



GOBIERNO
DE JALISCO
PODER EJECUTIVO

SECRETARÍA DE SALUD
OPD. SERVICIOS DE
SALUD JALISCO

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: **RÚBRICA**
DR. FRANCISCO JAVIER RAMÍREZ BARRETO
JEFE DE HOSPITALIZACIÓN

APROBÓ: **RÚBRICA**
DR. ALEJANDRO VARGAS SOTELO
SUBDIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL ESTANCIA PROLONGADA

AUTORIZÓ: **RÚBRICA**
DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA
DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL ESTANCIA PROLONGADA

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 27 JULIO 2010

COPIA No.:

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

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

Responsable de la información: Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Prolongada.
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
04 Julio 2014

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Objetivo

Brindar atención integral especializada en salud mental, a la población abierta, mediante la hospitalización logrando un nivel de mejoría clínica que permita una adecuada funcionalidad y en su caso rehabilitar con la finalidad de reinsertar al paciente al medio familiar y social.

Alcance

Límites del procedimiento:

Áreas que intervienen:

Este procedimiento aplica al equipo interdisciplinario de atención y tratamiento a nivel hospitalario y a los usuarios con padecimiento mental que amerite hospitalización.

Políticas

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y Contraloría Interna.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel que está vigente y responde a las necesidades actuales de la Institución
 - Un procedimiento es **vigente** mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto se sigue aplicando aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales de la Institución y éste se encuentra en desuso o existe uno nuevo.
2. Todo paciente que ingrese al hospital debe contar con la documentación debidamente registrada y las evaluaciones necesarias.
3. Todo paciente que se hospitalice debe de ser ingresado a unidad psiquiátrica o unidad médica sin excepción.
4. Valorar factores de riesgo y en su caso hospitalización con el consentimiento informado del paciente o su representante legal.
5. Brindar atención integral hospitalaria; y a su egreso continuar la atención por consulta externa durante el tiempo que el caso lo amerite.
6. Preservar los derechos humanos del paciente y dignidad del mismo.
7. Restituir en el mayor grado posible la salud mental, darle rehabilitación y reinsertarlo a su familia y comunidad para que disfrute de una vida autónoma e independiente dentro en la comunidad a la que pertenece.
8. Otorgar un trato y tratamiento en las condiciones de mayor libertad y dignidad posibles, compatibles con su situación clínica y seguridad.
9. Promover e involucrar la participación del paciente, su familia y la comunidad en su tratamiento y rehabilitación.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Políticas

10. Cumplir de forma obligatoria con lo estipulado en las normas oficiales mexicanas aplicables en este procedimiento.
11. Referir y contra referir a los pacientes a otro nivel de atención u a otro servicio según lo amerite la necesidad de cada caso.
12. Es obligación del personal que interviene en el manejo del expediente clínico del paciente resguardar en forma confidencial, todo lo relacionado con el mismo, la utilización solo serán para fines terapéuticos y científicos, por ningún motivo o circunstancia deberán ser entregados o consultados por terceros sino únicamente mediante orden de la autoridad judicial competente o autoridad sanitaria; dar cumplimiento a la NOM 168 SSA1-1998

Definiciones

- Abandono de tratamiento sin autorización médica:** Abandono del tratamiento por parte del usuario sin el consentimiento de su equipo tratante.
- Agitado:** Persona que presenta una exaltación o inquietud motora acompañado de alteraciones afectivas como expansividad o irritabilidad.
- Atención integral:** Conjunto de Servicios que se proporcionan al usuario para proteger, promover, restaurar y mantener sus salud mental. Comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.
- Cadáver:** Cuerpo sin vida
- Cartas de consentimiento:** Documentos escritos signados por parte del paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de parte del médico tratante de los beneficios y riesgos esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios.
- CENDIS:** Centro de distribución de enfermería
- CGI:** Escala de Impresión Clínica Global
- CIF:** Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y la salud
- Contención física:** Método de contención a través de la sujeción física de una o varias extremidades por un tiempo determinado de acuerdo a procedimientos específicos.
- Defunción:** Muerte del usuario
- EEASL:** Escala de evaluación de la actividad social y laboral
- Egreso:** Alta de la Unidad hospitalaria
- Enfermedad mental:** Es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente, de la Organización Mundial de la Salud.(CIE)

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Definiciones

- Estancia temporal:** Unidad hospitalaria donde el paciente permanecerá hasta el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- Expediente clínico:** Conjunto de documentos escritos, gráficos o de cualquier otra índole en donde el personal de salud registra las actividades de atención integral médico- psiquiátrica.
- GAF:** Escala de funcionamiento global
- Hospitalización:** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- Inter consulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.
- Muerte natural:** Es aquella producida por causas patológicas, sin que exista violencia
- Muerte violenta:** Es aquella originada por traumatismos, intoxicaciones, puede ser de origen accidental, suicida u homicida.
- Paciente:** Beneficiario directo de la atención médica
- PANSS:** Escala de evaluación para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia
- Polifarmacia:** Utilización de múltiples medicamentos en el tratamiento de un usuario con el riesgo sanitario que esto conlleva.
- Reacción adversa seria:** Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva, no intencionada, que ponga en peligro la vida del usuario, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas
- Reacción adversa:** Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas
- Referencia contra-referencia:** Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
- SEMEFO:** Servicio Médico Forense
- TEC:** Terapia electro convulsiva
- Unidad médica:** Unidad dentro del hospital encargada del cuidado médico de los usuarios
- Unidad psiquiátrica:** Unidad dentro del hospital, donde inicia el internamiento y donde permanece por espacio de 72 horas para observación y manejo inicial.
- UNIRE:** Unidad Intermedia de Rehabilitación
- Urgencia psiquiátrica:** Todo problema médico psiquiátrico agudo, caracterizado por agitación grave, falla en el control de impulsos, conducta suicida que ponga en peligro la vida, incluyendo la de terceros

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Definiciones

Urgencia: Todo problema médico quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

URI: Unidad de Rehabilitación Integral

Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médico – psiquiátrica

WHO-DAS: Instrumento de evaluación de discapacidades

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
1.	Enfermera de Consulta Externa	<p>Preséntate con el usuario y lleva al paciente a unidad psiquiátrica entrégalo al personal del servicio de enfermería con el formato de “indicaciones médicas” y determina si el paciente se encuentra agitado:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Agitado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Realiza indicaciones médicas (ve procedimientos técnicos de enfermería) y toma signos vitales registrándolo en formato de “registro de enfermería”, procede a realizar nota de enfermería registrándola en formato de “hoja de evolución de enfermería”, realiza contención física del paciente (ve procedimiento para contención física) espera a que el paciente se tranquilice y avisa al médico general del ingreso del paciente para su valoración médica Aplica actividad 3.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Agitado?	Entonces	Sí	Realiza indicaciones médicas (ve procedimientos técnicos de enfermería) y toma signos vitales registrándolo en formato de “ registro de enfermería ”, procede a realizar nota de enfermería registrándola en formato de “ hoja de evolución de enfermería ”, realiza contención física del paciente (ve procedimiento para contención física) espera a que el paciente se tranquilice y avisa al médico general del ingreso del paciente para su valoración médica Aplica actividad 3.	No	Aplica siguiente actividad.
¿Agitado?	Entonces							
Sí	Realiza indicaciones médicas (ve procedimientos técnicos de enfermería) y toma signos vitales registrándolo en formato de “ registro de enfermería ”, procede a realizar nota de enfermería registrándola en formato de “ hoja de evolución de enfermería ”, realiza contención física del paciente (ve procedimiento para contención física) espera a que el paciente se tranquilice y avisa al médico general del ingreso del paciente para su valoración médica Aplica actividad 3.							
No	Aplica siguiente actividad.							
2.	Enfermero de Consulta Externa	<p>Proporciona al paciente ropa hospitalaria e indícale que se cambie de ropa en un área privada, cuidando en todo momento y hasta donde sea posible la privacidad del paciente (de ser necesario ayuda al paciente al cambio de la ropa), recoge la ropa del paciente y todas sus pertenencias, realiza inventario y regístralas en “hoja en blanco” en dos tantos, avisa al médico general del ingreso del paciente para valoración médica, entrega pertenencias a familiar, coteja las pertenencias que entrega al familiar con lo anotado en la hoja en blanco, recaba firmas en los formatos, entrega original y archiva copia en expediente de paciente. Aplica siguiente actividad.</p> <p>Nota: En caso de que no se encuentre un familiar presente, entrega las pertenencias a trabajo social junto con el formato. Aplica actividad 4.</p>						
3.	Enfermera de Unidad Psiquiátrica	<p>Preséntate con el usuario, haz de su conocimiento el reglamento del hospital y las instalaciones, aplica indicaciones médicas, asigne cama y llena el formato de “ficha de identificación del paciente”. Aplica actividad 5.</p>						
4.	Trabajo Social	<p>Recibe pertenencias del paciente, firma de recibido y realiza procedimiento para resguardo de pertenencias. Aplica siguiente actividad.</p>						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
5.	Médico General	<p>Preséntate con el usuario, realiza valoración médica (ve procedimiento de atención de medicina general), y elabora nota de 1ra vez, registrándola en formato de “evolución clínica médico / psiquiátrica”, llena formato de “Indicaciones médicas” y en caso de requerirse llena el formato de “solicitud de servicios” en original y copia, fírmalo y colócalo en el folder de pendientes de laboratorio en el control de enfermería. Aplica actividad 9.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De existir familiares del paciente recíbelos, preséntate e interrógalos para completar la historia clínica. • Para la realización de los exámenes de laboratorio ve el procedimiento de laboratorio clínico. • Si el usuario es objeto de maltrato o agresión documéntalo en original el formato de “hoja de registro de atención por violencia y/o lesión” y entrégalo a trabajo social. Aplica siguiente actividad. • Todo interrogatorio al paciente se realizará únicamente entre el médico, el paciente y de ser necesario el familiar. • Toda exploración física se realizará bajo normas de respeto, explicación y aclaración de dudas y cuidando descubrir solo la zona a explorar. • La exploración del paciente femenino se realizará en presencia de un familiar, personal de apoyo, enfermera o técnico, de su propio sexo.
6.	Trabajo Social	Recibe el formato de “hoja de registro de atención por violencia y/o lesión” y entrega el original a jefatura de trabajo social.
7.	Jefatura de Trabajo Social	Avisa de manera inmediata a dirección, jefaturas y coordinaciones por cualquier medio a tu alcance. Asigna a trabajadora social y/ o chofer para entrega del formato al Ministerio Público.
8.	Trabajo Social y / o chofer	<p>Entrega el formato correspondiente en original al agente del ministerio público recaba firmas de recibido y sello, anexa el formato con las firmas de recibido al expediente clínico del usuario.</p> <p>Nota: De no contar con la trabajadora social, el chofer debe entregar el formato al médico residente de guardia, quien a su vez lo anexa al expediente clínico a la brevedad posible.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
9.	Médico General	<p>Determina si el paciente requiere ser referido para su manejo por otras especialidades médicas:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Referencia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Llena formato de “referencia y contrarreferencia” en original y copia, recaba firma de jefe inmediato y entrega a trabajo social. Ve procedimiento de referencia y contra-referencia. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 12.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Referencia?	Entonces	Sí	Llena formato de “referencia y contrarreferencia” en original y copia, recaba firma de jefe inmediato y entrega a trabajo social. Ve procedimiento de referencia y contra-referencia. Aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad 12.
¿Referencia?	Entonces							
Sí	Llena formato de “referencia y contrarreferencia” en original y copia, recaba firma de jefe inmediato y entrega a trabajo social. Ve procedimiento de referencia y contra-referencia. Aplica siguiente actividad.							
No	Aplica actividad 12.							
10.	Personal	<p>Determina la actividad a seguir de acuerdo con la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico General</td> <td>Recibe al paciente, (cuando regrese de la referencia) solicítale la hoja de interconsulta, revisa el manejo y anota los hallazgos del especialista en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” y registra las indicaciones del especialista junto con tus indicaciones en el formato de “indicaciones médicas”. Aplica actividad 12.</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>Notifica a médico general y médico psiquiatra, cuando el paciente no regresa de la referencia, elabora nota de alta en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”, archiva en expediente. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Médico General	Recibe al paciente, (cuando regrese de la referencia) solicítale la hoja de interconsulta, revisa el manejo y anota los hallazgos del especialista en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y registra las indicaciones del especialista junto con tus indicaciones en el formato de “ indicaciones médicas ”. Aplica actividad 12.	Trabajo Social	Notifica a médico general y médico psiquiatra, cuando el paciente no regresa de la referencia, elabora nota de alta en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, archiva en expediente. Aplica siguiente actividad.
¿Personal?	Entonces							
Médico General	Recibe al paciente, (cuando regrese de la referencia) solicítale la hoja de interconsulta, revisa el manejo y anota los hallazgos del especialista en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y registra las indicaciones del especialista junto con tus indicaciones en el formato de “ indicaciones médicas ”. Aplica actividad 12.							
Trabajo Social	Notifica a médico general y médico psiquiatra, cuando el paciente no regresa de la referencia, elabora nota de alta en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, archiva en expediente. Aplica siguiente actividad.							
11.	Personal	<p>Determina las actividades a realizar de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico General</td> <td>Elabora nota de alta en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”, llena en el “formato de ingreso/egreso” y archiva en expediente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.</td> </tr> <tr> <td>Médico Psiquiatra</td> <td>Elabora “nota de alta” en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”, llena en el formato de “ingreso/egreso” y archiva en expediente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Médico General	Elabora nota de alta en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, llena en el “ formato de ingreso/egreso ” y archiva en expediente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.	Médico Psiquiatra	Elabora “ nota de alta ” en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, llena en el formato de “ ingreso/egreso ” y archiva en expediente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.
¿Personal?	Entonces							
Médico General	Elabora nota de alta en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, llena en el “ formato de ingreso/egreso ” y archiva en expediente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.							
Médico Psiquiatra	Elabora “ nota de alta ” en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, llena en el formato de “ ingreso/egreso ” y archiva en expediente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
12.	Enfermera de Unidad Psiquiátrica	<p>Realiza indicaciones médicas y psiquiátricas, proporciona cuidados generales y específicos de enfermería (ve procedimientos técnicos de enfermería) y registra los signos vitales en el formato de “registro de enfermería” y elabora nota de evolución registrándola en formato de “hoja de evolución de enfermería”.</p> <p>Nota: En caso de requerirse otras intervenciones específicas ve procedimientos técnicos de enfermería.</p>
13.	Psiquiatra	<p>Acude al área, preséntate con el usuario y entrevista al usuario dentro de las primeras 24 horas, anota la condición médica actual en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” y establece metas y objetivos de tratamiento, anota, registra y actualiza las indicaciones en el formato de “indicaciones médicas”</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La valoración del paciente en esta unidad se debe de realizar diariamente, y se debe anotar en el formato de “reporte diario de consulta”. • En relación a los tratamientos farmacológicos señala nombre genérico, periodicidad, dosis y vía de administración en forma clara y legible. • Todo interrogatorio al paciente se realizará únicamente entre el médico, el paciente. • Toda exploración física se realizará bajo normas de respeto, explicación y aclaración de dudas y cuidando descubrir solo la zona a explorar. • La exploración del paciente femenino se realizara en presencia de un familiar, personal de apoyo, enfermera o técnico, de su propio sexo.
14.	Psicología	<p>Acude al área, preséntate con el usuario y realiza la entrevista inicial en las primeras 48 horas. Registra en formato de “evolución médico/psiquiátrica” su condición mental y plan de manejo.</p> <p>Nota: Las valoraciones continuaran por lo menos una valoración cada semana durante su estancia en la Unidad Psiquiátrica.</p>
15.	Trabajo Social	<p>Preséntate con el usuario, si las condiciones clínicas lo permiten, entrevista y toma datos de familiares, anota en formato de “nota de evolución médico/ psiquiátrica” y llena el formato de “lista de población”.</p> <p>Nota Actualiza el formato de “lista de población” cada semana y entrega copia a psicología y psiquiátrica de tu equipo así como a la jefatura de trabajo social.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
16.	Enfermera de Unidad Psiquiátrica	Recibe resultados de laboratorio y notifica al médico general, entregándole dichos resultados.						
17.	Médico General	<p>Recibe exámenes, valora los resultados obtenidos y determina si el manejo del paciente se realizará en unidad médica:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Unidad Médica?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Realiza nota de evolución clínica en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” y actualiza tus indicaciones médicas, regístralas en el formato de “indicaciones médicas” indica pasar al paciente a la unidad médica, notifica a enfermería para su traslado. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Realiza nota de evolución clínica en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”, actualiza las indicaciones en el formato de “indicaciones médicas” y notifica a psiquiatría. Aplica actividad 34.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Unidad Médica?	Entonces	Sí	Realiza nota de evolución clínica en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y actualiza tus indicaciones médicas, regístralas en el formato de “ indicaciones médicas ” indica pasar al paciente a la unidad médica, notifica a enfermería para su traslado. Aplica siguiente actividad.	No	Realiza nota de evolución clínica en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, actualiza las indicaciones en el formato de “ indicaciones médicas ” y notifica a psiquiatría. Aplica actividad 34.
¿Unidad Médica?	Entonces							
Sí	Realiza nota de evolución clínica en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y actualiza tus indicaciones médicas, regístralas en el formato de “ indicaciones médicas ” indica pasar al paciente a la unidad médica, notifica a enfermería para su traslado. Aplica siguiente actividad.							
No	Realiza nota de evolución clínica en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, actualiza las indicaciones en el formato de “ indicaciones médicas ” y notifica a psiquiatría. Aplica actividad 34.							
18.	Enfermera de Unidad Psiquiátrica	Traslada y entrega al usuario con el expediente clínico al enfermero de la unidad médica, elabora baja del paciente de la unidad psiquiátrica registrándolo en la “ libreta de ingresos y egresos de enfermería ” en unidad psiquiátrica, y realiza nota de evolución registrándola en el formato de “ hoja de evolución de enfermería ”.						
19.	Enfermería en Unidad Médica	Preséntate con el usuario y registra ingreso en la “ libreta de ingreso y egresos de enfermería ” en la Unidad Médica, asigna cama, llena formato de “ ficha de identificación del paciente ”; y coloca en la cama asignada al paciente, revisa las indicaciones en el formato de “ indicaciones médicas ”, y ejecútalas (ve procedimientos técnicos de enfermería) realiza nota de evolución consignándolo en el formato de “ hoja de evolución de enfermería ”.						
20.	Médico Psiquiatra en Unidad Médica	Valora al usuario, elabora nota de evolución clínica en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y actualiza las indicaciones médicas en el formato de “ indicaciones médicas ”.						
21.	Psicología en Unidad Médica	<p>Continúa con entrevistas subsecuentes e inicia con la evaluación de la escala de discapacidad y funcionalidad de personas con enfermedad mental severa y persistente (CIF) regístrala en el formato de “escala CIF” y anéxalo al expediente, anota tus hallazgos en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”.</p> <p>Nota: Si el paciente permanece en la unidad por tiempo indefinido. Aplica actividad 52.</p>						

