos	8:00 a 20:00 hrs.		

Nota: Actualmente como no existen servicios subrogados para el pago de los estudios de gabinete y material de osteosíntesis cubiertos por seguro popular, se realiza trámite de reembolso para la reintegración al afiliado del gasto que conlleva éste servicio; así como de medicamentos dentro de cuadro.

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Presentar 1 copias de su **póliza de afiliación**.
- Traer 1 copias de la **solicitud de estudio o solicitud de material**.
- Presentar 1 copias de **resultados de estudio o alta del paciente** (según sea el caso).
- Traer 1 copias de la **identificación oficial**.
- Presentar original y copia de **un escrito** donde relata lo acontecido y solicita el reembolso.
- Traer original y copia de la **factura**, la cual debe ser solicitada al proveedor del servicio con los datos fiscales del REPSS Jalisco.
- Traer las **radiografías**, en caso de tratarse de material de osteosíntesis.

Descripción del Servicio

1. Preséntate al módulo de atención y orientación a solicitar el reembolso y entrega **póliza de afiliación, solicitud de estudio o solicitud de material, resultados de estudio o alta del paciente** (según sea el caso), **identificación oficial, factura, radiografías**, en caso de tratarse de material de osteosíntesis y escrito donde relata lo acontecido y solicita el reembolso.
2. Recibe los documentos, revisa que sean los requeridos de acuerdo a lo estipulado por el catálogo CAUSES, llena **formato único de reembolso**, desprende **comprobante** y entrega al usuarios indicándole que se le llamará cuando el cheque esté listo.
3. Elabora oficio para el director en donde se especifique lo ocurrido y los datos del usuario, entrega a recursos financieros para que se procese el pago.
4. Realiza el trámite para el pago de la factura, llama al usuario para que acuda a recoger el cheque.
5. Acude en la fecha asignada con **comprobante, identificación oficial** con fotografía vigente, te entregan a firmar carta responsiva y te entregan cheque, indicándote que tiene 3 meses para cobrarlo.

Resultados Esperados

- *Pagar a los afiliados al régimen de protección social en salud, el dinero que tuvieron que desembolsar por el pago de servicios que cubre el seguro popular.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

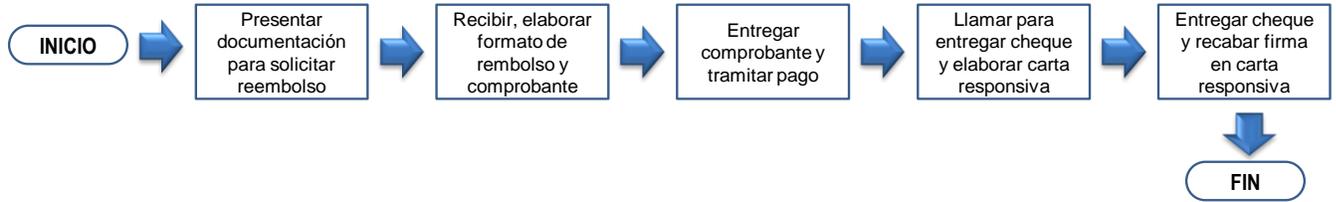
- Población afiliada al régimen de protección social en salud.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Módulo de atención y orientación.



Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Información al usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Póliza de afiliación

Formato único de reembolso

Comprobante



ENTREGA DE CERTIFICADOS

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Entrega de certificado de defunción	Lunes a domingo	24 hrs.	10 minutos	Gratuito

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Que el fallecido haya muerto en el hospital, en su casa u otra institución de salud.
- Presentar **receta membretada** del médico que certifica la muerte con la solicitud del certificado, datos del fallecido, diagnóstico, nombre, domicilio y edad.

Descripción del Servicio

1. Tener un familiar que falleció en el hospital, en su casa u otra institución y que un médico certifique la muerte y solicite el certificado.
2. Solicita a supervisión de enfermería el certificado de defunción.
3. Presenta **receta membretada** con nombre, diagnóstico, edad, domicilio del fallecido, solicitud del certificado y firma del médico.
4. Verifica receta membretada, entrega certificado de defunción, al familiar y solicita que entregue al médico tratante para su llenado y regrese a entregar copia del certificado una vez lleno.
5. *En caso de que el fallecimiento haya ocurrido fuera del hospital o haya sido por accidente o violencia debes avisar al ministerio público y éste entregará el certificado de defunción.*
6. *Entrega copia del certificado de defunción lleno, reciben y archivan.*

Resultados Esperados

- Tener un documento oficial de carácter individual e intransferible que certifica la muerte de la persona.
- Contar con un documento indispensable para tramitar el acta de defunción y servicios funerarios.