SELLO



PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD										
22.	Médico General	<p>Revisa la evolución del padecimiento del paciente y determina el manejo a seguir de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Manejo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unidad Médica</td> <td>Elabora formato de “solicitud de servicios” solicitando los estudios de laboratorio y de gabinete que sean pertinentes para el caso deposítalos en el folder de pendientes en el control de enfermería. Aplica actividad 24.</td> </tr> <tr> <td>Referencia</td> <td>Realiza referencia llenado el formato de “referencia y contrarreferencia” en original y copia recaba firma de jefe inmediato y entrégalas a trabajo social. Ve procedimiento para referencia y contra referencia. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Defunción</td> <td>Aplica actividad 27.</td> </tr> <tr> <td>Estancia Temporal</td> <td>Realiza nota de evolución médica anotándolo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” y actualice indicaciones médicas en le formato de “indicaciones médicas” donde especifiques el motivo de alta de unidad médica y tus indicaciones de manejo en estancia temporal. Aplica actividad 34.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Si el paciente presenta una nueva condición médica Aplica actividad 9.</p>	¿Manejo?	Entonces	Unidad Médica	Elabora formato de “ solicitud de servicios ” solicitando los estudios de laboratorio y de gabinete que sean pertinentes para el caso deposítalos en el folder de pendientes en el control de enfermería. Aplica actividad 24.	Referencia	Realiza referencia llenado el formato de “ referencia y contrarreferencia ” en original y copia recaba firma de jefe inmediato y entrégalas a trabajo social. Ve procedimiento para referencia y contra referencia. Aplica siguiente actividad.	Defunción	Aplica actividad 27.	Estancia Temporal	Realiza nota de evolución médica anotándolo en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y actualice indicaciones médicas en le formato de “ indicaciones médicas ” donde especifiques el motivo de alta de unidad médica y tus indicaciones de manejo en estancia temporal. Aplica actividad 34.
¿Manejo?	Entonces											
Unidad Médica	Elabora formato de “ solicitud de servicios ” solicitando los estudios de laboratorio y de gabinete que sean pertinentes para el caso deposítalos en el folder de pendientes en el control de enfermería. Aplica actividad 24.											
Referencia	Realiza referencia llenado el formato de “ referencia y contrarreferencia ” en original y copia recaba firma de jefe inmediato y entrégalas a trabajo social. Ve procedimiento para referencia y contra referencia. Aplica siguiente actividad.											
Defunción	Aplica actividad 27.											
Estancia Temporal	Realiza nota de evolución médica anotándolo en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y actualice indicaciones médicas en le formato de “ indicaciones médicas ” donde especifiques el motivo de alta de unidad médica y tus indicaciones de manejo en estancia temporal. Aplica actividad 34.											
23.	Médico General	<p>Determina si el paciente regresa de la referencia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Regresa?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica actividad 22.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Fin de procedimiento de hospital.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Regresa?	Entonces	Sí	Aplica actividad 22.	No	Fin de procedimiento de hospital.				
¿Regresa?	Entonces											
Sí	Aplica actividad 22.											
No	Fin de procedimiento de hospital.											
24.	Enfermera de Unidad Médica	<p>Determina la actividad a realizar de acuerdo a la siguiente tabla.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Estudio?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Análisis Clínicos</td> <td>Entrega solicitud de laboratorio y apoye en la toma de muestras Ve procedimiento de laboratorio. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Gabinete</td> <td>Avisa a rayos X del estudio solicitado, traslada al usuario a rayos X con solicitud correspondiente en cuanto lo solicite el departamento. Ve procedimiento de rayos X. Aplica actividad 26.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Tratándose de un paciente contrarreferido recíbelo e informa al médico general de su ingreso. Aplica actividad 22.</p>	¿Estudio?	Entonces	Análisis Clínicos	Entrega solicitud de laboratorio y apoye en la toma de muestras Ve procedimiento de laboratorio. Aplica siguiente actividad.	Gabinete	Avisa a rayos X del estudio solicitado, traslada al usuario a rayos X con solicitud correspondiente en cuanto lo solicite el departamento. Ve procedimiento de rayos X. Aplica actividad 26.				
¿Estudio?	Entonces											
Análisis Clínicos	Entrega solicitud de laboratorio y apoye en la toma de muestras Ve procedimiento de laboratorio. Aplica siguiente actividad.											
Gabinete	Avisa a rayos X del estudio solicitado, traslada al usuario a rayos X con solicitud correspondiente en cuanto lo solicite el departamento. Ve procedimiento de rayos X. Aplica actividad 26.											

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
25.	Enfermera Unidad Médica	Recoge resultados de laboratorio, avisa y entrégaselos al médico general. Aplica actividad 22.								
26.	Enfermera Unidad Médica	Regresa usuario a su servicio, recoge resultados, y notifica al médico general. Aplica actividad 22.								
27.	Médico General	Determina el tipo de defunción:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Defunción?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Natural</td> <td>Certifica la muerte, elabora nota de defunción en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”, llena el formato de “certificado de defunción”, notifica a coordinación de medicina general, a trabajo social, dirección y médico psiquiatra tratante. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Violenta</td> <td>Elabora nota de defunción en el formato de “nota de evolución médico/psiquiátrica” (ver protocolo de parte de cadáver) notifica inmediatamente coordinación de medicina general, a trabajo social, dirección y psiquiatra tratante. Aplica actividad 31.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Defunción?	Entonces	Natural	Certifica la muerte, elabora nota de defunción en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, llena el formato de “ certificado de defunción ”, notifica a coordinación de medicina general, a trabajo social, dirección y médico psiquiatra tratante. Aplica siguiente actividad.	Violenta	Elabora nota de defunción en el formato de “ nota de evolución médico/psiquiátrica ” (ver protocolo de parte de cadáver) notifica inmediatamente coordinación de medicina general, a trabajo social, dirección y psiquiatra tratante. Aplica actividad 31.		
		¿Defunción?	Entonces							
Natural	Certifica la muerte, elabora nota de defunción en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, llena el formato de “ certificado de defunción ”, notifica a coordinación de medicina general, a trabajo social, dirección y médico psiquiatra tratante. Aplica siguiente actividad.									
Violenta	Elabora nota de defunción en el formato de “ nota de evolución médico/psiquiátrica ” (ver protocolo de parte de cadáver) notifica inmediatamente coordinación de medicina general, a trabajo social, dirección y psiquiatra tratante. Aplica actividad 31.									
28.	Personal	Determine las actividades a realizar de acuerdo a la siguiente tabla:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera</td> <td>Realiza cuidados post mortem y trasládalo al área de descanso, espera hasta que lo entregues a la funeraria (ve procedimiento de manejo de cadáver), regístralo en el formato de “hoja de evolución de enfermería” el alta del usuario y entrega a admisión con expediente correspondiente. Fin de procedimiento de hospitalización.</td> </tr> <tr> <td>Médico Psiquiatra</td> <td>Realiza nota de alta en formato de “evolución médico/psiquiátrica” y llena los datos de egreso del formato de “ingreso/egreso”. Fin de procedimiento de hospitalización.</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social de Equipo Tratante</td> <td>Notifica a la familia, para que lleven a cabo el trámite correspondiente de la defunción. Fin de Procedimiento de Hospitalización. Nota: En caso de no existir familiares avisa a jefatura de trabajo social. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Enfermera	Realiza cuidados post mortem y trasládalo al área de descanso, espera hasta que lo entregues a la funeraria (ve procedimiento de manejo de cadáver), regístralo en el formato de “ hoja de evolución de enfermería ” el alta del usuario y entrega a admisión con expediente correspondiente. Fin de procedimiento de hospitalización.	Médico Psiquiatra	Realiza nota de alta en formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y llena los datos de egreso del formato de “ ingreso/egreso ”. Fin de procedimiento de hospitalización.	Trabajo Social de Equipo Tratante	Notifica a la familia, para que lleven a cabo el trámite correspondiente de la defunción. Fin de Procedimiento de Hospitalización. Nota: En caso de no existir familiares avisa a jefatura de trabajo social. Aplica siguiente actividad.
		¿Personal?	Entonces							
		Enfermera	Realiza cuidados post mortem y trasládalo al área de descanso, espera hasta que lo entregues a la funeraria (ve procedimiento de manejo de cadáver), regístralo en el formato de “ hoja de evolución de enfermería ” el alta del usuario y entrega a admisión con expediente correspondiente. Fin de procedimiento de hospitalización.							
Médico Psiquiatra	Realiza nota de alta en formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y llena los datos de egreso del formato de “ ingreso/egreso ”. Fin de procedimiento de hospitalización.									
Trabajo Social de Equipo Tratante	Notifica a la familia, para que lleven a cabo el trámite correspondiente de la defunción. Fin de Procedimiento de Hospitalización. Nota: En caso de no existir familiares avisa a jefatura de trabajo social. Aplica siguiente actividad.									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
29.	Jefa de Trabajo Social	Asigna a personal del departamento para realización de gestiones administrativas de la defunción.								
30.	Trabajadora Social	Ve procedimiento de trabajo social para defunción. Fin de Procedimiento de Hospitalización.								
31.	Personal	<p>Determine las actividades a realizar de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermería</td> <td>Espere para mover al usuario, hasta que la autoridad o la instancia oficial lo permitan. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Médico Psiquiatra</td> <td>Realiza nota de defunción en formato de “evolución médico/psiquiátrica” y llena formato de “ingreso/egreso”. Fin de procedimiento de hospitalización</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social de Equipo Tratante</td> <td>Notifica a familiares, llena formato de “notificación de defunción a ministerio público”, recaba firmas y entrégalo a Jefatura de trabajo social y avisa vía telefónica a Ministerio Público sobre la defunción, ve procedimiento de defunción de paciente. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Enfermería	Espere para mover al usuario, hasta que la autoridad o la instancia oficial lo permitan. Aplica siguiente actividad.	Médico Psiquiatra	Realiza nota de defunción en formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y llena formato de “ ingreso/egreso ”. Fin de procedimiento de hospitalización	Trabajo Social de Equipo Tratante	Notifica a familiares, llena formato de “ notificación de defunción a ministerio público ”, recaba firmas y entrégalo a Jefatura de trabajo social y avisa vía telefónica a Ministerio Público sobre la defunción, ve procedimiento de defunción de paciente. Aplica siguiente actividad.
¿Personal?	Entonces									
Enfermería	Espere para mover al usuario, hasta que la autoridad o la instancia oficial lo permitan. Aplica siguiente actividad.									
Médico Psiquiatra	Realiza nota de defunción en formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” y llena formato de “ ingreso/egreso ”. Fin de procedimiento de hospitalización									
Trabajo Social de Equipo Tratante	Notifica a familiares, llena formato de “ notificación de defunción a ministerio público ”, recaba firmas y entrégalo a Jefatura de trabajo social y avisa vía telefónica a Ministerio Público sobre la defunción, ve procedimiento de defunción de paciente. Aplica siguiente actividad.									
32.	Trabajo Social	<p>Proporciona todas las facilidades al Ministerio Público para el traslado del usuario ve procedimiento de defunción de paciente. Verifica si el Ministerio Público determinó que la muerte fue violenta:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Violenta?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica procedimiento de defunción de paciente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifica a enfermería el resultado del dictamen del Ministerio Público, proporciona todas las facilidades al Ministerio Público para el traslado del usuario ve procedimiento de defunción de paciente. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Si el Ministerio Público determina que la muerte no fue violenta y no se requiere el traslado del usuario. Aplica actividad 33.</p>	¿Violenta?	Entonces	Sí	Aplica procedimiento de defunción de paciente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.	No	Notifica a enfermería el resultado del dictamen del Ministerio Público, proporciona todas las facilidades al Ministerio Público para el traslado del usuario ve procedimiento de defunción de paciente. Aplica siguiente actividad.		
¿Violenta?	Entonces									
Sí	Aplica procedimiento de defunción de paciente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.									
No	Notifica a enfermería el resultado del dictamen del Ministerio Público, proporciona todas las facilidades al Ministerio Público para el traslado del usuario ve procedimiento de defunción de paciente. Aplica siguiente actividad.									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD												
33.	Enfermería	<p>Realiza cuidados post mortem, (cuando te sea indicado por la autoridad o la instancia oficial) trasládalo al área de descanso y espera hasta que lo entregues a la funeraria (ve procedimiento de manejo de cadáver), realiza nota de alta de enfermería y registra en formato de “hoja de evolución de enfermería” entrega a admisión con expediente correspondiente.</p> <p>Fin de Procedimiento de Hospitalización.</p>												
34.	Médico Psiquiatra	<p>Realiza entrevista y anota tus hallazgos en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”, actualiza indicaciones y anota en el formato de “indicaciones médicas” y determina el manejo del paciente de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Manejo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Unidad Psiquiátrica</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Entrevista a Familiares</td> <td>Solicita a trabajo social que cite a familiares, señálale una fecha de cita. Aplica actividad 38.</td> </tr> <tr> <td>Abandono de Tratamiento sin Autorización Médica</td> <td>Aplica actividad 40.</td> </tr> <tr> <td>Estancia Temporal</td> <td>Notifica a enfermería actualizando tus notas de evolución e indicaciones médicas y repórtalas en los formatos de “evolución médico/psiquiátrica” y formato de “indicaciones médicas”. Aplica actividad 50.</td> </tr> <tr> <td>Egreso</td> <td>Realiza valoración al usuario. Elabora nota de alta en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”, actualiza indicaciones en el formato de “indicaciones médicas” realiza “recetas” y llene formato de “cuidados extrahospitalarios”, avisa a trabajo social y entrégale las recetas; informa a psicología, medicina general y enfermería del alta, llena apartado de egreso en el formato de “ingreso/egreso”. Aplica actividad 99.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Manejo?	Entonces	Unidad Psiquiátrica	Aplica siguiente actividad.	Entrevista a Familiares	Solicita a trabajo social que cite a familiares, señálale una fecha de cita. Aplica actividad 38.	Abandono de Tratamiento sin Autorización Médica	Aplica actividad 40.	Estancia Temporal	Notifica a enfermería actualizando tus notas de evolución e indicaciones médicas y repórtalas en los formatos de “evolución médico/psiquiátrica” y formato de “indicaciones médicas” . Aplica actividad 50.	Egreso	Realiza valoración al usuario. Elabora nota de alta en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” , actualiza indicaciones en el formato de “indicaciones médicas” realiza “recetas” y llene formato de “cuidados extrahospitalarios” , avisa a trabajo social y entrégale las recetas; informa a psicología, medicina general y enfermería del alta, llena apartado de egreso en el formato de “ingreso/egreso” . Aplica actividad 99.
¿Manejo?	Entonces													
Unidad Psiquiátrica	Aplica siguiente actividad.													
Entrevista a Familiares	Solicita a trabajo social que cite a familiares, señálale una fecha de cita. Aplica actividad 38.													
Abandono de Tratamiento sin Autorización Médica	Aplica actividad 40.													
Estancia Temporal	Notifica a enfermería actualizando tus notas de evolución e indicaciones médicas y repórtalas en los formatos de “evolución médico/psiquiátrica” y formato de “indicaciones médicas” . Aplica actividad 50.													
Egreso	Realiza valoración al usuario. Elabora nota de alta en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” , actualiza indicaciones en el formato de “indicaciones médicas” realiza “recetas” y llene formato de “cuidados extrahospitalarios” , avisa a trabajo social y entrégale las recetas; informa a psicología, medicina general y enfermería del alta, llena apartado de egreso en el formato de “ingreso/egreso” . Aplica actividad 99.													
35.	Enfermera	Ejecuta indicaciones médicas y realiza cuidados generales y específicos de enfermería (ve procedimientos técnicos de enfermería), regístralos tanto en el formato de “registro de enfermería” , como en el formato de “hoja de evolución de enfermería” .												
36.	Psicología	Continúa con entrevistas subsecuentes y valoraciones de su condición mental, anota los hallazgos en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” , aplica la escala CIF regístrala en el formato de “escala CIF” y anéxalo al expediente.												

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
37.	Médico Psiquiatra	Realiza entrevista y anota tus hallazgos en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, actualiza indicaciones y anótalos en el formato de “ indicaciones médicas ”. Aplica actividad 34.						
38.	Trabajo Social	Contacta al familiar, cítalos para que se entreviste con psiquiatra e infórmale a éste la fecha y hora de la entrevista.						
39.	Médico Psiquiatra	Realiza entrevista con el familiar, recaba información sobre el padecimiento del paciente, esclarece todas las dudas planteadas por el familiar, registra en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” del expediente la información recabada. Aplica actividad 37.						
40.	Personal	<p>Determina la actividad a seguir de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de Abandono?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intrahospitalario</td> <td>Avisa de manera inmediata a personal de enfermería. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Extrahospitalario</td> <td>Aplica actividad 47.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de Abandono?	Entonces	Intrahospitalario	Avisa de manera inmediata a personal de enfermería. Aplica siguiente actividad.	Extrahospitalario	Aplica actividad 47.
¿Tipo de Abandono?	Entonces							
Intrahospitalario	Avisa de manera inmediata a personal de enfermería. Aplica siguiente actividad.							
Extrahospitalario	Aplica actividad 47.							
41.	Enfermería	Avisa a tu jefe o encargado del área, de manera inmediata, llena el “ formato de enfermería para abandono de tratamiento sin autorización médica ” entrégalo al jefe o encargado del servicio. Organiza búsqueda exhaustiva del usuario por los alrededores del hospital. Elabora nota de evolución en el formato de “ hoja de evolución de enfermería ”.						
42.	Jefe o Encargado del Servicio de Enfermería	Recibe el “ formato de enfermería para abandono de tratamiento sin autorización médica ”. Haz anotaciones correspondientes en “ formato de 24 horas ” y da aviso a supervisión de enfermería y al departamento de admisión.						
43.	Supervisión de Enfermería	Recibe y entrega inmediatamente el “ formato de enfermería para abandono de tratamiento sin autorización médica ” en original a trabajo social, con acuse de recibo y anéxelo al expediente. Elabora informe y regístralo en la “ bitácora de supervisión ”.						
44.	Trabajo Social	<p>Recibe “formato de enfermería de abandono de tratamiento sin autorización médica” y llena a su vez “formato de abandono de tratamiento sin autorización médica para ministerio público” informa y entrega a jefatura de trabajo social.</p> <p>Avisa por los medios a tu alcance a la familia, tutor o institución responsable, del abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica. Elabora nota de evolución en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”.</p> <p>Nota: De ser necesario realiza los trámites correspondientes para acudir a domicilio a notificar.</p>						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD												
45.	Jefatura de Trabajo Social	Avisa de manera inmediata a dirección, jefaturas y coordinaciones por cualquier medio a tu alcance. Asigna a trabajadora social y/o chofer para entrega del formato al Ministerio Público.												
46.	Trabajo Social y/o Chofer	Entrega el formato correspondiente en original al agente del ministerio público, recaba firmas de recibido y sello, anexa el formato con las firmas de recibido al expediente clínico del usuario. Nota: De no contar con la trabajadora social, el chofer debe entregar el formato al médico residente de guardia, quien a su vez lo anexa al expediente clínico a la brevedad posible.												
47.	Personal	<p>Determina las actividades a realizar de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización en “formato de evolución médico/psiquiátrica”, avisa a psiquiatría, medicina general y psicología. Comunícate con el familiar para hacer rescate de paciente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.</td> </tr> <tr> <td>Psiquiatra</td> <td>Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “formato de evolución médico/psiquiátrica”. Fin del Procedimiento de Hospitalización.</td> </tr> <tr> <td>Psicología</td> <td>Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “formato de evolución médico/psiquiátrica” y notifica a URI en caso de que el usuario se encuentre en algún programa de rehabilitación. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Médico General</td> <td>Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “formato de evolución médico/psiquiátrica”. Fin del Procedimiento de Hospitalización</td> </tr> <tr> <td>Enfermería</td> <td>Recibe aviso de psiquiatría, elabora nota de enfermería en formato de “hoja de evolución de enfermería”, avisa a la brevedad al servicio de admisión. Aplica actividad 49.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Trabajo Social	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ”, avisa a psiquiatría, medicina general y psicología. Comunícate con el familiar para hacer rescate de paciente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.	Psiquiatra	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ”. Fin del Procedimiento de Hospitalización.	Psicología	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ” y notifica a URI en caso de que el usuario se encuentre en algún programa de rehabilitación. Aplica siguiente actividad.	Médico General	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ”. Fin del Procedimiento de Hospitalización	Enfermería	Recibe aviso de psiquiatría, elabora nota de enfermería en formato de “ hoja de evolución de enfermería ”, avisa a la brevedad al servicio de admisión. Aplica actividad 49.
¿Personal?	Entonces													
Trabajo Social	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ”, avisa a psiquiatría, medicina general y psicología. Comunícate con el familiar para hacer rescate de paciente. Fin del Procedimiento de Hospitalización.													
Psiquiatra	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ”. Fin del Procedimiento de Hospitalización.													
Psicología	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ” y notifica a URI en caso de que el usuario se encuentre en algún programa de rehabilitación. Aplica siguiente actividad.													
Médico General	Realiza nota de alta por abandono de tratamiento sin autorización médica en “ formato de evolución médico/psiquiátrica ”. Fin del Procedimiento de Hospitalización													
Enfermería	Recibe aviso de psiquiatría, elabora nota de enfermería en formato de “ hoja de evolución de enfermería ”, avisa a la brevedad al servicio de admisión. Aplica actividad 49.													

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
48.	URI	Realiza nota de abandono de programa, consígnalo en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” . Fin del Procedimiento de Hospitalización.								
49.	Admisión	Repórtalo en el “formato de censo diario” y espera 72 horas para realizar el egreso administrativo ve procedimiento de egreso administrativo. Fin del Procedimiento de Hospitalización.								
50.	Enfermera de unidad Psiquiátrica	Traslada al usuario con el expediente clínico al área de estancia temporal, preséntalo y entrégalo al personal de enfermería encargado del área, registra la baja del paciente de la unidad de psiquiatría llena el “formato de censo diario” , regístralo en el formato de “hoja de evolución de enfermería” .								
51.	Enfermera de Estancia Temporal	Recibe al paciente junto con el expediente clínico, preséntate con el usuario y registra en la “libreta de ingresos y egresos de enfermería” como ingreso y continúa con el manejo integral (ve procedimientos técnicos de enfermería).								
52.	Personal	Determina las actividades a realizar de acuerdo al manejo expresado en la siguiente tabla: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>Lleva a cabo reunión informativa con familiares sobre manejo institucional, atiende y orienta a familiares de acuerdo a necesidades y elabora nota regístrala en el “formato de evolución médico/psiquiátrica”. Aplica estudios psicosocial a usuarios con dos reingresos en un año, regístralo en el “formato de estudio psicosocial”, anéxalo al expediente clínico, realiza estudio socioeconómico y regístralo en el formato “estudio socioeconómico” anéxalo al expediente clínico. Solicita vehículo para visita domiciliaria a jefatura de trabajo social. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Psicología</td> <td>Continúa con entrevista subsecuentes e inicia evaluación aplica CIF. Al remitir la sintomatología psicótica aguda continúa con su evaluación y aplica escala “WHODAS”, reporta todo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” del expediente y elabora plan de tratamiento y objetivos. Aplica actividad 55.</td> </tr> <tr> <td>Psiquiatría</td> <td>Aplica actividad 67.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Trabajo Social	Lleva a cabo reunión informativa con familiares sobre manejo institucional, atiende y orienta a familiares de acuerdo a necesidades y elabora nota regístrala en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” . Aplica estudios psicosocial a usuarios con dos reingresos en un año, regístralo en el “formato de estudio psicosocial” , anéxalo al expediente clínico, realiza estudio socioeconómico y regístralo en el formato “estudio socioeconómico” anéxalo al expediente clínico. Solicita vehículo para visita domiciliaria a jefatura de trabajo social. Aplica siguiente actividad.	Psicología	Continúa con entrevista subsecuentes e inicia evaluación aplica CIF. Al remitir la sintomatología psicótica aguda continúa con su evaluación y aplica escala “WHODAS” , reporta todo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” del expediente y elabora plan de tratamiento y objetivos. Aplica actividad 55.	Psiquiatría	Aplica actividad 67.
¿Personal?	Entonces									
Trabajo Social	Lleva a cabo reunión informativa con familiares sobre manejo institucional, atiende y orienta a familiares de acuerdo a necesidades y elabora nota regístrala en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” . Aplica estudios psicosocial a usuarios con dos reingresos en un año, regístralo en el “formato de estudio psicosocial” , anéxalo al expediente clínico, realiza estudio socioeconómico y regístralo en el formato “estudio socioeconómico” anéxalo al expediente clínico. Solicita vehículo para visita domiciliaria a jefatura de trabajo social. Aplica siguiente actividad.									
Psicología	Continúa con entrevista subsecuentes e inicia evaluación aplica CIF. Al remitir la sintomatología psicótica aguda continúa con su evaluación y aplica escala “WHODAS” , reporta todo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” del expediente y elabora plan de tratamiento y objetivos. Aplica actividad 55.									
Psiquiatría	Aplica actividad 67.									
53.	Jefatura de Trabajo Social	Asigna vehículo y fecha para realización de visita domiciliaria								

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
54.	Trabajo Social	Realiza la visita domiciliaria, preséntate con los familiares y realiza entrevista (ve procedimiento de visita domiciliaria) y llena formato de “ informe de visita domiciliaria ”, anéxalo al expediente y realiza nota de visita en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”. Aplica actividad 52.						
55.	Psicología	Determina si requiere realizar entrevista con el familiar del usuario:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Entrevista?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra en la “nota de evolución médico/psiquiátrica” la necesidad de entrevistar al familiar del usuario y solicita a trabajo social concertar cita con familiar. Aplica siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 58.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Entrevista?	Entonces	Sí	Registra en la “ nota de evolución médico/psiquiátrica ” la necesidad de entrevistar al familiar del usuario y solicita a trabajo social concertar cita con familiar. Aplica siguiente actividad	No	Aplica actividad 58.
		¿Entrevista?	Entonces					
Sí	Registra en la “ nota de evolución médico/psiquiátrica ” la necesidad de entrevistar al familiar del usuario y solicita a trabajo social concertar cita con familiar. Aplica siguiente actividad							
No	Aplica actividad 58.							
56.	Trabajo Social	Contacta al familiar, cítalos para que se entreviste con psicólogo e infórmale a éste la fecha y hora de la entrevista.						
57.	Psicólogo	Realiza entrevista con el familiar, registra en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ” del expediente la información recabada.						
58.	Psicología	Explica al usuario los objetivos que se pretenden en su proceso de rehabilitación y a que programa (s) se incorporará para lograrlos, haz de su conocimiento que será necesario continuar con éste hasta finalizar, esto significa que su proceso de rehabilitación, va más allá de su estancia hospitalaria. Si es dado de alta de la institución, se programarán sus citas por consulta externa para que continúe con su proceso. Si es incorporado a un grupo durante su estancia en el hospital y una vez que se encuentre en condiciones de acudir a sus sesiones, el psicólogo lo acompañará la primera sesión para mostrarle el procedimiento, posteriormente si lo requiere, lo acompañará un enfermero o bien, acudirá solo a sus sesiones. Podrá incluirse en el programa de UNIRE, URI o los de psicología.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD										
59.	Psicología	<p>Determina el manejo a seguir de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Manejo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Plan Psicoterapéutico de Psicología</td> <td>Realiza plan psicoterapéutico y regístralo en el formato “de evolución médico/psiquiátrica”. Realiza evaluación de logros y objetivos, replantea plan a seguir, consignándolo en el formato “de evolución médico/psiquiátrica”. Aplica actividad 52.</td> </tr> <tr> <td>URI</td> <td>Realiza trámites correspondientes para ingresarlo a la URI. (Ve procedimiento de URI). Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>UNIRE</td> <td>Aplica escalas CIF y WHODAS, consigna los hallazgos en los “formatos de CIF y WHODAS”, llena los resultados en el “formato de ingreso para UNIRE”, realiza nota de alta en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” y entrega la documentación a la coordinación de rehabilitación. Aplica actividad 66.</td> </tr> <tr> <td>Ninguno</td> <td>Si el usuario no es candidato a algún programa de rehabilitación por su condición mental y física. Aplica actividad 67.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Manejo?	Entonces	Plan Psicoterapéutico de Psicología	Realiza plan psicoterapéutico y regístralo en el formato “ de evolución médico/psiquiátrica ”. Realiza evaluación de logros y objetivos, replantea plan a seguir, consignándolo en el formato “ de evolución médico/psiquiátrica ”. Aplica actividad 52.	URI	Realiza trámites correspondientes para ingresarlo a la URI. (Ve procedimiento de URI). Aplica siguiente actividad.	UNIRE	Aplica escalas CIF y WHODAS, consigna los hallazgos en los “ formatos de CIF y WHODAS ”, llena los resultados en el “ formato de ingreso para UNIRE ”, realiza nota de alta en el “ formato de evolución médico/psiquiátrica ” y entrega la documentación a la coordinación de rehabilitación. Aplica actividad 66.	Ninguno	Si el usuario no es candidato a algún programa de rehabilitación por su condición mental y física. Aplica actividad 67.
¿Manejo?	Entonces											
Plan Psicoterapéutico de Psicología	Realiza plan psicoterapéutico y regístralo en el formato “ de evolución médico/psiquiátrica ”. Realiza evaluación de logros y objetivos, replantea plan a seguir, consignándolo en el formato “ de evolución médico/psiquiátrica ”. Aplica actividad 52.											
URI	Realiza trámites correspondientes para ingresarlo a la URI. (Ve procedimiento de URI). Aplica siguiente actividad.											
UNIRE	Aplica escalas CIF y WHODAS, consigna los hallazgos en los “ formatos de CIF y WHODAS ”, llena los resultados en el “ formato de ingreso para UNIRE ”, realiza nota de alta en el “ formato de evolución médico/psiquiátrica ” y entrega la documentación a la coordinación de rehabilitación. Aplica actividad 66.											
Ninguno	Si el usuario no es candidato a algún programa de rehabilitación por su condición mental y física. Aplica actividad 67.											
60.	Psicología	<p>Determina si el paciente debe acudir acompañado a URI:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acompañado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Notifica por escrito en “formato de indicaciones médicas” a enfermería que acompañe al usuario cada vez que acuda a URI. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifica a enfermería por escrito en “formato de indicaciones médicas” que no necesita acompañamiento para acudir a URI, notifica al usuario asistir a URI en su horario establecido avisando verbalmente a personal enfermería encargado del área al salir y al regresar al área. Aplica actividad 62.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente no acude a URI o no regresa al área Aplica actividad 35. • El paciente en su primera visita a URI siempre deberá ser acompañado por personal de psicología. 	¿Acompañado?	Entonces	Sí	Notifica por escrito en “ formato de indicaciones médicas ” a enfermería que acompañe al usuario cada vez que acuda a URI. Aplica siguiente actividad.	No	Notifica a enfermería por escrito en “ formato de indicaciones médicas ” que no necesita acompañamiento para acudir a URI, notifica al usuario asistir a URI en su horario establecido avisando verbalmente a personal enfermería encargado del área al salir y al regresar al área. Aplica actividad 62.				
¿Acompañado?	Entonces											
Sí	Notifica por escrito en “ formato de indicaciones médicas ” a enfermería que acompañe al usuario cada vez que acuda a URI. Aplica siguiente actividad.											
No	Notifica a enfermería por escrito en “ formato de indicaciones médicas ” que no necesita acompañamiento para acudir a URI, notifica al usuario asistir a URI en su horario establecido avisando verbalmente a personal enfermería encargado del área al salir y al regresar al área. Aplica actividad 62.											
61.	Enfermería	Acompaña al usuario cada vez que éste acuda a URI										