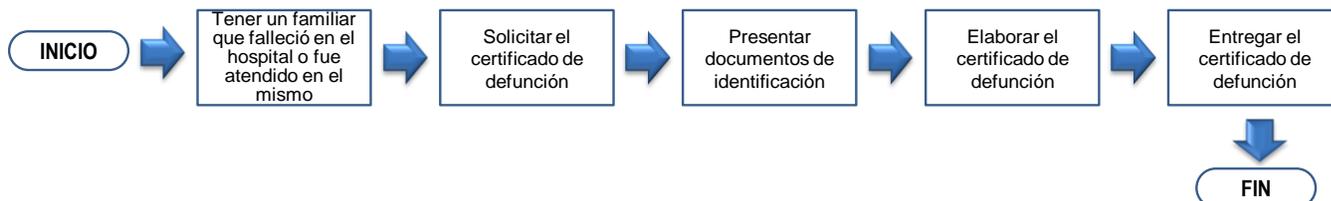
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en general.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Supervisión de enfermería.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





ENTREGA DE CERTIFICADOS

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Entrega de certificado de muerte fetal	Lunes a domingo	24 hrs.	Variable	Gratuito

Nota: si el feto tiene trece o más semanas de gestación, contadas a partir del primer día de la última regla (ver Ley General de Salud, art. 314) y el familiar desea inhumar o incinerar el feto debe solicitar el **certificado de muerte fetal**, el **acta de defunción** y realizar los trámites funerarios.

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Que haya ocurrido la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre y comprobado por el certificante, en el hospital.
- Presentar **identificación oficial** con fotografía de la madre.

Descripción del Servicio

1. Haber ocurrido la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre y comprobado por el certificante, en el hospital.
2. Solicita al médico tratante el certificado de muerte fetal.
3. Presenta **identificación oficial** con fotografía de la madre.
4. Verifica documentación oficial, llena certificado de muerte fetal, entrega al familiar y solicita verifique su correcto llenado.
5. Recibe el certificado de muerte fetal, revisa cuidadosamente que todos los datos sean correctos y que coincidan con la identificación oficial.
6. Entrega el **certificado de muerte fetal** el original y dos copias.

Resultados Esperados

- Tener un documento oficial de carácter individual e intransferible que certifica la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre.
- Contar con un documento indispensable para realizar los trámites de inhumación o cremación.

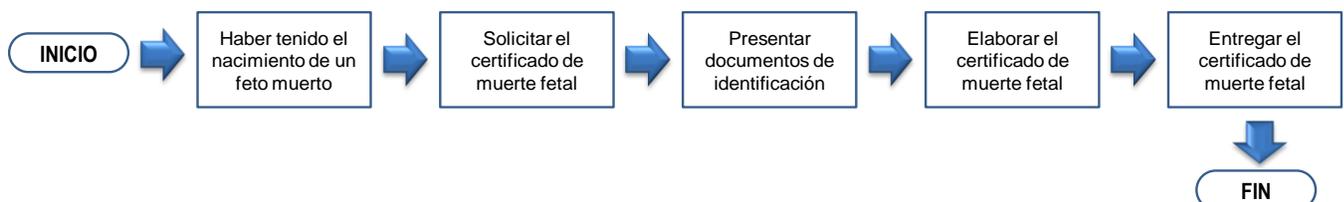
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en general.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Trabajo social, enfermería y área médica.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





Características del Servicio

- Información al usuario y/o familiar de la importancia de contar con el documento para realizar trámites de sepultura o incineración.

Formatos

Identificación oficial



Fuente: www.ife.gob.mx

Certificado de muerte fetal

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(LLENÉSE INDEPENDIENTEMENTE DE LAS SEMANAS DE GESTACIÓN)

Modelo 2014 FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. SEXO: Masculino Femenino 2. EDAD GESTACIONAL: Semanas Días 3. PESO: Kilogramos Gramos 4. DE UN EMBARAZO: Único Segundo Tercer o más 5. ATENCIÓN PRENATAL: Si No 5.1 Total de consultas: 5.2 Última semana prenatal recibida:

6. ESTE EMBARAZO FUE: Planificado No planificado 7. LA MUERTE FETAL OCURRIÓ: Antes del parto Durante el parto Después del parto 8. FECHA Y HORA DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Día Mes Año Hora Minutos 9. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Calle y número Colonia Ciudad Municipio y delegación Entidad federativa

10. SITIO DE LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Hospital MISI PEMEX SEMAR Unidad hospitalaria propia BARRIO: Comunitarias ISSTE SEDENA Otra unidad o edificio 10.1 Número de la unidad médica 10.2 Clase (Una de las designaciones de Salud OLS) 10.3 Si se trata de un aborto ESTE FUE: Inducido Espontáneo 11. ¿QUÉ ATENDIÓ LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN? Médico generalista Otro médico Enfermero Partera Otro 11.1 Número de identificación profesional 11.2 ¿Qué institución tiene el privilegio de ejercer como médico generalista? 11.3 ¿Qué institución tiene el privilegio de ejercer como enfermero? 11.4 ¿Qué institución tiene el privilegio de ejercer como partera? 12. PROCEDIMIENTO PARA LA EXPULSIÓN O EXTRACCIÓN: Parto vaginal espontáneo Cesárea Fórceps Se ignora 13. VIOLENCIA: Si No 13.1 ¿La muerte fue las consecuencias de un acto de violencia hacia la madre? Si No 13.2 ¿Qué institución tiene el privilegio de ejercer como médico generalista? 13.3 ¿Qué institución tiene el privilegio de ejercer como enfermero? 13.4 ¿Qué institución tiene el privilegio de ejercer como partera?

14. CAUSAS DE LA MUERTE FETAL: (Indicar una sola causa en cada renglón) (Ver código médico de muerte apropiado para cada caso, externo, etc.)