SELLO



PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
62.	URI	Determina la actividad a seguir de acuerdo a la siguiente tabla:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Primera vez en el programa?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Lleva a cabo los objetivos establecidos por psicología.</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Primera vez en el programa?	Entonces	No	Lleva a cabo los objetivos establecidos por psicología.	Sí	Aplica siguiente actividad.		
		¿Primera vez en el programa?	Entonces							
No	Lleva a cabo los objetivos establecidos por psicología.									
Sí	Aplica siguiente actividad.									
63.	URI	Programa cita para evaluación y recepción de documentación. Entrevístate con el usuario para determinar las actividades a realizar ve manual de procedimientos de URI . Comunícate inmediatamente con el personal de enfermería del área donde se encuentra el paciente, cada vez que el usuario no acuda al área después del tiempo de tolerancia, para avisar de su ausencia.								
64.	Psicología	Supervisa los avances en los objetivos planteados y consígnalos en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” .								
65.	Psicología	Evalúa el cumplimiento de objetivos y determina si continúa en alguno de los programas, consígnalo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” . Aplica actividad 59.								
66.	Personal	Determina las actividades a seguir de acuerdo a la siguiente tabla:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>Realiza evaluación al paciente y reporta el nivel arrojado en la escala SOFAS anótalo en el “formato de escala SOFAS”, anéxalo al expediente y realiza trámite correspondiente para egreso de la unidad e ingreso de usuario a UNIRE, ve procedimiento de UNIRE. Aplica actividad 99.</td> </tr> <tr> <td>Enfermera</td> <td>Realiza escala de actividades de la vida diaria y anota sus resultados en el “formato de escala de actividades de la vida diaria” y anéxalo al expediente, ve procedimiento de UNIRE. Aplica actividad 99.</td> </tr> <tr> <td>Psiquiatría</td> <td>Evalúa al paciente, realiza escala PANSS anota tus resultados en el “formato de escala PANSS”, realiza escala CGI, anota el resultado en el “formato de escala CGI” y realiza escala SOFAS, anota los resultados en el “formato de escala SOFAS”, anexa todos los formatos al expediente, ve procedimiento de UNIRE. Aplica actividad 99.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Trabajo Social	Realiza evaluación al paciente y reporta el nivel arrojado en la escala SOFAS anótalo en el “formato de escala SOFAS” , anéxalo al expediente y realiza trámite correspondiente para egreso de la unidad e ingreso de usuario a UNIRE, ve procedimiento de UNIRE . Aplica actividad 99.	Enfermera	Realiza escala de actividades de la vida diaria y anota sus resultados en el “formato de escala de actividades de la vida diaria” y anéxalo al expediente, ve procedimiento de UNIRE . Aplica actividad 99.	Psiquiatría	Evalúa al paciente, realiza escala PANSS anota tus resultados en el “formato de escala PANSS” , realiza escala CGI, anota el resultado en el “formato de escala CGI” y realiza escala SOFAS, anota los resultados en el “formato de escala SOFAS” , anexa todos los formatos al expediente, ve procedimiento de UNIRE . Aplica actividad 99.
		¿Personal?	Entonces							
		Trabajo Social	Realiza evaluación al paciente y reporta el nivel arrojado en la escala SOFAS anótalo en el “formato de escala SOFAS” , anéxalo al expediente y realiza trámite correspondiente para egreso de la unidad e ingreso de usuario a UNIRE, ve procedimiento de UNIRE . Aplica actividad 99.							
Enfermera	Realiza escala de actividades de la vida diaria y anota sus resultados en el “formato de escala de actividades de la vida diaria” y anéxalo al expediente, ve procedimiento de UNIRE . Aplica actividad 99.									
Psiquiatría	Evalúa al paciente, realiza escala PANSS anota tus resultados en el “formato de escala PANSS” , realiza escala CGI, anota el resultado en el “formato de escala CGI” y realiza escala SOFAS, anota los resultados en el “formato de escala SOFAS” , anexa todos los formatos al expediente, ve procedimiento de UNIRE . Aplica actividad 99.									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
67.	Médico Psiquiatra	<p>Evalúa al usuario 2 veces por semana, replantea plan de tratamiento, aplica escala CGI 1 vez x semana, y escala PANS cada 15 días, anota tus hallazgos en el “formato de evolución médico/psiquiátrica”, actualiza las indicaciones anótalas en el “formato de indicaciones médicas”.</p> <p>Nota: Es importante evaluar el uso mínimo de polifarmacia en el tratamiento del usuario.</p>								
68.	Médico Psiquiatra	<p>Determina el tipo de tratamiento y realiza las actividades de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tratamiento?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Permiso terapéutico</td> <td>Realiza nota de evolución en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” y actualiza indicaciones en “formato de indicaciones médicas”, indicando el número de días de permiso y avisa de forma verbal a trabajo social sobre el otorgamiento del permiso. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>TEC</td> <td>Solicita valoración a médico general para realización de TEC, consignándolo en el formato “de evolución médico/psiquiátrica” y en el formato de “indicaciones médicas”. Aplica actividad 74.</td> </tr> <tr> <td>Farmacológico</td> <td>Llena el formato de “indicaciones médicas” con los datos correspondientes (nombre genérico, presentación, dosis, vía de administración y frecuencia) y da indicaciones a enfermera si es necesario administrar en ese momento algún medicamento. Aplica actividad 90.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tratamiento?	Entonces	Permiso terapéutico	Realiza nota de evolución en el “ formato de evolución médico/psiquiátrica ” y actualiza indicaciones en “ formato de indicaciones médicas ”, indicando el número de días de permiso y avisa de forma verbal a trabajo social sobre el otorgamiento del permiso. Aplica siguiente actividad.	TEC	Solicita valoración a médico general para realización de TEC, consignándolo en el formato “ de evolución médico/psiquiátrica ” y en el formato de “ indicaciones médicas ”. Aplica actividad 74.	Farmacológico	Llena el formato de “ indicaciones médicas ” con los datos correspondientes (nombre genérico, presentación, dosis, vía de administración y frecuencia) y da indicaciones a enfermera si es necesario administrar en ese momento algún medicamento. Aplica actividad 90.
¿Tratamiento?	Entonces									
Permiso terapéutico	Realiza nota de evolución en el “ formato de evolución médico/psiquiátrica ” y actualiza indicaciones en “ formato de indicaciones médicas ”, indicando el número de días de permiso y avisa de forma verbal a trabajo social sobre el otorgamiento del permiso. Aplica siguiente actividad.									
TEC	Solicita valoración a médico general para realización de TEC, consignándolo en el formato “ de evolución médico/psiquiátrica ” y en el formato de “ indicaciones médicas ”. Aplica actividad 74.									
Farmacológico	Llena el formato de “ indicaciones médicas ” con los datos correspondientes (nombre genérico, presentación, dosis, vía de administración y frecuencia) y da indicaciones a enfermera si es necesario administrar en ese momento algún medicamento. Aplica actividad 90.									
69.	Trabajo Social	<p>Notifica a familiares que se dará permiso terapéutico al usuario y consígnalo en el formato “de evolución médico/psiquiátrica”.</p> <p>Nota: Si los familiares no se encuentran en el momento, localízalos e informa sobre el permiso.</p>								
70.	Trabajo Social	Llena “ formato de permiso terapéutico ” y solicita firmas del familiar o responsable en original y copia, entrega recetas al familiar, avisa a enfermería que prepare al paciente.								
71.	Enfermería	Proporcióname, de ser necesario, materia para aseo general, así como ropa proporcionada por el familiar y/o ropa de hospital, de no contar con familiar, al usuario para la salida, entrégalo a trabajo social y proporcióname medicamento para 3 días e informa a familiar sobre cuidados específicos respecto a psicofármacos.								

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
72.	Trabajo Social	Recibe al paciente y entrégalo al familiar o responsable con medicamento o recetas y copia del permiso, explícales las indicaciones de los médicos tratantes y consígnalo en el formato “ de evolución médico/psiquiátrica ”.								
73.	Trabajo Social	<p>Determina las actividades a seguir si el usuario regresa de permiso:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Regresa?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Recibe al usuario y regrésalo a su área entregándolo a enfermería además de entrevistar a familiares, regístralo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”. Aplica actividad 67.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indaga con familiares la ubicación del usuario, si existe abandono de tratamiento, indica acudir a consulta externa para manejo y notifica al psiquiatra y elabora nota de evolución registrándolo en el formato de “evolución médico psiquiátrica”. Aplica actividad 47.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Regresa?	Entonces	Sí	Recibe al usuario y regrésalo a su área entregándolo a enfermería además de entrevistar a familiares, regístralo en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”. Aplica actividad 67.	No	Indaga con familiares la ubicación del usuario, si existe abandono de tratamiento, indica acudir a consulta externa para manejo y notifica al psiquiatra y elabora nota de evolución registrándolo en el formato de “ evolución médico psiquiátrica ”. Aplica actividad 47.		
¿Regresa?	Entonces									
Sí	Recibe al usuario y regrésalo a su área entregándolo a enfermería además de entrevistar a familiares, regístralo en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”. Aplica actividad 67.									
No	Indaga con familiares la ubicación del usuario, si existe abandono de tratamiento, indica acudir a consulta externa para manejo y notifica al psiquiatra y elabora nota de evolución registrándolo en el formato de “ evolución médico psiquiátrica ”. Aplica actividad 47.									
74.	Médico General	Solicita exámenes de laboratorio, placa de rayos x, electrocardiograma para valoración cardiológica.								
75.	Enfermera	<p>Realiza las actividades a seguir de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de Examen?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Laboratorio</td> <td>Entrega solicitud de laboratorio y apoya en la toma de muestras. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Rayos X</td> <td>Avisa a rayos x de estudio solicitado, traslada al usuario a rayos x con solicitud. Aplica actividad 78.</td> </tr> <tr> <td>Electrocardiograma</td> <td>Traslada electrocardiógrafo al servicio para toma de electrocardiograma y brinda apoyo. Aplica actividad 80.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de Examen?	Entonces	Laboratorio	Entrega solicitud de laboratorio y apoya en la toma de muestras. Aplica siguiente actividad.	Rayos X	Avisa a rayos x de estudio solicitado, traslada al usuario a rayos x con solicitud. Aplica actividad 78.	Electrocardiograma	Traslada electrocardiógrafo al servicio para toma de electrocardiograma y brinda apoyo. Aplica actividad 80.
¿Tipo de Examen?	Entonces									
Laboratorio	Entrega solicitud de laboratorio y apoya en la toma de muestras. Aplica siguiente actividad.									
Rayos X	Avisa a rayos x de estudio solicitado, traslada al usuario a rayos x con solicitud. Aplica actividad 78.									
Electrocardiograma	Traslada electrocardiógrafo al servicio para toma de electrocardiograma y brinda apoyo. Aplica actividad 80.									
76.	Químico	Realiza toma de muestras (ver procedimiento de laboratorio).								
77.	Enfermería	Recoge resultados de laboratorio, y avisa al médico general. Aplica actividad 80.								
78.	Técnico de Rayos X	Realiza procedimiento de Rayos X .								
79.	Enfermería	Regresa usuario a su servicio, recoge resultados y notifica al médico general.								

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
80.	Médico General	Realiza electrocardiograma y anota los hallazgos en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” . Recibe resultados de exámenes de laboratorio, rayos X y practica valoración cardiológica, anota los hallazgos encontrados y el grado de riesgo cardiológico en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” y notifica a psiquiatra los resultados.						
81.	Psiquiatra.	Realiza las actividades a seguir de acuerdo a la siguiente tabla: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d9ead3;">¿Apto para TEC?</th> <th style="background-color: #d9ead3;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Notifica a trabajo social para que cite a familiares, infórmale sobre número de cesiones a realizar y suspende tratamiento farmacológico. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Aplica actividad 68.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Apto para TEC?	Entonces	Sí	Notifica a trabajo social para que cite a familiares, infórmale sobre número de cesiones a realizar y suspende tratamiento farmacológico. Aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad 68.
¿Apto para TEC?	Entonces							
Sí	Notifica a trabajo social para que cite a familiares, infórmale sobre número de cesiones a realizar y suspende tratamiento farmacológico. Aplica siguiente actividad.							
No	Aplica actividad 68.							
82.	Trabajo Social	Localiza a familiares y cítalos conforme indicación por psiquiatría, consignándolo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” . Llena “formato de solicitud de servicio” y entrégalo a jefatura de trabajo social, solicitando vehículo para traslado de usuario informando el número de sesiones a llevar a cabo y fecha de inicio. Solicita a jefatura de enfermería personal para TEC del usuario informando nombre del usuario, número de sesiones y fecha de inicio.						
83.	Psiquiatra	Informa al familiar y al usuario sobre el método de terapia electro convulsiva, atiende todas sus dudas, llena “consentimiento informado para TEC” y recaba firmas anexándolo al expediente, realiza nota de evolución consignándolo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” y actualiza indicaciones en el formato de “indicaciones médicas” consignando número de sesiones. Nota: Si los familiares no firman el consentimiento informado no se procederá a la realización de este tratamiento. Aplica actividad 68.						
84.	Supervisión de Enfermería	Revisa indicaciones médicas coordinándose con trabajo social para traslado y asigna enfermera.						
85.	Jefatura de Trabajo Social	Programa vehículo por escrito en conjunto con coordinación administrativa, señalando fechas y días en que se llevará a cabo el TEC.						
86.	Enfermería	Traslada al usuario a la ambulancia, instálalo en la camilla, proporciona medidas de seguridad durante el traslado, realiza nota de traslado en el formato de “hoja de evolución de enfermería” .						
87.	Psiquiatra de CAISAME Est. Breve	Realiza Procedimiento de Tratamiento Electro convulsivo.						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
88.	Enfermería	Apoya en el tratamiento hasta su recuperación y regresa al usuario a su servicio dando continuidad al tratamiento.						
89.	Psiquiatra	Evalúa al usuario 2 veces por semana, replantea plan de tratamiento, aplica escala CGI 1 vez x semana, y escala PANS cada 15 días, anota tus hallazgos en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”, actualiza las indicaciones anotándolas en el formato de “ indicaciones médicas ”. Aplica actividad 68.						
90.	Enfermería	Revisa indicaciones médicas, solicita tratamiento a CENDIS o farmacia, según sea el servicio de hospital en formato de “ solicitud de medicamentos ” prepara y ministra medicamentos, registra en el formato de “ hoja de evolución de enfermería ”.						
91.	Enfermería	Determina si el usuario presenta una reacción adversa al fármaco:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Reacción adversa?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Informa reacciones adversas al médico psiquiatra. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 96.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Reacción adversa?	Entonces	Sí	Informa reacciones adversas al médico psiquiatra. Aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad 96.
		¿Reacción adversa?	Entonces					
Sí	Informa reacciones adversas al médico psiquiatra. Aplica siguiente actividad.							
No	Aplica actividad 96.							
92.	Médico Psiquiatra	Determina si el usuario presenta una reacción adversa seria al fármaco:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Reacción?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Avisa a jefe inmediato del caso, solicita formato de “notificación de reacciones adversas serias” y llénalo, solicita evaluación del médico general. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Evalúa al usuario y realiza ajustes al tratamiento. Aplica actividad 96.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Reacción?	Entonces	Sí	Avisa a jefe inmediato del caso, solicita formato de “ notificación de reacciones adversas serias ” y llénalo, solicita evaluación del médico general. Aplica siguiente actividad.	No	Evalúa al usuario y realiza ajustes al tratamiento. Aplica actividad 96.
		¿Reacción?	Entonces					
Sí	Avisa a jefe inmediato del caso, solicita formato de “ notificación de reacciones adversas serias ” y llénalo, solicita evaluación del médico general. Aplica siguiente actividad.							
No	Evalúa al usuario y realiza ajustes al tratamiento. Aplica actividad 96.							
93.	Personal	Realiza actividades de acuerdo a la siguiente tabla:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico General</td> <td>Realiza valoración médica y exploración física, consigna los hallazgos en el formato de “evolución clínica” actualiza las indicaciones médicas registrándolo en formato de “indicaciones médicas” haciendo énfasis en los cuidados de enfermería. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Médico Psiquiatra</td> <td>Revalora el tratamiento farmacológico, actualiza tus indicaciones médicas consignándolo en el formato de “indicaciones médicas”, realiza además nota de evolución clínica consignándolo en el formato de “evolución médico/psiquiátrica”. Aplica actividad 68.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Médico General	Realiza valoración médica y exploración física, consigna los hallazgos en el formato de “ evolución clínica ” actualiza las indicaciones médicas registrándolo en formato de “ indicaciones médicas ” haciendo énfasis en los cuidados de enfermería. Aplica siguiente actividad.	Médico Psiquiatra	Revalora el tratamiento farmacológico, actualiza tus indicaciones médicas consignándolo en el formato de “ indicaciones médicas ”, realiza además nota de evolución clínica consignándolo en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”. Aplica actividad 68.
		¿Personal?	Entonces					
Médico General	Realiza valoración médica y exploración física, consigna los hallazgos en el formato de “ evolución clínica ” actualiza las indicaciones médicas registrándolo en formato de “ indicaciones médicas ” haciendo énfasis en los cuidados de enfermería. Aplica siguiente actividad.							
Médico Psiquiatra	Revalora el tratamiento farmacológico, actualiza tus indicaciones médicas consignándolo en el formato de “ indicaciones médicas ”, realiza además nota de evolución clínica consignándolo en el formato de “ evolución médico/psiquiátrica ”. Aplica actividad 68.							
<p>Nota: Durante la etapa crítica de presentación de eventos adversos serios al tratamiento la valoración médico psiquiatra tendrá que realizarse diariamente.</p>								