PARTE I	Identificar la causa en la muerte fetal	Código CIE
14.1	Debido a (o como consecuencia de)	
14.2	Debido a (o como consecuencia de)	
14.3	Debido a (o como consecuencia de)	
14.4	Debido a (o como consecuencia de)	

15. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:

16. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:

17. NOMBRE: Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

18. CURP:

19. NACIONALIDAD: Mexicana Otra 19.1 País de origen:

20. ¿JURARÁ ALGUNAS LEYES INDIGNAS? Si No 21. EDAD: Años Meses Días 22. ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo Divorciado 23. RESIDENCIA HABITUAL: Antes de ser admitido para dar a luz a la madre: Calle y número Colonia Ciudad Municipio y delegación Entidad federativa y zona (o estado en su abstracción)

24. ESCOLARIDAD: Primaria Secundaria Superior Bachillerato Profesional Posgrado Se ignora 25. OCUPACIÓN HABITUAL: Profesional Promotor Remero Agricultor Comerciante Artesano Pezador 25.1 Fecha de adquisición: 25.2 Si ignora

26. APLICACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: Hospital ISSTE SEDENA Seguro Popular Otra 26.1 Número de seguridad social y afiliación: 26.2 Si ignora 27. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ESTE TAVO: 27.1 Número de nacidos vivos: 27.2 Número de nacidos muertos: 28. ¿VIVÓ LA MADRE? Si No 28.1 En caso negativo, escribir el número de folio del Certificado de Defunción:

29. NOMBRE: Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

30. ¿SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO? Médico Médico Otro médico Persona autorizada por el Secretario de Salud Admisión Otro 30.1 Número de la cédula profesional:

31. NOMBRE: Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

32. DOMICILIO: Calle y número Colonia Ciudad Municipio y delegación Entidad federativa

33. TELEFONO: 34. FIRMA: 35. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD





SERVICIOS ASISTENCIALES

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Información, orientación y asistencia social	Lunes a viernes	7:00 a 14:30 hrs. 13:00 a 20:30 hrs.	Indeterminado	Gratuito
	Sábado y domingo	8:00 a 20:00 hrs.		

Requisitos para Solicitar Atención

- Ser usuario o familiar y presentarse a solicitar información u orientación sobre asuntos diversos.

Descripción del Servicio

1. Preséntate en el servicio de trabajo social a solicitar información u orientación sobre asuntos diversos.
2. Recibe la información para trámites, servicios, asistencia o apoyo.

Resultados Esperados

- *Comprensión sobre las acciones a realizar para efectuar trámites o servicios.*
- *Recibir apoyos diversos a las personas que lo requieran.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Usuarios y familiares que requieren algún servicio del hospital.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Trabajo Social.

Descripción del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Brindar información veraz y oportuna con calidez y humanismo, garantizando la plena comprensión de los trámites a realizar.
- Información y autorización del usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar en todo momento.



MEJORA DE LA ATENCIÓN

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Buzón de quejas, sugerencias y felicitaciones	Lunes a domingo	24 hrs.	Variable	Gratuito

Nota: Toda queja o sugerencia no debe ser anónima y deberá de contener nombre, domicilio y teléfono para poder ser atendida.

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Llenar el formato de **quejas, sugerencias y felicitaciones**.
- Depositar el formato de **quejas, sugerencias y felicitaciones** en el **buzón**.

Descripción del Servicio

1. Tener alguna inconformidad, sugerencia o felicitación sobre el personal y/o servicio del hospital.
2. Acude al área en donde se localiza el **buzón**, toma un formato de formato de **quejas, sugerencias y felicitaciones** llénalo debidamente.
3. Deposita el formato en el buzón.
4. Revisan el formato, se comunican con quien suscribe el formato, analizan la situación, determinan las acciones a seguir.
5. Notifican a quien suscribe el formato las acciones tomadas.

Resultados Esperados

- *Propiciar la comunicación abierta con los usuarios para detectar su percepción sobre los servicios y la atención que recibe.*
- *Mejorar los servicios y la atención a los usuarios.*
- *Hacer llegar al personal el reconocimiento que el usuario desea que se le otorgue en agradecimiento al servicio que le prestó.*

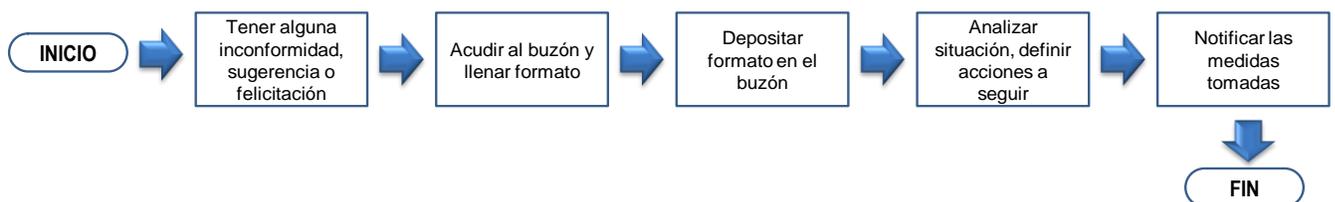
Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en general.

Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Todas las áreas del hospital.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio





Características del Servicio

- Información al usuario y/o familiar para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Formato de quejas, sugerencias y felicitaciones

 SERVICIOS DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL DE LA BARCA JALISCO FELICITA, SUGIERE O QUEJATE						
NOMBRE						
DOMICILIO						
TEL.			FECHA			
Marca con una X						
TURNOS	MAÑANA	TARDE	NOCHE	FIN DE SEMANA		
SERVICIO	URGENCIAS	CONSULTA	CAJA	FICHAS	RAYOS X	
LABORATORIO	ECOS	ENCAMADOS	QUIROFANO	LIMPIEZA	OTROS	
TIPO DE PERSONAL	MEDICO		ENFERMERA		VIGILANTE	
INTENDENTE	TRABAJADORA SOCIAL	ADMINISTRATIVO		OTROS		



RECURSOS HUMANOS

Servicio	Días de Servicio	Horario del Servicio	Tiempo Aproximado de Atención	Costo
Bolsa de trabajo	Jueves	11:00 a 13:00 hrs.	Variable	Gratuito

Requisitos para Solicitar el Servicio

- Que exista un puesto vacante en la unidad.
- Querer ingresar para trabajar en la unidad y cubrir con el perfil requerido para el puesto vacante.

Descripción del Servicio

1. Acude al área de recursos humanos y solicita ingresar para trabajar en la unidad.
2. Revisa si existen puestos vacantes de acuerdo al perfil de quien solicita el trabajo.
3. Si no existen vacantes en ese momento, proporciona tus datos para que te localicen en un futuro en caso de que surja un puesto vacante.
4. De existir vacantes en ese momento, informa al solicitante que acuda con el jefe del servicio que tiene el puesto vacante.
5. Realiza una evaluación del candidato para determinar si cubre con el perfil, en caso de que así sea envíalo nuevamente a recursos humanos.
6. Se proporciona formato de **solicitud para evaluación** del candidato (Formato RSEV-01)
7. El usuario completa la información del formato RSEV-01 y entrega a recursos humanos.
8. Se revisa que esté completamente llenos los datos incluidos en el formato, se realiza la cita en el departamento de selección de personal en oficinas centrales.
9. Al confirmar fecha y hora de la cita para que el usuario realice su examen y de ser aprobado obtenga su carnet, recursos humanos tiene la obligación de informar al usuario para que se presente.
10. En caso de ser aprobado, se solicita su documentación para hacerle entrega del carnet.
11. Una vez teniendo el carnet el usuario espera a ser llamado por el servicio que requiera cubrir.
12. Verifica si el solicitante tiene el **carnet** liberado, en caso de contar con él.
13. Solicítale:
 - **Formato de reclutamiento ORIGINAL** previamente contestado (entregado en selección de personal).
 - **Acuse de documentos recibidos ORIGINAL** previamente contestado (formato entregado en selección de personal foráneo con recursos humanos).
 - **Curriculum Vitae ORIGINAL** firmado por interesado.
 - **Constancias del grado máximo de estudios ORIGINAL Y COPIA** (certificado, carta de pasante, título, cédula federal profesional, etc.) el personal del área médica deberá traer título y cédula de médico general, así como de especialidad, si es que cuenta con ella.
 - **Cartilla militar LIBERADA COPIA.**
 - **CURP COPIA.**
 - **Cédula de RFC con homoclave, formato emitido por el SAT. COPIA** (inf. Tel. 01 800 46 36 728).
 - **Credencial de elector (IFE) COPIA.**



Descripción del Servicio

- **Comprobante de domicilio actual COPIA (CFE, AGUA y/o TELÉFONO)** que no pase de 3 meses a la fecha de entrega de documentación.
 - **Constancia de no sanción administrativa** (se tramita vía internet, página: <http://contraloria.app.jalisco.gob.mx/imprimircarta/> o directamente en el siguiente domicilio: Av. Vallarta No. 1252 entre las calles Atenas y Emerson a 2 cuadras de Av. Chapultepec) (Vigencia 1 semana).
 - **Acta de nacimiento ORIGINAL** y copia reciente (no deberá exceder de 1 año).
 - **Examen médico e historia clínica, únicamente** se aceptan que sean emitidos por la **Secretaría de Salud Jalisco**. El solicitante acude a cualquiera de los siguientes hospitales que adelante se mencionarán, dirigirse a la Oficina de Recursos Humanos y comentar que es trámite para obtener el carnet, (**Hospital Regional de La Barca, Centro de Salud Ciénega de La Barca**).
Dicho examen, no deberá de exceder de **1 mes a la fecha de entrega** de documentación.
 - **Laboratoriales:** examen de orina, sangre, VDRL y radiografía de tórax. **NOTA: si se presenta en los centros de salud indicados llevar la primera muestra de orina en un frasco esterilizado y su radiografía de tórax, cabe destacar que los laboratoriales e historia clínica; se exenta el pago al acudir al servicio de trabajo social y mencionar que son para trámite de selección de personal.**
 - **Constancia de no desempeñar otro empleo o comisión en otra dependencia ORIGINAL** previamente contestada (documento que otorga selección de personal o foráneos con recursos humanos):
 - **Carta de No Antecedentes Penales firmada por el interesado ORIGINAL** (con vigencia de 3 meses a la fecha de entrega).
 - **2 Cartas de recomendación, con domicilio y teléfono (NO FAMILIARES).**
 - **3 fotografías tamaño infantil a color** (es necesario escribir nombre completo y legible en la parte de atrás de cada una de las fotografías).
 - **Constancias de cursos, talleres, conferencias con valor curricular COPIA.**
14. Coteja las copias con su original, integra expediente e informa fecha de inicio de labores.
15. En caso de que el solicitante no cuente con **carnet** liberado, entrégale **formato de reclutamiento y selección de personal**, regrésale la documentación al solicitante e infórmale que acuda a selección de personal en oficina central con el formato para solicitar cita para realizar exámenes.
16. Acude a selección de personal, entrega **formato de reclutamiento y selección de personal**, saca cita, acude a la cita y realiza exámenes.
17. Si te informan que los resultados de los exámenes que realizaste son adecuados, entrega toda tu documentación (la mencionada en el punto 6) y recibe **carnet** liberado.
18. Regresa a la unidad con el **carnet** liberado y la documentación del punto 6.
19. Recibe documentación, coteja las copias con su original, regresa original al usuario, integra expediente e informa fecha de inicio de labores.