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
94.	Enfermería	Traslada al usuario a unidad médica.						
95.	Enfermería en Unidad Médica	Preséntate con el usuario y registra ingreso en la “libreta de ingreso y egresos de enfermería” en la Unidad Médica, asigna cama, llena formato de “ficha de identificación del paciente” ; y coloca en la cama asignada al paciente, revisa las indicaciones en el formato de “indicaciones médicas” , y ejecútalas (ve procedimientos técnicos de enfermería) realiza nota de evolución consignándolo en el formato de “hoja de evolución de enfermería” . Aplica actividad 22.						
96.	Médico Psiquiatra	Revalora la evolución del usuario, determina grado de mejora y su manejo de acuerdo a la siguiente tabla:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Manejo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alta</td> <td>Realiza valoración al usuario. Elabora nota de alta en el “formato de evolución médico/psiquiátrica”, actualiza indicaciones en el formato “de indicaciones médicas” realiza “recetas” y llene formato de “cuidados extrahospitalarios”, avisa a trabajo social y entrégale las recetas, y el formato de “cuidados extrahospitalarios”; informa a psicología, medicina general y enfermería del alta, llena apartado de egreso en el formato de “ingresos/egresos”. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Continua en Manejo</td> <td>Aplica actividad 68.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Manejo?	Entonces	Alta	Realiza valoración al usuario. Elabora nota de alta en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” , actualiza indicaciones en el formato “de indicaciones médicas” realiza “recetas” y llene formato de “cuidados extrahospitalarios” , avisa a trabajo social y entrégale las recetas, y el formato de “cuidados extrahospitalarios” ; informa a psicología, medicina general y enfermería del alta, llena apartado de egreso en el formato de “ingresos/egresos” . Aplica siguiente actividad.	Continua en Manejo	Aplica actividad 68.
		¿Manejo?	Entonces					
Alta	Realiza valoración al usuario. Elabora nota de alta en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” , actualiza indicaciones en el formato “de indicaciones médicas” realiza “recetas” y llene formato de “cuidados extrahospitalarios” , avisa a trabajo social y entrégale las recetas, y el formato de “cuidados extrahospitalarios” ; informa a psicología, medicina general y enfermería del alta, llena apartado de egreso en el formato de “ingresos/egresos” . Aplica siguiente actividad.							
Continua en Manejo	Aplica actividad 68.							
97.	Trabajo Social	Localiza a los familiares o a las autoridades responsables del usuario vía telefónica o telegrama y, notifícales del alta del paciente además de solicitarles que acudan al hospital para entregar al paciente, recuérdales que deberán traer un cambio de ropa para el usuario, registra lo anterior en el formato de “evolución médico/psiquiátrica” .						
98.	Médico General	Elabora nota de alta y regístralo en el “formato de nota de evolución médico/psiquiátrica” , actualiza indicaciones en el “formato de indicaciones médicas” , llena el apartado del alta en el “formato de ingresos/egresos” , realiza “recetas” y complementa formato de “cuidados extrahospitalarios” y entrégalas a trabajo social.						
99.	Psicología	Realiza valoración psicológica y elabora nota de alta en el “formato de evolución médico/psiquiátrica” .						
100.	Familiar	Acuden por el usuario presentándose a trabajo social						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
101.	Trabajo Social.	Verifica la documentación de alta en el expediente, llena “ papeleta de alta ” en original, entrega la papeleta a familiares o autoridad responsable y envíalos a admisión para hacer el pago correspondiente. Informa a enfermería del alta, entrégales el cambio de ropa y solicítale tratamiento para 3 días. Nota: En caso que el familiar no traiga para pagar aplica procedimiento de estudio socioeconómico .
102.	Admisión	Recibe “ papeleta de alta ”, e indícales que pasen a caja
103.	Caja	Ve procedimiento de caja
104.	Admisión.	Recibe el talón de cuota y registra en la “ tarjetón de cuentas corrientes ”, entrégales copia a los familiares, llena “ tarjetón de citas ” y entrégalo a familiares indicándoles que acudan a trabajo social.
105.	Enfermería	Proporciona el tratamiento para los 3 primeros días, a fin de continuar el manejo farmacológico y entrega al usuario a trabajo social y/o familiares y notifica sobre indicaciones psicofarmacológicas, entrega formato de “ cuidados extrahospitalarios ”. Informa a admisión el alta en “ formato de censo diario ” diario al día siguiente de egresado el usuario.
106.	Trabajo Social	Verifica en el “ tarjetón de citas ” que ya esté la cita para consulta externa, recoge medicamento y al usuario en enfermería, entrega medicamento, recetas y al usuario a los familiares o autoridad responsable. Fin del Procedimiento de Hospitalización.

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS		
Asesorado por:	• Lic. Gianello Castellanos Arce	• LAE. Judith González Ochoa
PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN		
•		•

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Documentos de Referencia

Código	Documento
	Procedimientos Técnicos de Enfermería
	Procedimiento para contención física
	Procedimiento de resguardo de pertenencias
	Procedimiento de Laboratorio clínico
	Procedimiento de Referencia y Contra referencia
	Procedimiento de Rayos X
	Protocolo de Parte de Cadáver
	Procedimiento para manejo de Cadáver
	Procedimiento para inhumación de pacientes
	Procedimiento de visitas domiciliarias
	Procedimiento de URI
	Procedimiento de UNIRE
	Procedimiento de TEC
	Procedimiento de Estudio Socioeconómico.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 1 Diagrama de Flujo
	Anexo 2 Reporte de servicio de enfermería de 24 horas
	Anexo 3 Abandono de tratamiento sin autorización médica para ministerio público
	Anexo 4 Libreta de ingresos y egresos de enfermería
	Anexo 5 Hoja de registro de atención por violencia y/o lesión
	Anexo 6 Bitácora de supervisión
	Anexo 7 Censo diario
	Anexo 8 Certificado de defunción

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 9	Consentimiento informado para TEC
Anexo 10	Ficha de identificación del paciente
Anexo 11	Formato de Ingreso y Egreso
Anexo 12	Enfermería para abandono de tratamiento sin autorización médica
Anexo 13	Escala CGI
Anexo 14	Escala CIF
Anexo 15	Escala SOFAS
Anexo 16	Escala PANSS
Anexo 17	Estudio psicosocial
Anexo 18	Estudio Socioeconómico
Anexo 19	Evolución clínica médico / psiquiátrica
Anexo 20	Hoja de evolución de enfermería
Anexo 21	Expediente clínico
Anexo 22	Tarjetón de cuentas corrientes
Anexo 23	Registro de Enfermería
Anexo 24	Formato de indicaciones médicas
Anexo 25	Formato de referencia y contrarreferencia
Anexo 26	Informe de visita domiciliaria
Anexo 27	Ingreso para UNIRE
Anexo 28	Lista de población
Anexo 29	Notificación de defunción a ministerio público
Anexo 31	Formato de Notificación de reacciones adversas serias
Anexo 32	Papeleta de alta
Anexo 33	Formato de Permiso terapéutico
Anexo 34	Receta
Anexo 35	Reporte diario de consulta
Anexo 36	Solicitud de medicamentos

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
28

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 37 Solicitud de servicio
	Anexo 38 Tarjetón de citas
	Anexo 39 WHODAS
	Anexo 40 Formato de cuidados extrahospitalarios
	Anexo 41 Abandono de tratamiento sin autorización médica para ministerio público
	Anexo 42 Escala de actividades de la vida diaria

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
29

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**



ANEXOS

SELLO

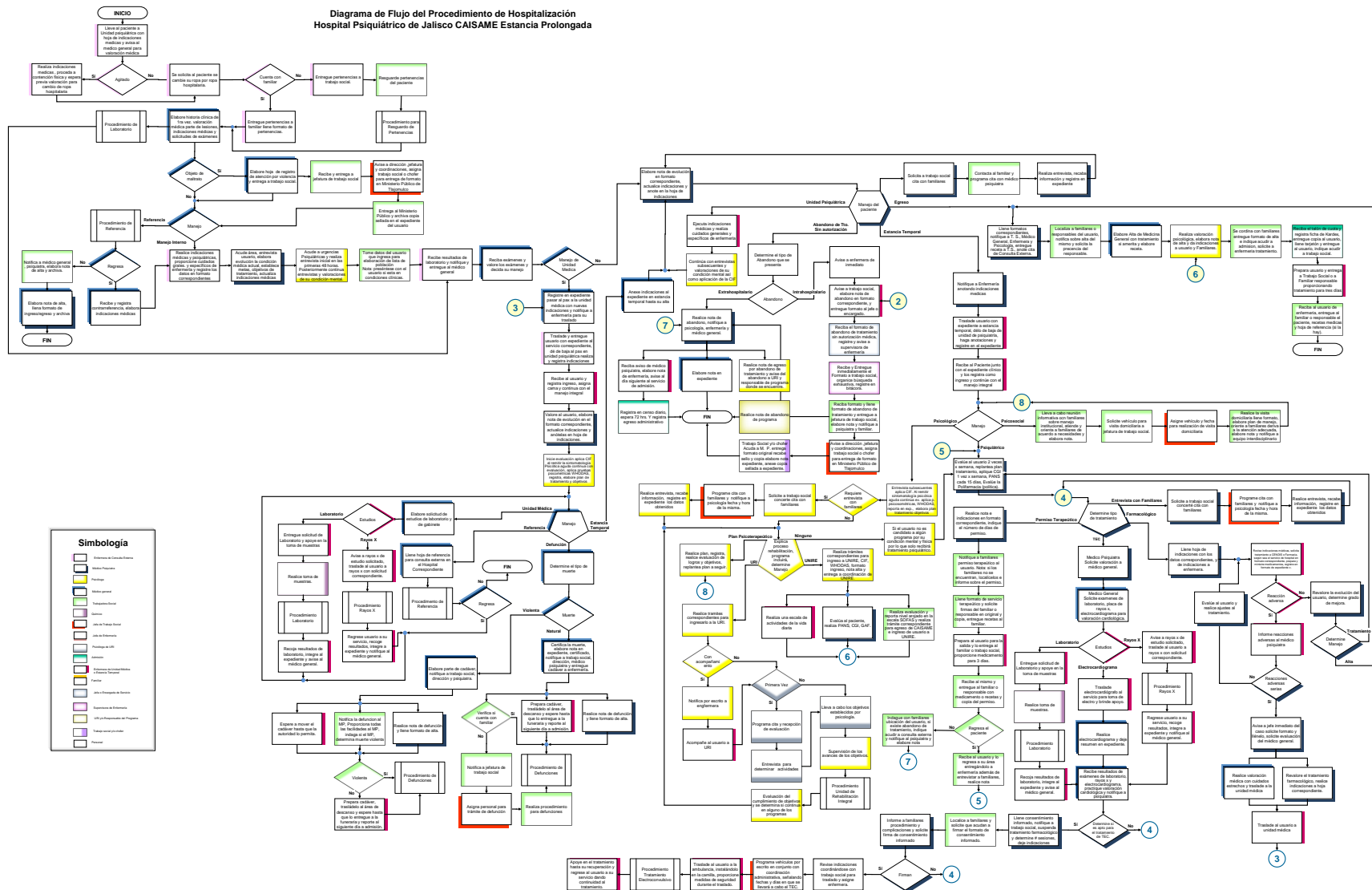
DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 01: Diagrama de Flujo



PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo02: Reporte de Servicio de Enfermería de 24 horas

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
REPORTE DE SERVICIO DE ENFERMERÍA DE 24 HORAS



FECHA _____
SERVICIO _____

JEFE DE SERV. T.M. _____
JEFE DE SERV. T.V. _____
JEFE DE SERV. T.N. _____
JEFE DE SERV. J/A _____



RECIBOS _____
INGRESOS _____
EGRESOS _____
ENTREGA _____
PERMISO _____

NOMBRE DEL USUARIO	CUIDADOS ESPECIFICOS / OBSERVACIONES	Q.S.	B.H.	E.G.O.	COPRO	V.D.R.L.	V.I.H.	P.F.H.	P.LIPID.	LITEMIA	R.X.	E.E.G.	TEC.	RECURSOS HUMANOS Y FISICOS	SERVICIO DE MANTENIMIENTO	SERVICIOS GENERALES Y DE ALIMENTACION	RIESGO DE ACCIDENTES

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo03: Abandono de Tratamiento sin Autorización Médica para Ministerio Publico

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

FECHA: _____

**C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO
ADSCRITO AL MPIO. DE TLAJOMULCO
DE ZUÑIGA, JALISCO.
PRESENTE**

Por medio de este conducto, me permito saludarte y a la vez informarte que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, emitida en el Diario Oficial (Jueves 16 de Noviembre de 1995) y en Disposiciones Generales 4.6.7.

Se informa a Usted que el usuario (a) Edad _____ Abandonó su tratamiento Hospitalario el Día _____ de _____ de 20____, el cual cuanta con familiares, con un Diagnóstico Inicial de _____ y quien menciona como domicilio _____



Lugar. _____

Lo anterior para que se realicen los procedimientos legales a que de

ATENTAMENTE

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

c.c.p. Expediente
c.c.p. Archivo

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 04: Libreta de Ingresos y Egresos de Enfermería



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
34

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 05: Hola de Registro de Atención por Violencia y/o Lesión

DATOS DEL AFECTADO		DATOS DEL EVENTO		AGRESOR		ATENCIÓN	
1. NOMBRE: _____ 2. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 3. EDAD: _____ años 4. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a 5. OCUPACIÓN: _____ 6. DIRECCIÓN: _____ 7. TELÉFONO: _____		1. FECHA: _____ 2. HORA: _____ 3. LUGAR: _____ 4. TIPO DE EVENTO: <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Ambos 5. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO: _____ 6. LESIONES: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 7. HERRAMIENTAS: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		1. NOMBRE: _____ 2. SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F 3. EDAD: _____ años 4. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a 5. OCUPACIÓN: _____ 6. DIRECCIÓN: _____ 7. TELÉFONO: _____		1. TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Otro 2. SERVICIOS QUE SE PRESTARON: <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Trabajo Social <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Fonoaudiología <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Otros: _____ 3. DURACIÓN DE LA ATENCIÓN: _____ 4. RESULTADOS: <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Sin cambios <input type="checkbox"/> Deterioro 5. RECOMENDACIONES: _____	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 06: Bitácora de Supervisión



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
36

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008


FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 07: Censo Diario



SECRETARÍA DE SALUD
JALISCO

CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CENSO DIARIO



SALMIE
SERVICIO INTEGRAL DE SALUD MENTAL

SERVICIO _____ FECHA _____

INGRESOS		
HORA	NOMBRE	No. DE EXPEDIENTE

EGRESOS		
HORA	NOMBRE	No. DE EXPEDIENTE

CAMAS CENSABLES		
CAMAS AUTORIZADAS	MUJERES	HOMBRES
EXISTENCIA ANTERIOR		
INGRESOS		
SUMA		
EGRESOS		
EXISTENCIA ACTUAL		
TOTAL		

CAMAS NO CENSABLES		
CAMAS AUTORIZADAS	MUJERES	HOMBRES
EXISTENCIA ANTERIOR		
INGRESOS		
SUMA		
EGRESOS		
EXISTENCIA ACTUAL		
TOTAL		

OBSERVACIONES _____

RESPONSABLE ENFERMERA _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 08: Certificado de Defunción

**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

060353367

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>		4. FECHA DE NACIMIENTO Día: 01 Mes: 01 Año: 1960	
2. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/>		5.1 PERO Soltero <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/>	
3. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>		5.2 ESTADO CIVIL Soltero <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/>	
6. CÍRCULO DEL FALLECIDO(A) 01 02 03 04 05 06 07 08 09		7. ESTADO CIVIL Soltero <input type="radio"/> Casado <input checked="" type="radio"/>	
8. RESIDENCIA HABITUAL Antes del deceso permanente donde vivía el fallecido(a) Calle: 100 No. 100 Colonia: 100			
9. OCUPACIÓN HABITUAL 01 02 03 04 05 06 07 08 09			
10. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 10.1 Localidad o Colonia: 10.2 Municipio o Delegación: 10.3 Estado: 10.4 País:			
11. INSTITUCIÓN DE DERECHO HABERENCA 11.1 Tipo de institución: 11.2 Nombre de la institución:			
12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN 12.1 Número de seguridad social o de afiliación:			
13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 13.1 Lugar de ocurrencia:			
14. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 14.1 Descripción de la causa:			
15. HORA DE LA DEFUNCIÓN 15.1 Hora: 15.2 Fecha:			
16. FECHA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Fecha:			
17. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 17.1 Descripción de la causa:			
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 18.1 Descripción de la causa:			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN 19.1 Descripción de la causa:			
20. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VOLIENTA, ESPECIFIQUE 20.1 Descripción de la causa:			
21. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VOLIENTA, ESPECIFIQUE 21.1 Descripción de la causa:			
22. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VOLIENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Descripción de la causa:			
23. SI LA MUJER FUE ACCIDENTAL O VOLIENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Descripción de la causa:			
24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre: 24.2 Dirección:			
25. CERTIFICADA POR 25.1 Descripción de la causa:			
26. DATOS DEL INFORMANTE 26.1 Nombre: 26.2 Dirección:			
27. DATOS DEL INFORMANTE 27.1 Nombre: 27.2 Dirección:			
28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 28.1 Localidad: 28.2 Fecha:			
29.1. Acta Núm. 29.1.1 Acta Núm.:			

SELO

DOCUMENTO DE REFERENCIA


ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 09: Consentimiento Informado para TEC



SECRETARIA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA BREVE

Consentimiento Informado para la Aplicación de Terapia Electroconvulsiva
Fase Aguda
Información para el Paciente.