Resultados Esperados

- *Cubrir los puestos vacantes que se generen en la unidad con personal que cubra el perfil.*
- *Mejorar los servicios y la atención a los usuarios.*
- *Brindar oportunidades de empleo a la comunidad.*

Quiénes son los Usuarios del Servicio

- Población en general.



Áreas que Intervienen para Otorgar el Servicio

Todas las áreas del hospital.

Flujo del Proceso de Atención para Otorgar el Servicio



Características del Servicio

- Información al usuario para la realización de los procedimientos a realizar.

Formatos

Curriculum vitae

SABINA GÓMEZ
 Email: sabinago@hotmail.com
 Calle Mayor, 63, 1º B
 28008 México
 Telf. 91 347 19 63

PERFIL PROFESIONAL
 Técnico de Calidad y Seguridad, con amplia experiencia en el sector Alimentación. Capacidad de trabajo en equipo y también en proyectos mas personales. Habilidad de liderazgo en dirigiendo, desarrollando y motivando al equipo en la consecución de sus objetivos. Capacidad de análisis y solución de problemas, así como dedicación absoluta para conseguir y mantener altos niveles de calidad.

CAPACIDADES DEMOSTRADAS

- Control y desarrollo del sistema de calidad en la seguridad de la cadena de manufacturación de alimentos
- Dirección de un equipo: distribución de tareas y motivación del equipo para conseguir sus objetivos.
- Realización de las Auditorías de Calidad en la fábrica, incluyendo el análisis de de procedimientos y recomendaciones de mejora.
- Obtención de la ISO 9000/BS5750 en la manufacturación de productos
- Organización y dirección de la formación del personal en "Calidad y Seguridad"
- Cumplimiento de las normas de Seguridad y Sanidad mexicanas y europeas que regulan la manufacturación de alimentos.
- Realización de informes y demostraciones de los procedimientos de Calidad a los clientes.

OBJETIVOS CONSEGUIDOS

- Ahorro de 30.000 pesos anuales implementando un nuevo sistema de calidad en la fábrica
- Incremento del nivel de aceptación de un producto terminado del 96% al 99%
- Solución de problemas de seguridad de producto, que habían parado temporalmente la producción.
- Obtención de la ISO9000/BS5750 en la línea de producción modificando los procedimientos de Calidad y Seguridad de la compañía.

EXPERIENCIA

1989 - acti PEGO FOODS
 1992 - acti Técnico de Calidad y Seguridad
 1985 - 1989 VERDES S.A.
 1986 - 1989 Técnico de Investigación

FORMACIÓN
 LICENCIADA EN BIOQUÍMICA, Universidad Autónoma de México

Constancias del grado máximo de estudios

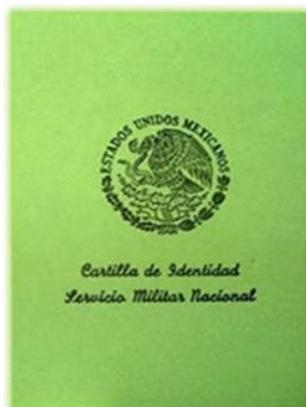


Fuente: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1526/1/images/carta_comp.pdf



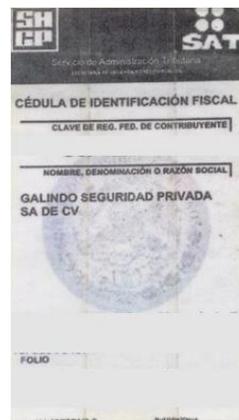
Características del Servicio

Cartilla Militar



Fuente: <http://consulmex.sre.gob.mx/dallas/index.php/es/tramites-servicios/55>

Registro federal de contribuyentes



RFC: De referencia

Clave única de registro de población (CURP)



Fuente: <http://consultarcurpgratis.blogspot.mx/>

Credencial de elector



Fuente: www.ife.gob.mx



Características del Servicio

Constancia de no sanción administrativa

*Apellido paterno: González	*Apellido materno: Gómez	*Nombre(s): Juan
<input type="button" value="Buscar"/> <input type="button" value="Limpiar"/> <input type="button" value="Imprimir"/>		
<p>Por favor capture el texto de la imagen</p>		
Nombre JUAN GONZALEZ GOMEZ		Fecha de nacimiento 20/04/1962
No. Oficio	Fecha de oficina	No. Expediente
El funcionario no tiene sanciones registradas.		

01 800 HONESTO
 (4 6 6 3 7 8 6)

denuncia.jugandoalimpio.jalisco.gob.mx
<http://jugandoalimpio.jalisco.gob.mx>

SIGUENOS EN:

Acta de nacimiento



Fuente: <http://consulmex.sre.gob.mx/>

Examen médico

EXAMEN MEDICO	
NOMBRE: _____ PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE _____ FECHA ____/____/____ DIA MES AÑO	
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD: ____ TIPO Y RH. SANG. ____	
A.H.F. NEO ____ DIAB. ____ CARD. ____ EPIL. ____ OBESIDAD ____	
A.P.P. ALERGIAS ____ ASMA ____ ADICIONES ____ PERFORACIONES/TATUAJES ____	
ENFERMEDADES GRAVES: _____	
LESIONES Y CONCOMIONES: _____	
FRACTURAS: _____	
QUIRÚRGICOS: _____	
ANTROPOMETRIA: PESO: ____ TALLA ____ CRANEO ____ CARA Y CUELLO ____ KGS CMS	
AGUDEZA VISUAL: ____ OIDOS ____ NORMAL OBSTRUCCIÓN AUD. DISM. ____	
BOCA: ____ NORMAL GINGIVITIS AMIGDALAS CARIES ____ NARIZ: ____ NORMAL SEP. DESV. OBSTRUCCIÓN ____	
TORAX: ____ NORMAL ____ F.C. ____ F.R. ____ SOPLOS ____ T.A. ____ Vo. Bb. ____	
ABDOMEN: ____ NORMAL VICEROMEGALIAS HERNIAS FIRMA JUGADOR ____ FIRMA PADRE O TUTOR ____	
TEL CASA ____ OFICINA ____	
OBSERVACIONES _____	

Constancia de no desempeñar otro empleo o comisión en otra dependencia



DECLARACIÓN DE NO DESEMPEÑAR OTRO EMPLEO O COMISIÓN EN OTRA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA FEDERAL

Guadalajara; Jal. a de del

C. DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS
DE LA SECRETARÍA DE SALUD
P R E S E N T E

El que suscribe _____
manifiesta Bajo protesta de decir la verdad, y de conformidad con el artículo 136 del Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, no estar desempeñando otro empleo, cargo o comisión o estar prestando servicios profesionales por honorarios en otra Dependencia o Entidad a las que alude el artículo 2º de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.

ATENTAMENTE

Nombre y Firma del Declarante

R.F.C. _____
CURP _____

c.c.p. ARCHIVO DE LA UNIDAD

OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO





Características del Servicio

Carta de no antecedentes penales

HAYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE LA BARCA JALISCO

DIRECCION DE SEGURIDAD PUBLICA MUNICIPAL

Nº _____

_____ quien se identifica con _____ foto _____, cuya fotografía y huella dactilar de su dedo índice derecho aparece en este documento, solicitó constancia de antecedentes registrados en la oficina de Seguridad Pública Municipal, y hecha la búsqueda en los archivos correspondientes _____ REGISTRA ANTECEDENTES por faltas al Reglamento de Policía y Buen Gobierno. Vigencia de tres meses.

Se extiende la presente para los fines legales que convengan al interesado.

HUELLA _____

ATENTAMENTE

"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"
LA BARCA, JAL. _____ DE _____ DE _____

Firma _____

Municipal Portal Juárez No. 100 Col. Centro La Barca, Jal. C.P. 47910 Tel: (393) 7595800

Cartas de recomendación

Guadalajara 12 de marzo del 2012

A quien Corresponda:

Me halaga indicar que conozco a la Señorita María Estela Flores, quien porta el documento de identidad número 24.354.963. Doy fe de su interés de superación laboral y sus virtudes morales.

La señorita Flores ha trabajado junto a mí durante tres años cumpliendo el rol de secretaria. Su tarea y aplicación han sobrepasado mis expectativas e incluso la de la compañía donde hemos trabajado.

Una de sus mejores virtudes es el compromiso que presenta ante sus actividades laborales, entregando siempre lo mejor de sí y su disponibilidad ante el momento requerido. Además resulta una excelente compañera de trabajo por su flexibilidad y calidad humana.

La señorita Flores ha dejado de trabajar a nuestro lado debido a sus deseos de seguir creciendo laboralmente en una empresa especializada en su profesión. Sé que María Flores cumplirá con total eficiencia lo que le sea requerido, es por ello que deseo recomendarla gustosamente.

Firma para los pertinentes a los doce días del mes de Marzo del año 2012, en la ciudad de Guadalajara.

Lic. Julián Gómez
Jefe de Ventas
jgomez@hotmail.com
54 011 4769967

Carnet

SECRETARÍA DE SALUD
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL

CARNET DE INGRESO DE PERSONAL RAMA:

Médica: Paramédica: Afín:

Nombre del aspirante: _____

Perfil académico: _____

Resultado del proceso de selección: _____

Número de expediente: _____

RECOMENDACIONES:

- Acuda puntualmente a las citas el día y la hora señalada.
- Cumpla cuidadosamente todas las instrucciones que le señalen en la oficina.
- No hay reposición de carnet.