Nombre de Médico Responsable: _____

Nombre del Paciente: _____


Mi doctor me ha recomendado recibir Terapia Electroconvulsiva (TEC). La naturaleza de este tratamiento así como los riesgos y beneficios que podría experimentar han sido expuestos en este documento y explicados ampliamente por mi doctor, por lo que doy mi consentimiento para ser tratado con TEC. Entiendo que podrían existir otros tratamientos para mi padecimiento los cuales podrían incluir medicamentos o psicoterapia. El porqué se me recomienda TEC se me ha explicado.

¿Qué es la TEC?
La TEC supone una serie de tratamientos, usualmente de 6 a 12 en donde se usará una pequeña cantidad de energía para producir una convulsión generalizada en el cerebro. Estas convulsiones se producen bajo circunstancias altamente controladas.

¿Cómo se da la TEC?
Los tratamientos son usualmente dados en la mañana, antes del desayuno, en una sala especialmente equipada en el hospital. Ya que los tratamientos se dan bajo anestesia general, no podré comer o tomar nada por lo menos 6 horas antes de cada tratamiento. Se me colocará un catéter en mi vena por donde se me administrarán los medicamentos de anestesia, estos me pondrán a dormir inmediatamente, posteriormente se me aplicará un segundo medicamento para relajar mi músculos. Ya que estaré dormido(a) no sentiré dolor o alguna molestia durante el tratamiento y no recordare el tratamiento.

Unos minutos antes de cada tratamiento, se me colocaran unos sensores en mi cabeza y otras partes de mi cuerpo, para monitorizar mi presión arterial, mi corazón y pulso. Después de que este dormido(a) una pequeña cantidad de electricidad será pasada cuidadosamente entre los dos electrodos que fueron colocados en mi cabeza con anterioridad. Dependiendo de dónde hayan sido colocados estos electrodos recibiré TEC bilateral o unilateral. Ya que se me administraron medicamentos para relajar mis músculos, la contracción muscular que se produce durante la convulsión será reducida. La convulsión durará aproximadamente un minuto, y durante este tiempo estaré recibiendo oxígeno para respirar. En caso necesario el anestesiólogo podrá utilizar algún otro medicamento para mi propia seguridad. Posterior a que despierte de la anestesia, me llevarán a una sala de recuperación y estaré bajo los cuidados médicos hasta que abandone el área de TEC.

Av. Zoquiapan No. 1005-A. Esq. Lago Talcoac Col. Zoquiapan, Zapopan, Jal. C. P. 45170
Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-9474 fax 3633-1901



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Anexo 10: Ficha de Identificación del Paciente

 <p>SECRETARÍA DE SALUD JALISCO</p>	<h2 style="text-align: center;">FICHA DE IDENTIFICACIÓN</h2>	 <p>SALME CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL</p>
<p>NOMBRE:</p>		
<p>EDAD:</p>		
<p>REGISTRO:</p>		
<p>FECHA DE INGRESO:</p>		
<p>DX. CIE:</p>		
<p>MEDICO TRATANTE:</p>		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 11: Formato de Ingreso/Egreso (Anverso)

HOJA DE HOSPITALIZACION	
<p>UNIDAD: HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JALISCO</p> <p>JURISDICCIÓN: N. XIII GUAD. - JUÁREZ-TLAJOMULCO</p> <p>LOCALIDAD: EL ZAPOTE DEL VALLE</p> <p>NUMERO DE EXPEDIENTE: _____</p> <p>NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____</p> <p>EDAD: _____ AÑOS SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> DERECHOABIENTE IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/></p> <p>ESTADO CIVIL: SOLTERO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIUDO <input type="checkbox"/></p> <p>ESCOLARIDAD: PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> POSGRADO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> OTRAS: ESPECIFIQUE _____</p> <p>OCCUPACIÓN: _____</p> <p>RESIDENCIA HABITUAL: _____</p> <p>DOMICILIO: _____</p> <p>LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____</p> <p>UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____</p>	<p>PRIMERA VEZ REINGRESO NUM. _____ DA _____ MES _____ AÑO _____</p> <p>PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> OTRA UNIDAD</p> <p>TIPO DE INGRESO: <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO <input type="checkbox"/> INVOLUNTARIO <input type="checkbox"/> OBLIGATORIO</p> <p>PACIENTE REMITIDO POR: <input type="checkbox"/> DENTRO DEL ESTADO <input type="checkbox"/> FUERA DEL ESTADO <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> HOSPITALES CIVILES <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> SERVICIOS MED. MUNICIP.</p> <p><input type="checkbox"/> CLÍNICAS PARTICULARES <input type="checkbox"/> CRUZ ROJA <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN CIVIL</p> <p><input type="checkbox"/> AUTORIDADES JUDICIALES <input type="checkbox"/> AUTORIDADES CIVILES</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS ESPECIFIQUE: _____</p> <p>PARTE DE LESIONES: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/></p> <p>DIAGNÓSTICOS INICIALES PSIQUIATRÍA:</p> <p>1-PRINCIPAL _____ CÓDIGO CIE _____</p> <p>2-SEGUNDO _____</p> <p>3-TERCERO _____</p> <p>INDICACIÓN DE ESTUDIOS: LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> T.A.C. <input type="checkbox"/> E.E.G. <input type="checkbox"/></p> <p>OTROS: ESPECIFIQUE _____</p> <p>AREA DE HOSPITALIZACIÓN: _____</p> <p>PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL _____</p> <p>DIAGNÓSTICOS INICIALES MEDICINA:</p> <p>1-PRINCIPAL _____ CÓDIGO CIE _____</p> <p>2-SEGUNDO _____</p> <p>3-TERCERO _____</p> <p>INDICACIÓN DE ESTUDIOS: LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> HIV. <input type="checkbox"/> OTROS: ESPECIFIQUE _____</p> <p>INFECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____</p> <p style="text-align: right;">CÓDIGO CIE _____</p>
<p>SELO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="color: blue; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">DOCUMENTO DE REFERENCIA</p> </div>	

MEDICO PSIQUIATRA RESPONSABLE DEL INGRESO

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 11: Formato de Ingreso/Egreso (Reverso)

DATOS DEL EGRESO:	DIA _____ MES _____ AÑO _____ INGRESO _____ EGRESO _____ AREA DE HOSPITALIZACIÓN: _____	DIA _____ MES _____ AÑO _____ DIAS DE ESTANCIA _____			
MOTIVO DEL EGRESO: <input type="checkbox"/> CURACION <input type="checkbox"/> CUMPLIDOS LOS OBJETIVOS DE LA HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> MEJORA <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/> A SOLICITUD DEL USUARIO <input type="checkbox"/> A SOLICITUD DE FAMILIARES <input type="checkbox"/> ABANDONO SIN AUTORIZACION MEDICA <input type="checkbox"/> DISPOSICIÓN DE AUTORIDAD LEGAL <input type="checkbox"/> DEFUNCION					
DIAGNÓSTICOS INICIALES MEDICINA: _____ CÓDIGO CIE _____ 1.- PRINCIPAL _____ 2.- SEGUNDO _____ 3.- TERCERO _____					
CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> T.A.C. <input type="checkbox"/> E.E.G. <input type="checkbox"/>					
DIAGNÓSTICOS FINALES PSIQUIATRIA:					
1.- PRINCIPAL _____ CÓDIGO CIE _____ 2.- SEGUNDO _____ 3.- TERCERO _____					
CONFIRMACIÓN DEL DIAGNOSTICO: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN QUIRURGICA <input type="checkbox"/>					
INFECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____ INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____					
DEFUNCION (FUENTE CERTIFICADO DE DEFUNCION) FOLIO NUM. _____					
CAUSAS DE LA DEFUNCION (TRANSCRIPCIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION): I. _____ CÓDIGO CIE _____ II. _____ III. _____ IV. _____					
TRABAJO SOCIAL					
DIAGNOSTICO: <input type="checkbox"/> FAMILIA FUNCIONAL <input type="checkbox"/> ABANDONO FAMILIAR <input type="checkbox"/> FAMILIA DISFUNCIONAL <input type="checkbox"/> INDIGENTE <input type="checkbox"/> RECHAZO FAMILIAR <input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL? _____ APOYO FAMILIAR: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿QUIEN? _____					
EGRESO DEL USUARIO: <input type="checkbox"/> CON FAMILIAR <input type="checkbox"/> SOLO <input type="checkbox"/> TRASLADO A SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> SIN FAMILIAR <input type="checkbox"/> CANALIZADO A OTRA INSTITUCIÓN ¿CUAL? _____					
ANTECEDENTES LEGALES: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUAL? _____					
ESTUDIOS REALIZADOS: NIVEL 1 <input type="checkbox"/> NIVEL 2 <input type="checkbox"/> FICHA SOCIOECONOMICA <input type="checkbox"/> RESUMEN MEDICO SOCIAL					
VISITAS DOMICILIARES: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>					
TRABAJADOR SOCIAL RESPONSABLE: _____ OBSERVACIONES: _____					
NÚMERO DE RECIBO DE PAGO: _____				SITUACIONES ESPECIALES: <input type="checkbox"/> MECED <input type="checkbox"/> MANUSVALIDOS	

SELLO


DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 12: Enfermería para Abandono de Tratamiento sin Autorización Médica



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
 SERVICIOS DE SALUD JALISCO
 INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
 CAISAME ESTANCIA PROLONGADA



FORMATO DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON ABANDONO DE TRATAMIENTO SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA

NOMBRE DEL USUARIO: _____
 NO. EXP. _____
 EDAD: _____
 FECHA DE INGRESO: _____
 DX. CIÉ: _____
 MÉDICO TRATANTE: _____
 FECHA/ HORA: _____
 TRATAMIENTO AL MOMENTO DEL EGRESO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

NOMBRE Y FIRMA DE ENFERMERO (A) _____

 NOMBRE Y FIRMA DE JEFE DE SERVICIO O ENCARGADA _____

JEFE INMEDIATO: _____
 LIC. ENF. MARTHA ANILU QUIJAS MATA _____

c.c.p. Jefatura de Trabajo Social

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo13: Escala CGI

<p>10.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)</p> <p>Gravedad de la enfermedad (CGI-SI) Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?</p> <ol style="list-style-type: none">0. No evaluado1. Normal, no enfermo2. Dudosamente enfermo3. Levemente enfermo4. Moderadamente enfermo5. Marcadamente enfermo6. Gravemente enfermo7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos	<p>Mejoría global (CGI-GI) Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)</p> <ol style="list-style-type: none">0. No evaluado1. Mucho mejor2. Moderadamente mejor3. Levemente mejor4. Sin cambios5. Levemente peor6. Moderadamente peor7. Mucho peor
---	--

10. Instrumentos de evaluación del estado clínico global 272

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 14: Escala CIF

EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y FUNCIONALIDAD DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL SEVERA Y PERSISTENTE DEL CAISAME EP

LISTA DE COMPROBACIÓN DE CIF

Versión SALME para enfermedad mental severa y persistente

Usuarios de estancias temporales. Ago. 2008

Esta es una lista de comprobación de categorías importantes de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (ICF) de la Organización Mundial de la Salud. La lista de comprobación de CIF es una herramienta práctica a usar e información de registro sobre funcionamiento e discapacidad de un individuo. Esta información se puede recabar para las expedientes de caso (por ejemplo, adrenero práctica clínica o trabajo social). La lista de comprobación se debe utilizar junto con versión del bolletín de CIF o de CIF.

III.1. Al terminar esta lista de comprobación, utilice toda la información disponible. Compruebe por favor los utilizados:

(1) escrito de los expedientes
 (2) intervenciones primarias
 (3) otros informadores
 (4) observaciones directas.

H.2. Fecha: / / Nombre del Paciente: _____
 Expediente: / / Evaluador: _____

PARTE 2: ACTIVIDAD LIMITACIONES Y RESTRICCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital. Limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/realización de las actividades. Restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. El calificador del funcionamiento describe lo que hace un individuo en su ambiente actual. El funcionamiento se puede también entender como "aplicación en una situación de la vida" o "la experiencia vivida" de la gente en el contexto real en el cual ella vive. Este contexto incluye factores ambientales: todos los aspectos del mundo físico, social y actitudinal que se puede citar usando los factores ambientales. El calificador de la capacidad describe la capacidad de un individuo al operar una tarea o una acción. Esta construcción indica el nivel probable más alto del funcionamiento que una persona puede alcanzar en un momento dado. Para determinar la capacidad completa del individuo, necesita tener un ambiente para neutralizar el impacto que varía de diversos ambientes en la capacidad del individuo. Como estandarizado el ambiente puede ser: (a) un real ambiente utilizado comúnmente para el proceso de la capacidad en el caso de la prueba; o (b) cuando esto no es posible, un hipotético ambiente un impacto uniforme.

Primer Calificador: Funcionamiento		
Grado de la restricción de la participación		
0 NO hay deficiencia	1 deficiencia ligera	2 Deficiencia MODERADA
3 Deficiencia Grave	4 Deficiencia Completa	8 sin especificar
9 No aplicable		

Segundo Calificador: Capacidad (sin ayuda)		
Grado de la limitación de la actividad		
0 No hay dificultad	1 Dificultad ligera	2 Dificultad moderada
3 Dificultad grave	4 dificultad Completo	8 No especificado
9 No aplicable		

Lista de Cotejo para pacientes con trastorno mental severo y persistente del Instituto Jalisciense de Salud Mental

Lista de Cotejo para pacientes con trastorno mental severo y persistente del Instituto Jalisciense de Salud Mental	Primer calificador	Segundo calificador
d1. APRENDIENDO Y APLICACIÓN DE CONOCIMIENTO		
d1551 Adquisición de habilidades complejas		
d170 Escribir		
d172 Calcular		
d1751 Resolver problemas complejos		
d2. TAREAS Y DEMANDAS GENERALES		
d2103 Llevar a cabo una única tarea en grupo		
d2203 Llevar a cabo múltiples tareas en grupo		
d2303 Dirigir el propio nivel de actividad		
d2400 Manejo de responsabilidades		
d2401 Manejo del estrés		
d2402 Manejo de crisis		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 15: Escala SOFAS

Escala de Evaluación de la Actividad Social y Ocupacional (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS)

Considera el funcionamiento social y ocupacional como un *continuum*, del buen funcionamiento al deterioro y la incapacidad. Incluye el deterioro del funcionamiento debido a limitaciones físicas y mentales, el cual, debe ser consecuencia directa de los problemas físicos y mentales; la falta de oportunidades y otras limitaciones ambientales no debe ser considerado.

90-81 Buen funcionamiento en todas las áreas, socialmente efectivo, interesado e involucrado en amplio rango de actividades; conductas básicas y de apego al tratamiento. Posee algunas habilidades domésticas y comunitarias, como uso del transporte, manejo del dinero.