Nota: La falta de cumplimiento a una de sus citas ocasionará la alteración de la propuesta inicial.

Constancias de capacitación

Secretaría de Salud
El Gobierno del Estado de Jalisco
a través de la
Secretaría de Salud Jalisco
otorga el presente

Reconocimiento

A: _____
El: _____
Como: _____

Guadalajara Jal., a _____ de _____ de 20 _____

Dr. Jaime Agustín González Álvarez
Secretario de Salud del Estado de Jalisco

Dr. Jorge Blackaller Ayala
Director General de Salud Pública

Folio: Nº 0555



Características del Servicio

Formato de reclutamiento

SECRETARÍA DE SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO

FORMATO DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL

 DATOS DE LA VACANTE:

NOMBRE DE QUIEN GENERÓ LA VACANTE: _____
 MOTIVO DE LA VACANTE: _____ FECHA DE LA BAJA: _____
 FUNCIONES QUE REALIZA: _____
(SI ES PERSONAL ADMINISTRATIVO ESPECIFICAR, SI ES MÉDICO AÑOTAR ESPECIALIDAD)
 CÓDIGO: _____
 ADSCRIPCIÓN: _____

CARACTERÍSTICA DE LA VACANTE:

DEFINIDA PROVISIONAL INTERINO EVENTUAL CONFIANZA

CONTRATOS ESPECIALES: (ESPECIFICAR) _____
(DENGUE, VACUNACIÓN, SEGURO POPULAR, SERVICIO JUZGANCERÍA)

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE QUIEN PROPONE: _____

 DATOS DEL CANDIDATO A CUBRIR LA VACANTE:

NOMBRE COMPLETO, COMO ESTÁ EN SU ACTA: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ CURP: _____ RFC: _____
 DOMICILIO: _____
 TELEFONO DONDE LOCALIZARLO (A) CON LADA: _____
 ESTADO CIVIL: _____
 LUGAR DONDE RADICA ACTUALMENTE: _____

ESCOLARIDAD: (MARQUE CON UNA X Y AÑOTE LO QUE SE LE INDICA)

PRIMARIA: SECUNDARIA PREPARATORIA

CARRERA TÉCNICA EN: _____ CUANTOS AÑOS: _____
 LICENCIATURA EN: _____ CÉDULA PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD EN: _____
 MAESTRÍA EN: _____
 DOCTORADO EN: _____
 DIPLOMADOS CUANTOS: _____ EN QUE: _____

POSBÁSICO EN FAVOR DE AÑOTAR EN QUE LUGARES DEL ESTADO ESTARÁ DISPUESTO (A) A LABORAAR: _____
(POSTTÉCNICO EN _____)

RESULTADOS DE LA OFICINA DE SELECCIÓN DE PERSONAL

CUMPLE PERFIL ACADÉMICO ESTABLECIDO EN EL PROFESIONARIO PARA LA VACANTE PROPUESTA: _____
 RESULTADO DE EXAMEN CONOCIMIENTOS: _____ PSICOMÉTRICO: _____
 RESULTADO EXAMEN PRÁCTICO: _____ ENTREVISTA: _____
 Nº DE EXPEDIENTE: _____ UBICACIÓN DEL EXPEDIENTE: _____
 NO CUMPLE POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS: _____

R/S: _____
 OBSERVACIONES: _____

**OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO**

Solicitud para evaluación

JALISCO
GOBIERNO DEL ESTADO

**OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL
SOLICITUD PARA EVALUACIÓN DE CANDIDATO
FORMATO RSEV-01**

LUGAR DE DONDE LO REMITEN A EVALUAR (Hospital regional, Región sanitaria, centro de salud, Etc.) _____

ESTATUS: _____
(UNA VEZ, CAMBIO DE CATEGORÍA: 20A VEZ)

FECHA DE SOLICITUD: _____
 EXPEDIENTE: _____

DATOS DE LA VACANTE O CONTRATO

NOMBRE DE QUIEN GENERÓ LA VACANTE: _____
 MOTIVO DE LA VACANTE: _____ FECHA DE BAJA: _____
 PUESTO Y CÓDIGO: _____ ADSCRIPCIÓN: _____
 FUNCIONES QUE REALIZARÁ: _____
(SI ES PERSONAL ADMINISTRATIVO ESPECIFICAR QUE PUESTO, SI ES MÉDICO AÑOTAR ESPECIALIDAD)
 PROGRAMAS ESPECIALES (ESPECIFICAR) _____
(DENGUE, VACUNACIÓN, SEGURO POPULAR, SERVICIO JUZGANCERÍA)

CARACTERÍSTICAS DE LA VACANTE:

DEFINIDA PROVISIONAL INTERINO EVENTUAL CONFIANZA

NOMBRE, CARGO Y FIRMA DE QUIEN PROPONE: _____

 DATOS DEL CANDIDATO A CUBRIR LA VACANTE:

NOMBRE COMPLETO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____ CURP: _____
 DOMICILIO: _____
 CIUDAD: _____ TELÉFONO: _____
 CORREO: _____

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS _____
 ESCUELA: _____ CEDULA: _____ TÍTULO: _____
 ESPECIALIDAD: _____ OTROS: _____
(MAESTRÍA, DOCTORADO, CURSO, DIPLOMADOS ETC.)

CAMPO EXCLUSIVO PARA RECURSOS HUMANOS

OBSERVACIONES: _____

SECRETARÍA DE SALUD
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO

Dr. Basilio Higuera No. 107, Zona Centro, C.P. 44100, Guadalajara, Jalisco, México
 Tels. (33) 3630 303
 www.salud.gob.mx

Acuse de documentos recibidos

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

**OFICINA DE RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE PERSONAL
ACUSE DE RECIBO DE DOCUMENTACIÓN ENTREGADA PARA EXPEDIENTE**

 Protesto decir la verdad que todos los documentos originales y copias son fidedignos.
FECHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS: _____

Documentos que se cotejan con los originales:

Documento	Lugar y Fecha de Expedición	Nº de Folio	Observaciones
Certificado primaria			
Certificado de secundaria			
Certificado de preparatoria			
Carrera comercial			
Carrera técnica			
Cédula a nivel técnico			
Carta de pasante			
Título Licenciatura			
Cédula Licenciatura			
Título Especialidad			
Cédula Especialidad			
Precartilla			
Cartilla liberada			
Grados Académicos			
(Especificar)			
Otros especificar			

Documentos entregados en original:

Documento	Entregó
Formato de Reclutamiento y Selección de Personal	
Curriculum vitae	
2 cartas de recomendación de no familiares con domicilio	
Acta de nacimiento	
Carta de policía	
3 fotografías tamaño infantil	
Examen médico (historia clínica y resultados de laboratorio)	
Carta de no desempeñar otro empleo o Comisión en otra dependencia	
En caso de ser menor de edad (mayor de catorce años y menores de diecisiete años) deberán de presentar, carta de permiso de padre o tutor	

Documentos entregados en copias:

Documento	Entregó
Curp	
RFC	
Todas las constancias de cursos, talleres, seminarios etc.	
Precartilla y cartilla liberada	
Comprobante de domicilio actual	
Copia de credencial de elector	

Nombre y firma del interesado _____

Cartas de recomendación

Guadalajara 12 de marzo del 2012

A quien Corresponda:

Me halaga indicar que conozco a la Señoita María Estela Flores, quien porta el documento de identidad número 24.354.963. Doy fe de su interés de superación laboral y sus virtudes morales.

La señoita Flores ha trabajado junto a mí durante tres años cumpliendo el rol de secretaria. Su tarea y aplicación han sobrepasado mis expectativas e incluso la de la compañía donde hemos trabajado.

Una de sus mejores virtudes es el compromiso que presenta ante sus actividades laborales, entregando siempre lo mejor de sí y su disponibilidad ante el momento requerido. Además resulta una excelente compañera de trabajo por su flexibilidad y calidad humana.

La señoita Flores ha dejado de trabajar a nuestro lado debido a sus deseos de seguir creciendo laboralmente en una empresa especializada en su profesión.

Sé que María Flores cumplirá con total eficiencia lo que le sea requerido, es por ello que deseo recomendarla gustosamente.

Firmo para los pertinentes a los doce días del mes de Marzo del año 2012, en la ciudad de Guadalajara.

Lic. Julián Gómez
 Jefe de Ventas
 jgomez@hotmail.com
 54 011 4769967



7. GLOSARIO

Atención ambulatoria: Al servicio que se otorga a toda persona que acude a un establecimiento de salud, para consulta o tratamiento, y abandona el establecimiento en un lapso de unas horas desde el inicio de la consulta; se consideran ambulatorias todas las visitas a instalaciones de atención que no conlleven a la hospitalización con estancia nocturna.

Atención de cita subsecuente: Se refiere a la otorgada a una persona, por personal de salud, cuando asiste por la misma enfermedad o motivo por el que ya se le otorgó una consulta en la unidad.

Atención de primera vez: Se refiere a la atención otorgada a una persona, por personal de salud, cuando acude a la primera consulta por una enfermedad o motivo determinado en la unidad.

Políticas para la gratuidad de los servicios médicos a los habitantes de Jalisco: Documento que contiene las directrices que rigen la actuación de las instituciones médicas para condonar al ciudadano de cubrir la aportación derivada por la prestación de un servicio médico recibido.

Tabulador de cuotas de recuperación: Documento que presenta el valor de la cuota que los ciudadanos aportan en contraparte por los servicios recibidos en una unidad de atención médica.

TRIAGE: Método para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención de acuerdo a las necesidades terapéuticas.

Urgencia Calificada: Al problema de salud, habitualmente de presentación súbita, que pone en riesgo la vida, órgano o función del paciente y que, por lo tanto, requiere de una atención médica inmediata.

8. COLABORADORES

PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ

Asesorado por: Lic. Gianello O. Castellanos Arce Lic. Claudia Judith González Ochoa

PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sara Guzmán González • Luis Miguel Briseño Muñiz • Rodrigo Padilla López • Irma Leticia Serrano Mendoza • Ma. Fátima Cerda Cervantes • Armando González Bocanegra • Graciela Díaz Arroyo | <ul style="list-style-type: none"> • Esmeralda del Rosio González Aviña • Maria de Lourdes Duarte Palacios • Victoriano Anguiano Santiago • Ma. Socorro Espinoza Ortega |
|--|---|

9. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Referencia del cambio	Breve Descripción del Cambio
1.	Marzo 2015	Todo	Se elaboró por primera vez.