80-71 Ligero deterioro del funcionamiento en conductas básicas: baño, movilidad, comidas, vestido y aliño o de apego al tratamiento; toma de medicamentos, interés y participación en las actividades dentro y fuera del área de hospitalización, respuesta y participación a sus visitas y en las actividades con el equipo de atención. Algunas habilidades, con supervisión.

70-61 Alguna dificultad del funcionamiento; requiere supervisión en áreas como el baño, vestido, aliño e higiene personal, para despertarse y levantarse, manejo de cubiertos para comer, toma de medicamentos, para que se interese y participe en actividades dentro y fuera del área de hospitalización, con sus visitas y en las actividades con el equipo de atención.

60-51 Moderada dificultad del funcionamiento; requiere supervisión o ayuda para el baño, vestido, aliño e higiene personal, para despertarse y levantarse, manejo de cubiertos para comer, toma de medicamentos, para que se interese y participe en actividades dentro y fuera del área de hospitalización, con sus visitas y en las actividades con el equipo de atención.

50-41 Severa dificultad del funcionamiento; requiere supervisión y ayuda para el baño, vestido, aliño e higiene personal, para despertarse y levantarse, en el manejo de cubiertos para comer, en la toma de medicamentos, en su participación e interés en las actividades dentro y fuera del área de hospitalización, con sus visitas y para las actividades con el equipo de atención.

40-31 Deterioro mayor en varias áreas del funcionamiento; requiere ayuda constante para el baño, vestirse adecuadamente y en su higiene personal, para despertarse y levantarse, en el manejo de cubiertos para comer, para la toma de medicamentos, tiende a ser aislado, apático y desinteresado en las actividades dentro y fuera del área de hospitalización, con sus visitas, rechaza o es renuente a la comunicación y a participar con el equipo de atención.

30-21 Incapacidad para el funcionamiento en la mayoría de las áreas; baño, vestido, aliño e higiene personal, para despertar y levantarse, para comer, rechaza los medicamentos, aislado y apático en la mayoría de las actividades, rechaza las visitas, la comunicación y participación en las actividades con el equipo de atención.

20-11 Ocasionalmente falla en mantener su aliño e higiene personal; incapaz de funcionar de manera independiente.

10-01 Inhabilidad persistente para mantener su aliño e higiene personal; incapaz de funcionar sin lastimarse a sí mismo o a otros o sin considerable ayuda y apoyo.

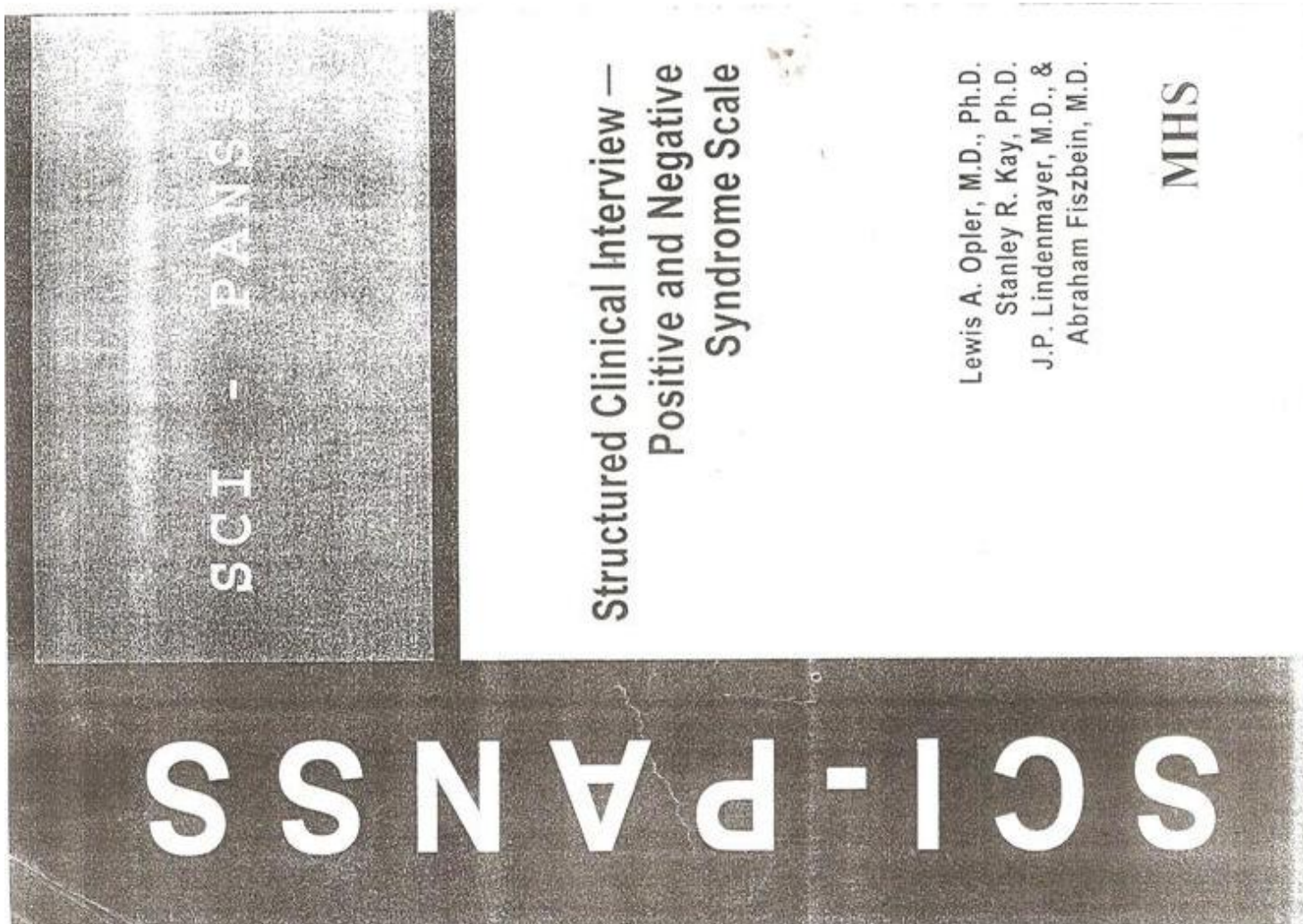
Modificado de: Goldman H, et al. Revising axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 1992;149:1148-1156.



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Anexo 16: Escala PANSS



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 16: Escala PANSS



SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISQUENSE DE SALUD MENTAL
CARIBE ESTANCIA PROLONGADA

Nombre del paciente: _____ Sexo (f) (m) Reg _____

Servicio: Estancia temporal (), prolongada (), consulta externa () Fecha _____

HOJA DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA PANSS Y CGI

PANSS

<p>() P1 Ideas delirantes</p> <p>() P2 Desorganización conceptual</p> <p>() P3 Conducta elucubradora</p> <p>() P4 Excitación</p> <p>() P5 Ideas de grandiosidad</p> <p>() P6 Suspiciousa/Persecución</p> <p>() P7 Hostilidad</p> <p>() N1 Empobrecimiento afectivo</p> <p>() N2 Retramiento emocional</p> <p>() N3 Pobre rapport</p> <p>() N4 Retramiento social pasivo/apático</p> <p>() N5 Dificultad para el pensamiento abstracto</p> <p>() N6 Falta de espontaneidad</p> <p>() N7 Pensamiento estereotipado</p> <p>() G1 Preocupación somática</p> <p>() G2 Ansiedad</p> <p>() G3 Sentimientos de culpa</p>	<p>() G4 Tensión</p> <p>() G5 Manierismos/postura</p> <p>() G6 Depresión</p> <p>() G7 Retardo motor</p> <p>() G8 Falta de cooperación</p> <p>() G9 Contenido inusual del pensamiento</p> <p>() G10 Desorientación</p> <p>() G11 Atención deficiente</p> <p>() G12 Falta de juicio</p> <p>() G13 Alteración de la voluntad</p> <p>() G14 Control deficiente de impulsos</p> <p>() G15 Preocupación</p> <p>() G16 Evitación social activa</p>
---	--

ESCALA TOTAL

Positiva ()


Negativa ()

General ()

Excitación ()

CGI-S () CGI-M ()

Evento _____



SALME
SERVICIOS DE SALUD MENTAL

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 17: Estudio Psicosocial



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO PSICOSOCIAL

ANTECEDENTES GENERALES:

NOMBRE:

SEXO: EDAD: FECHA DE NAC.:

ESTADO CIVIL: ESCOLARIDAD:

DOMICILIO:

OCUPACION:

INGRESO: REINGRESO:

NIVEL DE CLASIFICACION:

FECHA DE ELABORACION DEL ESTUDIO:

MOTIVO DE CONSULTA

FAMILIOGRAMA:

KM. 17.5 Antigua Carretera a Chapala, El Zapote del Valle,
Municipio de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco Apartado Postal 1-1025
Teléfonos 3696-0201 3696-0274 3696-0275 Fax: 3696-0281

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 21: Expediente Clínico


SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

EXPEDIENTE CLINICO

SERVICIO _____

GUADALAJARA, JAL. _____ DE _____ DEL 20 _____

CLAVE _____ NOMBRE _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
53

**CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 22: Tarjetón de Cuentas Corrientes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
TARJETA DE CUENTAS CORRIENTES																														
																										No.				
NOMBRE																		AT.N.												
DIRECCION																		C.P.						CONDICIONES						
TELEFONO																		FAX.						LIMITE DE CREDITO						

FECHA	REF.	CONCEPTO	FOLIO	MOVIMIENTOS				SALDOS																						
				DEBE	✓	HABER	✓	DEUDOR	✓	ACREEDOR	✓																			
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														
11																														
12																														
13																														
14																														
15																														
16																														
17																														
18																														

CC1042 pcforn

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 26: Informe de Visita Domiciliaria


GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
SECRETARIA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL

REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA

Fecha _____
No. de Expediente _____

Unidad Aplicativa _____
Nombre del Paciente _____
Edad _____ Estado Civil _____
Escolaridad _____ Ocupación _____
Domicilio _____
Teléfono _____
Nombre (s) entrevistado _____
Parentesco _____

OBJETIVO

RESULTADOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 27: Ingreso a UNIRE

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
UNIDAD INTERMEDIA DE REHABILITACIÓN

USM-SASM-01

FORMATO PARA DERIVACIÓN DE USUARIOS

FOTO

Fecha de solicitud

Fecha de ingreso a UNIRE

1. DATOS GENERALES

1.1. Nombre: Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre (s) _____

1.2. Edad: _____

1.3. Estado Civil: _____

1.4. Sexo: F M

1.5. Escolaridad: _____

1.6. Residencia: _____

Calle: _____ No. exterior: _____ No. interior: _____ Colonia: _____

Municipio: _____ Estado: _____ No. de Teléfono: _____

Código Postal: _____

2. ASPECTOS CLÍNICOS DEL USUARIO

2.1 DATOS DE INGRESO A LA UNIDAD

2.1.1. Número de ingresos hospitalarios anteriores: _____

2.1.2. Fecha de último ingreso: _____

2.1.3. 2.1.3.1. Días de estancia hospitalaria: _____

2.1.4. Usuario de Consulta Externa fecha de inicio de tratamiento: _____

2.1.5. Diagnóstico psiquiátrico: 1er. _____ 2do. _____

Nombre del diagnóstico: _____ Clave CIE-10: _____

Nombre del diagnóstico: _____ Clave CIE-10: _____

Nombre del diagnóstico: _____ Clave CIE-10: _____

Nombre del diagnóstico: _____ Clave CIE-10: _____

2.1.6. Diagnóstico de medicina general: 1er. _____ 2do. _____

Nombre del diagnóstico: _____ Clave CIE-10: _____

Nombre del diagnóstico: _____ Clave CIE-10: _____

2.2. DATOS DE EVOLUCIÓN PSICOSOCIAL INTRAHOSPITALARIA

2.2.1. Número de programas de rehabilitación a los que asistió el usuario.

3. RESULTADOS DE EVALUACIÓN

3.1. CIF

3.2. EASL

3.3. WHODAS II

3.4. GAF

3.5. IGC IGC-S IGC-M IGC-10

3.6. PANSS Excitación Control Deficiente Falta Cooperación Hostilidad Tensión Motora

3.7. EAVID Con Bas Dom Hab Problemas Conducta Capac Adapt al Ambiente

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 28: Lista de Población



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
RELACIÓN DE USUARIOS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
FECHA DE ELABORACIÓN 23-DICIEMBRE-08
EST. TEMORAL MUJERES Y HOMBRES.
EQUIPO:



No.	HOMBRE	EDAD	VISITA	RECIBE VISITA	FECHA DE INGRESO	PROCEDENCIA	LIC. PSIC.		LIC. T. S.		No. DE EXPEDIENTE	D X	No. HOSP
							D.H. GEN	CUOTA	FECHA DE ALTA	FECHA DE EGRESO			
HOMBRES													
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
MUJERES													
08													
09													

SELLO


DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 29: Notificación de Defunción a Ministerio Público

 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

FECHA _____

**C AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO
ADSCRITO AL MPIO DE TLAJOMULCO DE ZUÑIGA JALSCO
PRESENTE**


Por este conducto me permito saludarle y a la vez informarle que el usuario (a) _____ Edad _____ Falleció el día _____ de _____ de 20 _____, con un presunto Dx de _____ el cual _____ cuenta con familiares _____ y _____ quien menciona como domicilio _____

Lo anterior solicitando su intervención para que se realicen los procedimientos legales a que de lugar.

ATENTAMENTE

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

c.c.p. Expediente
c.c.p. Archivo

 SALME
INSTITUTO JALISCO DE SALUD MENTAL

KM. 17.5 Antigua Carretera a Chapala, El Zapote del Valle,
Municipio de Tlajomulco de Zuñiga, Jalisco. Apartado Postal 1-16225
Teléfonos: 3696-0201 3696-0274 3696-0275 Fax: 3696-0281

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 31: Formato de Notificación de Reacciones Adversas Serias

 <p>COMISIÓN FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS</p> <p>OTROS TRAMITES</p>		<p>USO EXCLUSIVO DE LA COFEPRIS NÚMERO DE INGRESO</p>										
<p>ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO CONSULTE LA GUIA Y LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO ADJUNTO LLENAR CON LETRA DE MODO LEGIBLE Y LA MAGNURA</p>		<p>NO. JULIA</p>										
<p>INFORME <input type="checkbox"/> AVISO <input type="checkbox"/> PERMISO <input type="checkbox"/> CERTIFICADO <input type="checkbox"/></p>		<p>CERTIFICADO</p>										
<p>ALGUNOS DATOS DEL FORMATO O DE LOS ANEXOS SE CONSIDERAN COMPENSALES, ESTA DE ACUERDO EN HACERLOS PUBLICOS?</p>		<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>										
<p>1.- INFORME DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS DE LOS MEDICAMENTOS.</p>												
<p>No. de NOTIFICACIÓN (de acuerdo a origen)</p>		<p>No de NOTIFICACIÓN (laboratorio)</p>										
<p>1.1. DATOS DEL PACIENTE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">PATERNO, MATERNO, NOMBRE</td> <td style="width:10%;">AÑO</td> <td style="width:10%;">MES</td> <td style="width:10%;">DÍA</td> <td style="width:10%;">AÑOS</td> <td style="width:10%;">MESES</td> <td style="width:10%;">SEXO</td> <td style="width:10%;">ESTATURA (m)</td> <td style="width:10%;">PESO (kg)</td> </tr> </table>			PATERNO, MATERNO, NOMBRE	AÑO	MES	DÍA	AÑOS	MESES	SEXO	ESTATURA (m)	PESO (kg)	
PATERNO, MATERNO, NOMBRE	AÑO	MES	DÍA	AÑOS	MESES	SEXO	ESTATURA (m)	PESO (kg)				
<p>1.2. DATOS DE LA SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">DESCRIPCIÓN DEL(S) EVENTO(S) ADVERSO(S) (INCLUYENDO LOS DATOS DE EXPLORACIÓN Y DE LABORATORIO)</td> <td style="width:50%;">CONSECUENCIAS DEL EVENTO</td> </tr> <tr> <td> INICIO Y TÉRMINO DE LA REACCIÓN DÍA MES AÑO </td> <td> <input type="checkbox"/> REQUIEREN DA REVISIÓN <input type="checkbox"/> REQUIEREN CON SEGUIA <input type="checkbox"/> NO REQUIEREN ¿SUERTE DEBIDO A LA REACCIÓN ADVERSA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿SUERTE EL FARMACO PUDO HABER CONTINUADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿SUERTE, NO RELACIONADA AL MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO </td> </tr> </table>			DESCRIPCIÓN DEL(S) EVENTO(S) ADVERSO(S) (INCLUYENDO LOS DATOS DE EXPLORACIÓN Y DE LABORATORIO)	CONSECUENCIAS DEL EVENTO	INICIO Y TÉRMINO DE LA REACCIÓN DÍA MES AÑO	<input type="checkbox"/> REQUIEREN DA REVISIÓN <input type="checkbox"/> REQUIEREN CON SEGUIA <input type="checkbox"/> NO REQUIEREN ¿SUERTE DEBIDO A LA REACCIÓN ADVERSA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿SUERTE EL FARMACO PUDO HABER CONTINUADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿SUERTE, NO RELACIONADA AL MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						
DESCRIPCIÓN DEL(S) EVENTO(S) ADVERSO(S) (INCLUYENDO LOS DATOS DE EXPLORACIÓN Y DE LABORATORIO)	CONSECUENCIAS DEL EVENTO											
INICIO Y TÉRMINO DE LA REACCIÓN DÍA MES AÑO	<input type="checkbox"/> REQUIEREN DA REVISIÓN <input type="checkbox"/> REQUIEREN CON SEGUIA <input type="checkbox"/> NO REQUIEREN ¿SUERTE DEBIDO A LA REACCIÓN ADVERSA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿SUERTE EL FARMACO PUDO HABER CONTINUADO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿SUERTE, NO RELACIONADA AL MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
<p>1.3. INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO SUSPECHOSO</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">NOMBRE GÉNÉRICO</td> <td style="width:50%;">LABORATORIO PRODUCTOR</td> </tr> <tr> <td>COMUNICACIÓN DISTINTIVA</td> <td>DOSIS</td> </tr> <tr> <td>FECHA DE CADUCIDAD</td> <td>MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN</td> </tr> <tr> <td>FECHAS DE LA ADMINISTRACIÓN INICIO TÉRMINO</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DÍA MES AÑO</td> <td>DÍA MES AÑO</td> </tr> </table>			NOMBRE GÉNÉRICO	LABORATORIO PRODUCTOR	COMUNICACIÓN DISTINTIVA	DOSIS	FECHA DE CADUCIDAD	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN	FECHAS DE LA ADMINISTRACIÓN INICIO TÉRMINO		DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO
NOMBRE GÉNÉRICO	LABORATORIO PRODUCTOR											
COMUNICACIÓN DISTINTIVA	DOSIS											
FECHA DE CADUCIDAD	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN											
FECHAS DE LA ADMINISTRACIÓN INICIO TÉRMINO												
DÍA MES AÑO	DÍA MES AÑO											
<p>1.4. DATOS IMPACTANTES DE LA REACCIÓN ADVERSA</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">¿SE RETIRO EL MEDICAMENTO SUSPECHOSO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td style="width:50%;">¿SE CAMBIO LA FARMACOTERAPIA? SI LA CUAL? <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿DESAPARECIO LA REACCIÓN AL SUSPENDER EL MEDICAMENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>¿PREPARO LA REACCIÓN AL READMINISTRAR EL MEDICAMENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿SE DISMINUYO LA DOSIS? SI CUANTO? <input type="checkbox"/></td> <td>¿SE RETIRO EL MEDICAMENTO, ¿PERSISTIO LA REACCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>¿NO SE SABE MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			¿SE RETIRO EL MEDICAMENTO SUSPECHOSO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿SE CAMBIO LA FARMACOTERAPIA? SI LA CUAL? <input type="checkbox"/>	¿DESAPARECIO LA REACCIÓN AL SUSPENDER EL MEDICAMENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿PREPARO LA REACCIÓN AL READMINISTRAR EL MEDICAMENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿SE DISMINUYO LA DOSIS? SI CUANTO? <input type="checkbox"/>	¿SE RETIRO EL MEDICAMENTO, ¿PERSISTIO LA REACCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿NO SE SABE MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿SE RETIRO EL MEDICAMENTO SUSPECHOSO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿SE CAMBIO LA FARMACOTERAPIA? SI LA CUAL? <input type="checkbox"/>											
¿DESAPARECIO LA REACCIÓN AL SUSPENDER EL MEDICAMENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿PREPARO LA REACCIÓN AL READMINISTRAR EL MEDICAMENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
¿SE DISMINUYO LA DOSIS? SI CUANTO? <input type="checkbox"/>	¿SE RETIRO EL MEDICAMENTO, ¿PERSISTIO LA REACCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
	¿NO SE SABE MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>											
<p>1.5. FARMACOTERAPIA CONCOMITANTE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">MEDICAMENTO</td> <td style="width:20%;">DOSIS</td> <td style="width:20%;">FECHAS</td> <td style="width:30%;">MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>INICIO TÉRMINO DÍA MES AÑO</td> <td></td> </tr> </table>			MEDICAMENTO	DOSIS	FECHAS	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN			INICIO TÉRMINO DÍA MES AÑO			
MEDICAMENTO	DOSIS	FECHAS	MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN									
		INICIO TÉRMINO DÍA MES AÑO										
<p>1.6. DATOS IMPACTANTES DE LA REACCIÓN ADVERSA</p> <p>Diagnóstico, origen, síntomas, origen previa, datos del laboratorio</p>												
<p>1.7. INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL INFORMANTE (LABORATORIO PRODUCTOR O PROFESIONAL)</p>												
<p>TELÉFONO</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30%;">Fecha de recepción en el laboratorio (a)</td> <td style="width:30%;">Informado en el periodo estipulado? (a)</td> <td style="width:40%;">¿Informó esta reacción al laboratorio productor? (b)</td> </tr> <tr> <td>Día Mes Año</td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Fecha de recepción en el laboratorio (a)	Informado en el periodo estipulado? (a)	¿Informó esta reacción al laboratorio productor? (b)	Día Mes Año	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Fecha de recepción en el laboratorio (a)	Informado en el periodo estipulado? (a)	¿Informó esta reacción al laboratorio productor? (b)										
Día Mes Año	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
<p>Origen y Tipo del Informante</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;"> <input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Profesional de la salud <input type="checkbox"/> Hospital </td> <td style="width:50%;"> <input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Asistencia extrahospitalaria </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Profesional de la salud <input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Asistencia extrahospitalaria								
<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Profesional de la salud <input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Seguimiento <input type="checkbox"/> Estudio <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Asistencia extrahospitalaria											
<p>NOTA: EL ENVÍO DE ESTE INFORME NO CONSTITUYE NECESARIAMENTE UNA ADMISIÓN DE QUE EL MEDICAMENTO CAUSO LA REACCIÓN ADVERSA (a) en caso de que el informante sea el Laboratorio productor (b) en caso de que el informante sea un Profesional.</p>												

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 32: Papeleta de Alta

	CAISAME ESTANCIA PROLONGADA DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL ALTA	
NOMBRE DEL USUARIO: _____		
No. DE EXPEDIENTE: _____		
FECHA DE INGRESO: _____		
FECHA DE EGRESO: _____		
MEDICO TRATANTE: _____		
TRABAJADORA SOCIAL: _____		
CUOTA: _____		
CITA: _____		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 33: Formato de Permiso Terapéutico

SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL	
PERMISO TERAPÉUTICO	
ESTANCIA BREVE <input type="checkbox"/>	A _____ de _____ de _____
ESTANCIA PROLONGADA <input type="checkbox"/>	
AREA: _____	
PRESENTE: _____	
Se autoriza permiso de salida al usuario _____ Internado en este centro con numero de expediente _____ dicho permiso sera del _____ al _____ de _____ del año en curso.	
Cabe mencionar que el Responsable Legal se hara cargo del usuario durante este periodo de tiempo siguiendo las instrucciones del medico tratante.	
NOTA: SI EL USUARIO NO SE PRESENTA A ESTA INSTITUCIÓN EN LOS TRES DÍAS SIGUIENTES A LA CONCLUSIÓN DE SU PERMISO, SE CONSIDERARA COMO ALTA VOLUNTARIA.	
MEDICO TRATANTE NOMBRE Y FIRMA _____	TRABAJADOR SOCIAL NOMBRE Y FIRMA _____
RESPONSABLE LEGAL NOMBRE Y FIRMA _____	
c.c.p. Familiar	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.





CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 34: Receta

 <p>SECRETARÍA DE SALUD JALISCO</p> <p>SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL CAISAME ESTANCIA BREVE</p> <p>AV. ZOQUIPAN No. 1000-A COL. ZOQUIPAN ZAPOPAN, JAL. C.P. 45170 TELS. 36-33-93-83 36-33-94-74, 36-33-95-35 FAX 36-33-19-01</p>  <p>SALME INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL</p>	Nombre del usuario: _____ Fecha: _____ Genérico: _____ Clave: _____ Comercial: _____ Presentación: _____	Genérico: _____ Clave: _____ Comercial: _____ Presentación: _____	Dr. <i>Medico Residente de Psiquiatria</i>
---	--	--	--

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: **DOM-P056-I6_001**

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 36: Solicitud de Medicamentos



SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
 REG. FED. DE CAUS. SSJ-970331-PM5
SOLICITUD DE MEDICAMENTOS



DEPARTAMENTO _____ FECHA _____

No.	P R E S C R I P C I O N	C. UNIT.	IMPORTE
		TOTAL	

AUTORIZO

 NOMBRE Y FIRMA

RECIBI

 NOMBRE Y FIRMA

TOTAL

 NOMBRE Y FIRMA

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010


Anexo 37: Solicitud de Servicio



SECRETARIA
DE SALUD
JALISCO

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



SALME
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

___ DE ___ DEL 20 ___

PACIENTE _____

SOLICITANTE _____ AL SERVICIO _____

MOTIVO _____

FIRMA _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 38: Tarjetón de Citas

DIRECTORIO	
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL DIRECTOR GENERAL DR. BENJAMIN BECERRA RODRIGUEZ AV. ZOQUIPAN N° 1000-A COLONIA ZOQUIPAN, ZAPOPAN, JAL. TELS. 3633-9383 3633-9474 EXT. 102	 SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA BREVE DIRECTORA DRA. OLGA ANDREA ROBLES HERNANDEZ AV. ZOQUIPAN N° 1000-A COLONIA ZOQUIPAN, ZAPOPAN, JAL. TELS. 3633-9383 3633-9474 EXT. 201	 CONSULTA EXTERNA <input type="text"/>
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA DIRECTORA DRA. LORENA G. HERNADEZ MUÑOZ KM. 17.5 ANTIGUA CARRETERA A CHAPALA, EL ZAPOTE DEL VALLE, JAL., MUNICIPIO DE TLAJOMULCO DE ZUÑIGA TELS. 3696-0201 3696-0275	PACIENTE: _____ REGISTRO No: _____ DOMICILIO: _____ FECHA DE INGRESO: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.



CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 39: WHODAS

12.1.1. WHODAS-II (versión de 36 ítems)

ÁREA 1. COMPRENSIÓN Y COMUNICACIÓN

Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre comprensión y comunicación.

MUESTRE LAS TARJETAS #1 Y #2
 SI ALGUNO DE LOS ÍTEMAS SE PUNTEA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA):
 MUESTRE LA TARJETA #3. PREGUNTE: ¿Cuántos días ha estado presente esta dificultad?
 Y ANOTE EL NÚMERO DE DÍAS SECCIÓN CÓDIGO (A-E)

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para

	Nunca	Levemente	Mediamente	Severamente	Extremamente
	1	2	3	4	5
D1.1 Concentrarme en hacer algo durante diez minutos?					
D1.2 Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?					
D1.3 Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?					
D1.4 Aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar					
D1.5 Entender en general lo que dice la gente?					
D1.6 Iniciar o mantener una conversación?					

Explore:
 SI ALGUNO DE LOS ÍTEMAS COMPRENDIDOS ENTRE EL D1.1-D1.6 SE PUNTEA POR ENCIMA DE 1 (NINGUNA), PREGUNTE:

	Nunca	Levemente	Mediamente	Severamente	Extremamente
	1	2	3	4	5
P1.1 ¿Cuánto han interferido estas dificultades con su vida?					

12. Instrumentos de evaluación del nivel de funcionamiento 241

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 40: Formato de Cuidados Extrahospitalarios

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME DE ESTANCIA PROLONGADA
FORMATO DE CUIDADOS EXTRAHOSPITALARIOS



FECHA _____
NOMBRE _____
REGISTRO _____

SU PACIENTE HA SIDO DADO DE ALTA POR SU MEDICO TRATANTE, SIN EMBARGO ES NECESARIO QUE SIGA LAS SIGUIENTES INDICACIONES PARA ASEGURAR QUE SU PACIENTE CONTINUE ESTABLE

1. CUIDADOS POSTERIORES EN EL HOGAR


2. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

3. INDICACIONES HIGIENICODIETETICAS

4. EXAMENES O ESTUDIOS DE LABORATORIO A REALIZARSE DURANTE SU ESTANCIA EN SU DOMICILIO (FAVOR DE TRAERLOS EN SU PROXIMA CITA)

5. FECHA DE SU PROXIMA CITA

Nombre y Firma del Médico Tratante _____



Km. 17.5 Antigua Carretera a Chapala, El Zapotitlán del Valle,
Tlaxiaco de Zuriaga, Jalisco, Teléfonos: - 3696020 / 36960275

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.






CÓDIGO: DOM-P056-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 41: Abandono de Tratamiento sin Autorización Medica para Ministerio Publico

 SECRETARIA DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL CAISAME ESTANCIA PROLONGADA	FECHA: _____
C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO ADSCRITO AL MPIO. DE TLAJOMULCO DE ZUÑIGA, JALISCO. PRESENTE	
<p>Por medio de este conducto, me permito saludarte y a la vez informarle que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica, emitida en el Diario Oficial (Jueves 16 de Noviembre de 1995) y en Disposiciones Generales 4.6.7.</p>	
Se informa a Usted que el usuario (a) Edad _____ Abandonó su tratamiento Hospitalario el Día _____ de _____ de 20____, el cual _____ cuanta con familiares, con un Diagnóstico Inicial de _____ y quien menciona como domicilio _____	
Lugar. _____	
Lo anterior para que se realicen los procedimientos legales a que de	
ATENTAMENTE	
_____ DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	
c.c.p. Expediente c.c.p. Archivo	
 SECRETARIA DE SALUD JALISCO	 SALMIE INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

SELLO


DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 42: Escala de Actividades de la Vida Diaria (Anverso)



CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



SALME
SECRETARÍA DE SALUD
OPD SERVICIOS DE SALUD JALISCO

ESCALA OBSERVACIONAL DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

B.- ACTITUD DE APEGO AL TRATAMIENTO	SEMANAS DE OBSERVACIÓN											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
6.- Toma de medicamentos: los rechaza totalmente o los acepta totalmente y de manera activa												
7.- Actividades terapéuticas en patio: rechazo en forma total se muestra apático, desinteresado o participa activamente, se muestra interesado.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8.- Actividades terapéuticas fuera del patio: rechazo total se muestra apático, desinteresado o participa activamente, se muestra interesado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
9.- Respuesta a la visita: rechaza totalmente a la familia, se muestra apático, desinteresado o participa activamente, interesado y afectuoso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
10.- Actitud ante el equipo terapéutico: rechaza totalmente el tratamiento, la comunicación, se muestra agresivo, renuente o participa en forma activa en su tratamiento, se muestra interesado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Subtotal semanal												
Suma total A + B por semana												

FECHAS DE OBSERVACIÓN POR SEMANA

No.	D	M	A	No.	D	M	A	No.	D	M	A	No.	D	M	A	No.	D	M	A	
1				3				5				7				9				11
2				4				6				8				10				12

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

PROCEDIMIENTO PARA EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN.




CÓDIGO: DOM-P056-I6_001


FECHA DE EMISIÓN: 17 SEPTIEMBRE 2008

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: JULIO 2010

Anexo 42: Escala de Actividades de la Vida Diaria (Reverso)



CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



SALME
SERVICIO INTEGRAL EN SALUD MENTAL

ESCALA OBSERVACIONAL DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA PARA PACIENTES HOSPITALIZADOS

NOMBRE DEL PACIENTE _____ REG. _____ EDAD _____

SEXO (F) (M) _____ DIAGNÓSTICO _____

ÁREA HOSPITALARIA _____ EQUIPO No. _____

Nota: Los puntajes deberán asignarse (en el recuadro correspondiente) dependiendo de la funcionalidad de cada ITEM a medir, las más cercanas a 0 son disfuncionales y las más a cercanas 10 corresponden a las funcionales.

Y	A.- CONDUCTAS BÁSICAS	SEMANAS DE OBSERVACIÓN																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
	1- Baño: totalmente dependiente, requiere ayuda o independencia total para hacerlo por sí mismo																			
	2- Movilidad: necesita ayuda para acostarse, para levantarse y caminar o no requiere ninguna ayuda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
	3- Comida: no acepta alimento, dificultad para el manejo de cubiertos para comer o come por sí solo y maneja los cubiertos para comer por sí mismo	1	2	-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
	4- Vestido: dependiente, no se quita y pone la ropa adecuadamente por sí solo o es independiente, se quita y pone la ropa adecuadamente por sí solo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							
	5- Añejo: se muestra desinteresado en absoluto por su aspecto o se interesa por su buen aspecto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA