



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: RÚBRICA
DR. MIGUEL ÁLVARO HIDALGO CASTILLO
JEFE DE CONSULTA EXTERNA

APROBÓ: RÚBRICA
DR. JAVIER VALDIVIA CÁRDENAS
SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JALISCO CAISAME
ESTANCIA PROLONGADA

AUTORIZÓ: RÚBRICA
DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA
DIRECTOR DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JALISCO CAISAME
ESTANCIA PROLONGADA

CÓDIGO: DOM -P235-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

No./FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 25 AGOSTO 2008

COPIA No.:

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

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

Sello

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

Responsable de la información: Centro de Atención Integral de Salud Mental Estancia Prolongada
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 07 Julio 2014

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Objetivo Brindar atención integral médico psiquiátrica, oportuna y de calidad mediante los servicios de consulta externa del Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Prolongada, del Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Alcance **Áreas que intervienen:** Este procedimiento aplica a los trabajadores del servicio de consulta externa del CAISAME Estancia Prolongada.

- Políticas**
1. Para todo diagnóstico psiquiátrico, se debe utilizar la Formulación Multiaxial Estandarizada de la CIE-10.
 2. Se debe utilizar el Sistema de Referencia de pacientes para la derivación oportuna a otros niveles de atención.
 3. El personal de servicios, en todo momento, debe tratar al usuario con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona.
 4. En cada consulta el médico responsable de la atención debe proporcionar al usuario, familiar o responsable, la información necesaria, pertinente y suficiente acerca de la enfermedad del paciente, su tratamiento y rehabilitación.
 5. Se debe atender a usuarios y pacientes de ambos sexos; niños, adolescentes, adultos y adultos en plenitud.
 6. Es responsabilidad del servicio atender de forma subsecuente a las personas con trastorno mental severo y persistente.
 7. El servicio de hospitalización es para las personas de 18 a 60 años de edad; las excepciones deberán estar plenamente justificadas.
 8. Se debe promover la participación del paciente, su familia o acompañante responsable, en el tratamiento y seguimiento ambulatorio.

Definiciones

Usuario: Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico.-psiquiátrica.

Paciente: Beneficiario directo de la atención médica.

Atención integral: Conjunto de servicios que se proporcionan al usuario para proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

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.

Urgencia: Todo problema médico que requiere atención inmediata.

Factores de riesgo: Aquellos que pueden influir en la decisión de una persona por el suicidio o la conducta violenta.

Definiciones **Información necesaria, pertinente y suficiente:** Conjunto de datos, consejos y sugerencias en torno a la enfermedad, la causa, su pronóstico, su tratamiento, los posibles efectos del tratamiento, medidas generales y especiales a considerar, rehabilitación, signos de alarma de su enfermedad y cita para la próxima consulta.

IJSM: Instituto Jalisciense de Salud Mental.

Trastorno mental Concepto que refiere a los trastornos mentales graves, de duración prolongada y que conllevan un

Severo: grado moderado a severo de discapacidad en el funcionamiento laboral, social y familiar.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1.	Paciente	Se presenta solo o acompañado de un familiar en la recepción del área de consulta externa.
2.	Trabajadora Social	<p>Reciba y oriente al paciente y familiar, e indíqueles pasar a caja a cubrir la cuota de recuperación para la consulta externa.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el paciente no pueda cubrir la cuota de recuperación, elabore “comprobante de exento”, fírmelo, séllelo y entréguelo al paciente o familiar e indíquele entregarlo en caja. • De tratarse de un paciente de primera vez y requiera de un comprobante de exento, elabore además “estudio socioeconómico” (ver procedimientos de trabajo social). • Si se trata de un paciente con hoja de referencia (ver procedimiento de referencia y contrarreferencia).
3.	Paciente	<p>Acude a caja a cubrir la cuota de recuperación.</p> <p>Nota:</p> <p>En caso de traer comprobante de exento lo entrega a la cajera.</p>
4.	Cajera	<p>Indique al paciente o familiar el importe de la cuota de recuperación, reciba el dinero, llene “recibo de cuota de recuperación”, en original y dos copias, entregue original al paciente o familiar, indíquele pasar a admisión y presentar el recibo de cuota de recuperación y archive copias.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente es subsecuente indíquele presentar además tarjeta de citas en admisión. • En caso de que el paciente o familiar entregue comprobante de exento, llene “recibo de cuota de recuperación” marcando que está exento y no solicite el importe.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
5.	Secretaria	<p>Solicite recibo de cuotas de recuperación, pida información general al paciente o familiar y llene el apartado de ficha de identificación en el formato de “historia clínica psiquiátrica”, llene la “carpeta del expediente clínico” indique al paciente o familiar pasar a la sala de espera, hasta que el médico del consultorio lo llame; integre el formato de historia clínica en un expediente y entréguelo al médico psiquiatra.</p> <p>Notas: Tratándose de un paciente subsecuente, solicite además tarjeta de citas, localice el expediente en el archivo, acomode la tarjeta de citas en el expediente y páselo al médico psiquiatra responsable de la consulta.</p>
6.	Médico Psiquiatra	<p>Reciba expediente, llame al paciente y familiar, invítelos a sentarse, preséntese, realice entrevista clínica psiquiátrica al paciente o familiar, llene “historia clínica psiquiátrica”, elabore un diagnóstico, siguiendo la Evaluación Multiaxial Estandarizada CIE-10, y un plan de tratamiento de acuerdo a los problemas clínicos detectados (ver protocolos correspondientes).</p> <p>Nota: De tratarse de un paciente subsecuente no llene historia clínica psiquiátrica, llene “nota de evolución médica psiquiátrica”.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
7.	Médico Psiquiatra	Determine conforme al diagnóstico y plan de tratamiento, la situación del paciente:	
		¿Situación?	Entonces
		Hospitalización	Llene “hoja de hospitalización” en original y tres tantos, fírmela, documente el ingreso en la “hoja de evolución médico-psiquiátrica” y llene la “hoja de indicaciones médicas” con el tratamiento farmacológico, señalando dosis, vía y periodicidad, de acuerdo al cuadro básico de la institución. Registre el ingreso en la “hoja de consulta diaria de psiquiatría” , notifique a trabajo social del ingreso del usuario. Aplique actividad 8.
		Manejo Ambulatorio	Aplique actividad 10.
		Referencia	<p>Documente la consulta en la “hoja de evolución medica-psiquiátrica”, entregue “receta médica” señalando dosis vía y periodicidad del tratamiento farmacológico, proporcione información necesaria, pertinente y suficiente al paciente y familiar y Registre la consulta en la “hoja de consulta diaria de psiquiatría” y regrese el expediente al servicio de admisión. Aplique actividad 11.</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> •En caso de ser necesario, registre la cita subsecuente en la “tarjeta de citas” y en la “agenda de control de citas a consulta externa”. •En caso de existir hoja de referencia llene “contrarreferencia” en original y copia, indique al paciente pasar a trabajo social, entréguele los formatos de la contrarreferencia pidiéndole los entregue a trabajo social. Aplique actividad 13.
		Contrarreferencia	En el caso de pacientes referidos que no requieren de atención hospitalaria documente en el formato de “contrarreferencia” . Aplique actividad 11.
		No requiere	Sin evidencia de trastorno mental, oriente al usuario que acuda al hospital o región sanitaria donde corresponda. Aplique actividad 10.
Alta	En caso de recuperación,. Aplique actividad 10.		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
6

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
8.	Personal	<p>Determine las actividades a realizar conforme 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>Llene los siguientes formatos en original y una copia, “hoja de responsabilidades familiares”, “hoja de aceptación de tratamiento” y “solicitud de ingreso” la cual debe contener Nombre del medico responsable del ingreso, recabe firma del médico e integre los documentos al expediente clínico. Aplique actividad 9.</td> </tr> <tr> <td>Médico Psiquiatra</td> <td>Notifique a enfermería del ingreso del usuario, entréguele el expediente e indíquele al usuario pasar con el enfermero, conserve el original de la hoja de ingreso y llévelo a admisión. Aplique actividad 9.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Personal?	Entonces	Trabajo Social	Llene los siguientes formatos en original y una copia, “hoja de responsabilidades familiares” , “hoja de aceptación de tratamiento” y “solicitud de ingreso” la cual debe contener Nombre del medico responsable del ingreso, recabe firma del médico e integre los documentos al expediente clínico. Aplique actividad 9.	Médico Psiquiatra	Notifique a enfermería del ingreso del usuario, entréguele el expediente e indíquele al usuario pasar con el enfermero, conserve el original de la hoja de ingreso y llévelo a admisión. Aplique actividad 9.
¿Personal?	Entonces							
Trabajo Social	Llene los siguientes formatos en original y una copia, “hoja de responsabilidades familiares” , “hoja de aceptación de tratamiento” y “solicitud de ingreso” la cual debe contener Nombre del medico responsable del ingreso, recabe firma del médico e integre los documentos al expediente clínico. Aplique actividad 9.							
Médico Psiquiatra	Notifique a enfermería del ingreso del usuario, entréguele el expediente e indíquele al usuario pasar con el enfermero, conserve el original de la hoja de ingreso y llévelo a admisión. Aplique actividad 9.							
9.	Enfermería	<p>Reciba al paciente con expediente clínico, tome signos vitales, anótelos en el expediente clínico, verifique que se encuentre completo y acompañe al paciente al área de hospitalización (ver procedimiento de Hospitalización).</p> <p>Fin del procedimiento de Consulta Externa.</p>						
10.	Médico Psiquiatra	<p>Documente la consulta en la “hoja de evolución medica-psiquiátrica”, entregue “receta médica” señalando dosis vía y periodicidad del tratamiento farmacológico, proporcione información necesaria, pertinente y suficiente al paciente y familiar y registre la cita subsecuente en la “tarjeta de citas” y en la “agenda de control de citas a consulta externa”. Registre la consulta en la “hoja de consulta diaria de psiquiatría” y regrese el expediente al servicio de admisión.</p> <p>Fin del procedimiento de Consulta Externa.</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> •De considerar adecuado integre al usuario a los programas de rehabilitación psicosocial del IJSM (ver Procedimiento de Rehabilitación Integral). •En caso de existir hoja de referencia llene “contrarreferencia” en original y copia, indique al paciente pasar a trabajo social, entréguele los formatos de la contrarreferencia pidiéndole los entregue a trabajo social. Aplique actividad 13. 						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001
 FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
11.	Médico Psiquiatra	De ser necesario llene el formato de “ contrarreferencia ”, en original y copia, indique al paciente pasar a trabajo social, entréguele los formatos de la contrarreferencia pidiéndole los entregue a trabajo social. Aplique actividad 13.
12.	Médico Psiquiatra	De ser necesario llene el formato de “ referencia ”, en original y 2 copias, indique al paciente pasar a trabajo social, entréguele los formatos de la referencia pidiéndole los entregue a trabajo social.
13.	Trabajadora Social	Reciba documentación, registre en los formatos (ver procedimiento de referencia y contrarreferencia) y entregue al usuario original y copia, anexando la segunda copia al expediente. Fin del procedimiento de Consulta Externa.

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Claudia Judith González Ochoa

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

Dr. Francisco Javier Ramírez Barreto

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Documentos de Referencia

Código	Documento
	Reglamento de la Ley de Creación de OPD Servicios de Salud Jalisco.
	Manual de Organización General de OPD Servicios de Salud Jalisco
	Manual de Organización del Instituto Jalisciense de Salud Mental.
	Manual de Organización del Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Prolongada
	Programa Anual de Trabajo del Servicio de Consulta Externa del CAISAME Estancia Prolongada
	Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Salud.
	Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
NOM-025-SSA2-1994	Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico Psiquiátrica
NOM-168-SSA1-1998	Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico
NOM- 178- SSA1-1998	Que Establece los Requisitos Mínimos de Infraestructura y Equipamiento de Establecimientos para la Atención Médica de Pacientes Ambulatorios

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
SISPA 50	Anexo 01 Hoja de consulta diaria de psiquiatría
	Anexo 02 Carpeta del expediente clínico
SISPA 58	Anexo 03 Hoja de hospitalización
	Anexo 04 Historia clínica psiquiátrica
	Anexo 05 Hojas de referencia y contrarreferencia
	Anexo 06 Estudio socioeconómico

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
9

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 07	Estudio psicosocial
Anexo 08	Receta médica
Anexo 09	Tarjeta de citas a consulta externa
Anexo 10	Agenda de control de citas a consulta externa
Anexo 11	Hoja de aceptación de tratamiento
Anexo 12	De responsabilidades familiares
Anexo 13	Solicitud de ingreso
Anexo 14	Responsiva para trabajadoras sociales

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
10

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 02: Carpeta del Expediente Clínico

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

SALME
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

EXPEDIENTE CLINICO

SERVICIO _____

CLAVE

NOMBRE

GUADALAJARA, JAL. _____ DE _____ DEL 20 _____

- 1.- FORMATOS DE SISPA
- 2.- HOJA DE ADMISIÓN
- 3.- HISTORIAS CLÍNICAS (PSIQUIATRÍA, MEDICINA, PSICOLOGÍA ETC.)
- 4.- RESUMENES CLÍNICOS
- 5.- HOJAS DE EVOLUCIÓN MEDICO-PSIQUIATRICAS
- 6.- HOJAS DE REFERENCIA
- 7.- INDICACIONES MEDICAS
- 8.- EXÁMENES DE LABORATORIO
- 9.- EXÁMENES DE GABINETE
- 10.-ENFERMERÍA

HOJA DE REGISTROS CLÍNICOS
HOJA DE PLAN DE ENFERMERÍA
HOJA DE EVOLUCIÓN

- 11.-FICHA CLÍNICA, REG. DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS,
HOJA DE EVOLUCIÓN DE PSICOLOGÍA

- 12.-TRABAJO SOCIAL DE PRIMER NIVEL
- 13.-HOJA DE EVOLUCIÓN DE TRABAJO SOCIAL
- 14.-FICHA SOCIOECONÓMICA
- 15.-CONTROL DE VISITAS
- 16.-PERMISOS TERAPÉUTICOS
- 17.-DOCUMENTOS LEGALES

*ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO
*HOJA DE RESPONSIVA MEDICA
*HOJA DE RESPONSIVA INSTITUCIONAL
*FORMATO DE INGRESOS, OBLIGACIONES, INVOLUNTARIOS, VOLUNTARIOS.
*FORMATO DE CAMBIOS DE INGRESOS
*ALTAS VOLUNTARIAS
*AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MÉDICO-QUIRURGICOS

- 18.- HOJA DE EGRESO

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
13

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 03: Hoja de Hospitalización

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN	
UNIDAD: HOSPITAL PSQUIÁTRICO DE JALISCO	JURISDICCIÓN: N- XIII GUAD. - JUÁREZ-TLAJOMULCO
LOCALIDAD: EL ZAPOTE DEL VALLE	
NÚMERO DE EXPEDIENTE:	
NOMBRE DEL PACIENTE:	APellido PATERNO
EDAD: AÑOS SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DERECHOHABIENTE: MSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> OTRAS <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/>
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"/>	POSGRADO <input type="checkbox"/>
ESCOLARIDAD: PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> BACHILLERATO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	OTRAS: ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/>
OCCUPACIÓN:	
RESIDENCIA HABITUAL:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD: MUNICIPIO: ESTADO:	
UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:	
DATOS DEL INGRESO:	
PRIMERA VEZ	FECHA: DIA MES AÑO
REINGRESO N.º	
PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA	<input type="checkbox"/> URGENCIAS
<input type="checkbox"/> VOLUNTARIO	<input type="checkbox"/> INVOLUNTARIO
<input type="checkbox"/> DENTRO DEL ESTADO	<input type="checkbox"/> FUERA DEL ESTADO
PACIENTE REMITIDO POR: <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> HOSPITALES CIVILES <input type="checkbox"/> DIF <input type="checkbox"/> SERVICIOS MED. MUNICIP.	<input type="checkbox"/> PROTECCIÓN CIVIL
<input type="checkbox"/> CLÍNICAS PARTICULARES	<input type="checkbox"/> CRUZ ROJA
<input type="checkbox"/> AUTORIDADES JUDICIALES	<input type="checkbox"/> AUTORIDADES CIVILES
<input type="checkbox"/> OTROS ESPECIFIQUE:	
PORTE DE LESIONES: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	CÓDIGO CIE
DIAGNÓSTICOS INICIALES PSQUIATRÍA:	
1- PRINCIPAL	
2- SEGUNDO	
3- TERCERO	
INDICACIÓN DE ESTUDIOS: LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> T.A.C. <input type="checkbox"/> E.E.G. <input type="checkbox"/>	
OTROS: ESPECIFIQUE	
ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN	
PLAN DE TRATAMIENTO INICIAL	
DIAGNÓSTICOS INICIALES MEDICINA	CÓDIGO CIE
1- PRINCIPAL	
2- SEGUNDO	
3- TERCERO	
INDICACIÓN DE ESTUDIOS: LABORATORIO <input type="checkbox"/> RAYOS X <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> OTROS: ESPECIFIQUE	
INFECCIÓN EXTRAHOSPITALARIA: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/>	CÓDIGO CIE
MÉDICO PSQUIATRA RESPONSABLE DEL INGRESO	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página 14

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



Gobierno de Jalisco
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 05: Hoja de Referencia y Contrarreferencia

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

FECHA DE REFERENCIA: _____ No. DE CONTROL: _____ EDAD: _____ AÑOS MESES _____ SEXO: _____ (M) (F)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ LOCALIDAD/COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____

DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____ CALLE: _____ URGENTE: _____ (S) (N)

MOTIVO DEL EVENTO: _____ LOCALIDAD/COLONIA: _____ MUNICIPIO: _____

IMPRESIÓN (DIAGNÓSTICA): _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ (VER GUA DE REFERENCIA)

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
HOJA DE REFERENCIA

No. DE CONTROL: _____ URGENTE: _____ (S) (N)

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

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____

UNIDAD QUE REFIERE: _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____

DIRECCIÓN: _____ NOMBRE: _____

CALLE: _____ COLUMNA: _____

SERVICIO AL QUE SE ENVIARÁ: _____

MOTIVO DE LA REFERENCIA: _____ RESUMEN CLÍNICO DEL PADRIMIENTO: _____

SIGNOS VITALES:

TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA
	°C	X'	X'

SOMATOMETRIA: PESO _____ Kgms, TALLA _____ cms.

IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFIERE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

AM-1266

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM-P235-16_001
 FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
 NUMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 05: Hoja de Referencia y Contrarreferencia

SECRETARIA DE SALUD JALISCO DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE VISITA: _____ FECHA DE ALTA: _____

SE LE ATENDE: SI NO ¿POR QUÉ? _____

CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MEDICO: SI NO ¿POR QUÉ? _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

OBSERVACIONES: _____



SECRETARIA DE SALUD JALISCO HOJA DE CONTRARREFERENCIA

UNIDAD MEDICA QUE REMITE:

NOMBRE: _____ CUYAVE: _____

DOMICILIO: _____ FECHA: _____

SERVICIO: _____

MANEJO DEL PACIENTE:
 RESUMEN CLINICO: _____

DIAGNOSTICO DE INGRESO: _____

DIAGNOSTICO DE EGRESO: _____

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCION: _____

CONTROL DEL PACIENTE:
 TRATAMIENTO CONCLUIDO: _____ CONTINUAR TRATAMIENTO: _____

ENVIO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE: _____

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 06: Estudio Socioeconómico



**SISTEMA ESTATAL DE CUOTAS DE RECUPERACION
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

No. DE _____

I IDENTIFICACION DE LA UNIDAD

UNIDAD _____ FECHA _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____ CAMA _____ No. _____

SERVICIO _____ EXP. No. _____ FECHA DE INGRESO _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

DX _____

II IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ NOMBRE(S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

EDAD _____ SEXO _____ FEM MASC _____ ESTADO CIVIL _____ SOLTERO/CASADO VIUDO U. LIBRE DIVOR. SEPARADO _____

ESCOLARIDAD _____ MAXIMO GRADO DE ESTUDIOS _____

Ocupacion _____ AFILIADO A: _____ IMSS _____ ISSSTE _____ NINGUNO _____ OTROS _____

DOMICILIO PERMANENTE _____ UBICACION (CRUCE DE CALLES) _____

CALLE _____

NUMERO _____

COLONIA _____

SECTOR _____

MUNICIPIO _____ EDO. _____

TELEFONO _____

III IDENTIFICACION Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

NOMBRE _____ NOMBRE(S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ SEXO _____ FEM MASC _____

DOMICILIO _____ CALLE _____ No. _____ COLONIA O BARRIO _____

CIUDAD _____ MUNICIPIO _____ ESTADO _____

Ocupacion _____ ACTUAL _____ TELEFONO _____ PARENTESCO _____ CON EL ENFERMO _____

IV SISTEMA DE REFERENCIA Y CONDICION LEGAL

INSTITUCION O UNIDAD QUE REPIERE _____ CIUDAD _____

ESTADO _____ FECHA DE TRANSFERENCIA _____

SITUACION LEGAL _____ LIBRE [DETENIDO] _____ No. DE AVERIGUACION _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 06: Estudio Socioeconómico

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">OCUPACION DEL RESPONSABLE DE LA FAMILIA</th> <th>CALIF.</th> </tr> <tr> <td>PRESENCIARIO</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PRESENCIARIO</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PRESENCIARIO</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EMPLEADO ORDINARIO</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>TECNICO SECUNDARIA</td> <td></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>TECNICO PROFESIONISTA</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>PROFESIONAL, EMPRESARIO O EJECUTIVO</td> <td></td> <td>6</td> </tr> </table>	OCUPACION DEL RESPONSABLE DE LA FAMILIA		CALIF.	PRESENCIARIO		0	PRESENCIARIO		1	PRESENCIARIO		2	EMPLEADO ORDINARIO		3	TECNICO SECUNDARIA		4	TECNICO PROFESIONISTA		5	PROFESIONAL, EMPRESARIO O EJECUTIVO		6	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">ESCOLARIDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA FAMILIA</th> <th>CALIF.</th> </tr> <tr> <td>ANALFABETO</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA INCOMPLETA</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PRIMARIA COMPLETA</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA INCOMPLETA</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>SECUNDARIA COMPLETA O CARRERA TECNICA</td> <td></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>BACHILLERATO COMPLETO O CARRERA TECNICA O INGENIERIA</td> <td></td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>CARRERA PROFESIONAL, LICENCIATURA O MAS</td> <td></td> <td>6</td> </tr> </table>	ESCOLARIDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA FAMILIA		CALIF.	ANALFABETO		0	PRIMARIA INCOMPLETA		1	PRIMARIA COMPLETA		2	SECUNDARIA INCOMPLETA		3	SECUNDARIA COMPLETA O CARRERA TECNICA		4	BACHILLERATO COMPLETO O CARRERA TECNICA O INGENIERIA		5	CARRERA PROFESIONAL, LICENCIATURA O MAS		6	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">TIPO DE VIVIENDA</th> <th>CALIF.</th> </tr> <tr> <td>CONSTRUCCION IMPROBADA</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>VICINIDAD</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>CASA COMPARTIDA</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DEPARTAMENTO</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>CASA UNIFAMILIAR</td> <td></td> <td>4</td> </tr> </table>	TIPO DE VIVIENDA		CALIF.	CONSTRUCCION IMPROBADA		0	VICINIDAD		1	CASA COMPARTIDA		2	DEPARTAMENTO		3	CASA UNIFAMILIAR		4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">DEPENDIENTES</th> <th>CALIF.</th> </tr> <tr> <td>10 O MAS DEPENDIENTES</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>7 A 9 DEPENDIENTES</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4 A 6 DEPENDIENTES</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1 A 3 DEPENDIENTES</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NINGUN DEPENDIENTE</td> <td></td> <td>4</td> </tr> </table>	DEPENDIENTES		CALIF.	10 O MAS DEPENDIENTES		0	7 A 9 DEPENDIENTES		1	4 A 6 DEPENDIENTES		2	1 A 3 DEPENDIENTES		3	NINGUN DEPENDIENTE		4						
OCUPACION DEL RESPONSABLE DE LA FAMILIA		CALIF.																																																																																											
PRESENCIARIO		0																																																																																											
PRESENCIARIO		1																																																																																											
PRESENCIARIO		2																																																																																											
EMPLEADO ORDINARIO		3																																																																																											
TECNICO SECUNDARIA		4																																																																																											
TECNICO PROFESIONISTA		5																																																																																											
PROFESIONAL, EMPRESARIO O EJECUTIVO		6																																																																																											
ESCOLARIDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA FAMILIA		CALIF.																																																																																											
ANALFABETO		0																																																																																											
PRIMARIA INCOMPLETA		1																																																																																											
PRIMARIA COMPLETA		2																																																																																											
SECUNDARIA INCOMPLETA		3																																																																																											
SECUNDARIA COMPLETA O CARRERA TECNICA		4																																																																																											
BACHILLERATO COMPLETO O CARRERA TECNICA O INGENIERIA		5																																																																																											
CARRERA PROFESIONAL, LICENCIATURA O MAS		6																																																																																											
TIPO DE VIVIENDA		CALIF.																																																																																											
CONSTRUCCION IMPROBADA		0																																																																																											
VICINIDAD		1																																																																																											
CASA COMPARTIDA		2																																																																																											
DEPARTAMENTO		3																																																																																											
CASA UNIFAMILIAR		4																																																																																											
DEPENDIENTES		CALIF.																																																																																											
10 O MAS DEPENDIENTES		0																																																																																											
7 A 9 DEPENDIENTES		1																																																																																											
4 A 6 DEPENDIENTES		2																																																																																											
1 A 3 DEPENDIENTES		3																																																																																											
NINGUN DEPENDIENTE		4																																																																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">VIVIENDA</th> <th>CALIF.</th> </tr> <tr> <td>SIN VIVIENDA</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>PRESTADA</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>RENTADA</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROPIA PAGANDO</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>PROPIA</td> <td></td> <td>4</td> </tr> </table>	VIVIENDA		CALIF.	SIN VIVIENDA		0	PRESTADA		1	RENTADA		2	PROPIA PAGANDO		3	PROPIA		4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">SALARIO DEL RESPONSABLE DE LA FAMILIA</th> <th>CALIF.</th> </tr> <tr> <td>SIN SALARIO</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DEL SALARIO MINIMO</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>SALARIO MINIMO</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>1-2 SALARIOS MINIMOS</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3-4 SALARIOS MINIMOS</td> <td></td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5 O MAS SALARIOS MINIMOS</td> <td></td> <td>5</td> </tr> </table>	SALARIO DEL RESPONSABLE DE LA FAMILIA		CALIF.	SIN SALARIO		0	DEL SALARIO MINIMO		1	SALARIO MINIMO		2	1-2 SALARIOS MINIMOS		3	3-4 SALARIOS MINIMOS		4	5 O MAS SALARIOS MINIMOS		5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">SITUACION ECONOMICA Y FAMILIAR</th> <th>CALIF.</th> </tr> <tr> <td>INDIGENCIA</td> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DEFOCT</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>EQUILIBRIO</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>EXCEDENTE</td> <td></td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>EXCEDENTE</td> <td></td> <td>4</td> </tr> </table>	SITUACION ECONOMICA Y FAMILIAR		CALIF.	INDIGENCIA		0	DEFOCT		1	EQUILIBRIO		2	EXCEDENTE		3	EXCEDENTE		4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)</th> </tr> <tr> <td>PERSONA RESPONSABLE DE LA FAMILIA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>ESPOSO (A)</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>HUO (A)</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>OTROS</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>	INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)		PERSONA RESPONSABLE DE LA FAMILIA	\$	ESPOSO (A)	\$	HUO (A)	\$	OTROS	\$	TOTAL	\$	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">EGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)</th> </tr> <tr> <td>ALIMENTACION</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>RENTA O MENSUALIDAD</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>AGUA</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>LUZ</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>COMBUSTIBLE</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORTE</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>EDUCACION</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>CONSUMOS ADICIONALES</td> <td>\$</td> </tr> <tr> <td>TOTAL TOTAL</td> <td>\$</td> </tr> </table>	EGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)		ALIMENTACION	\$	RENTA O MENSUALIDAD	\$	AGUA	\$	LUZ	\$	COMBUSTIBLE	\$	TRANSPORTE	\$	EDUCACION	\$	CONSUMOS ADICIONALES	\$	TOTAL TOTAL	\$
VIVIENDA		CALIF.																																																																																											
SIN VIVIENDA		0																																																																																											
PRESTADA		1																																																																																											
RENTADA		2																																																																																											
PROPIA PAGANDO		3																																																																																											
PROPIA		4																																																																																											
SALARIO DEL RESPONSABLE DE LA FAMILIA		CALIF.																																																																																											
SIN SALARIO		0																																																																																											
DEL SALARIO MINIMO		1																																																																																											
SALARIO MINIMO		2																																																																																											
1-2 SALARIOS MINIMOS		3																																																																																											
3-4 SALARIOS MINIMOS		4																																																																																											
5 O MAS SALARIOS MINIMOS		5																																																																																											
SITUACION ECONOMICA Y FAMILIAR		CALIF.																																																																																											
INDIGENCIA		0																																																																																											
DEFOCT		1																																																																																											
EQUILIBRIO		2																																																																																											
EXCEDENTE		3																																																																																											
EXCEDENTE		4																																																																																											
INGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)																																																																																													
PERSONA RESPONSABLE DE LA FAMILIA	\$																																																																																												
ESPOSO (A)	\$																																																																																												
HUO (A)	\$																																																																																												
OTROS	\$																																																																																												
TOTAL	\$																																																																																												
EGRESO FAMILIAR (PROMEDIO MENSUAL)																																																																																													
ALIMENTACION	\$																																																																																												
RENTA O MENSUALIDAD	\$																																																																																												
AGUA	\$																																																																																												
LUZ	\$																																																																																												
COMBUSTIBLE	\$																																																																																												
TRANSPORTE	\$																																																																																												
EDUCACION	\$																																																																																												
CONSUMOS ADICIONALES	\$																																																																																												
TOTAL TOTAL	\$																																																																																												
<p>VI RESULTADOS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>SUMA DE CALIFICACIONES</td> <td>0-18</td> <td>19-24</td> <td>25-30</td> </tr> <tr> <td>EXCENTO</td> <td>MINIMO</td> <td>MEJOR</td> <td>MAXIMO</td> </tr> </table>		SUMA DE CALIFICACIONES	0-18	19-24	25-30	EXCENTO	MINIMO	MEJOR	MAXIMO	<p>VII DIAGNOSTICO SOCIAL</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>CALIFICACION FINAL</td> <td>MINIMO</td> <td>MEJOR</td> <td>MAXIMO</td> </tr> </table>	CALIFICACION FINAL	MINIMO	MEJOR	MAXIMO																																																																															
SUMA DE CALIFICACIONES	0-18	19-24	25-30																																																																																										
EXCENTO	MINIMO	MEJOR	MAXIMO																																																																																										
CALIFICACION FINAL	MINIMO	MEJOR	MAXIMO																																																																																										
<p>DX. SOCIAL</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																																																											
<p>_____ NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR QUE ELABORO EL ESTUDIO</p>																																																																																													

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM-P235-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 07: 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:

OCCUPACION:

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

Página
21

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 07: Estudio Psicosocial

DINAMICA FAMILIAR ACTUAL:

ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE A LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

TIPO DE ZONA:
Urbana Suburbana Rural Asentamiento Irregular

TIPO DE VIVIENDA:
Rentada Prestada Propia Otros

Casa sola Depto. Popular Cuarto redondo Vecindad Otros

No. De dormitorio Cocina Sala Comedor Otros

Mobiliario

MATERIAL DE CONSTRUCCION:

Piso Paredes Techo

SERVICIOS PUBLICOS:

Pavimentación Luz Servicio de limpieas Agua

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 08: Receta Médica

 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO	 SALMIE INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
SERVICIOS DE SALUD JALISCO INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL CAISAME ESTANCIA BREVE 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	
Nombre del usuario: _____	Fecha: _____
Genérico: _____	Clave: _____
Comercial: _____	Presentación: _____
Genérico: _____	Clave: _____
Comercial: _____	Presentación: _____
Dr. <i>Médico Residente de Psiquiatría</i>	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
24

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 09: Tarjeta 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

Página
25

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-16_001

FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 10: Agenda de control de citas

2008

24	LUNES MONDAY STA. CATALINA SAN EFIGENIO	25	MARTES TUESDAY SAN HUMBERTO, ISSAC	26	MIÉRCOLES WEDNESDAY SAN BRAULIO, DIEGO
8:00		8:00		8:00	
.		.		.	
9:00		9:00		9:00	
.		.		.	
10:00		10:00		10:00	
.		.		.	
11:00		11:00		11:00	
.		.		.	
12:00		12:00		12:00	
.		.		.	
1:00		1:00		1:00	
.		.		.	
2:00		2:00		2:00	
.		.		.	
3:00		3:00		3:00	
.		.		.	
4:00		4:00		4:00	
.		.		.	
5:00		5:00		5:00	
.		.		.	
6:00		6:00		6:00	
.		.		.	
7:00		7:00		7:00	
.		.		.	
8:00		8:00		8:00	

TRANS. 84 REST. 281 TRANS. 85-REST. 281 TRANS. 86 REST. 280

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

13 Semana • Week

March • Marzo

JUEVES THURSDAY SAN RUFERTO, MACEDONIO	27	VIERNES FRIDAY STA. DOROTEA SAN FRANCISCO	28	SÁBADO SATURDAY SAN EUSTACIO ARAD, VICTORINO	29
8:00		8:00			
.		.		.	
9:00		9:00			
.		.		.	
10:00		10:00			
.		.		.	
11:00		11:00			
.		.		.	
12:00		12:00			
.		.			
1:00		1:00			
.		.			
2:00		2:00			
.		.			
3:00		3:00			
.		.			
4:00		4:00			
.		.			
5:00		5:00			
.		.			
6:00		6:00			
.		.			
7:00		7:00			
.		.			
8:00		8:00			

TRANS. 87 REST. 279 TRANS. 88 REST. 278

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

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 11: Hoja de Aceptación de Tratamiento



a _____ de _____ de _____

C. DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
PRESENTE:

ESTANCIA BREVE
ESTANCIA PROLONGADA

El suscrito, familiar y Responsable Legal del Usuario _____ Autoriza a Ustedes, por medio de la presente, para que al referido hospitalizado le aplique los procedimientos psiquiátricos hospitalarios, en uso en la actualidad médica, que sean necesarios para manejar su padecimiento mental, incluyendo los tratamientos físico y farmacológico apropiados, quedando enterado al firmar esta autorización de que en caso de requerir tratamientos quirúrgicos de aquellos procedimientos que impliquen mayores riesgos que los mencionados, el caso será tratado personalmente por el Director Médico de la Institución, y sólo se llevará a cabo tras previo acuerdo con el suscrito. Así mismo autorizo a que ante una urgencia médica, que signifique un riesgo para la integridad física del usuario, se realice su traslado inmediato al Hospital General que la Dirección médica determine

ATENTAMENTE:

NOMBRE Y FIRMA

c.e.p. familiar

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
28

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM-P235-16_001
FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 12: Hoja de Responsabilidad Familiar



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCOENSE DE SALUD MENTAL

HOJA DE RESPONSABILIDADES FAMILIARES

C. DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL
P R E S E N T E

ESTANCIA BREVE
ESTANCIA PROLONGADA

NOMBRE DEL USUARIO _____
EL SUSCRITO FAMILIAR Y (O) RESPONSABLE DEL USUARIO _____
NOMBRE _____
PARENTESCO _____
DOMICILIO _____

ME COMPROMETO AL SER ADMITIDO EL USUARIO EN ESTE CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL A OBSERVAR FIELMENTE Y CON LA MAYOR EXACTITUD LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.- Visitarlo como mínimo una vez por semana si residen en la ciudad, dentro del horario comprendido entre las 10 y 13 hrs. Y las 15 y 18 hrs.
- 2.- Acudir al centro de Atención Integral, cuando reciba citatorio para asistir a las juntas de familia.
- 3.- Recibirlo y aceptarlo cuando le sea autorizada salida de permiso terapéutico. Cuando sea dado de alta, vigilando la continuidad del tratamiento según las instrucciones que reciba de la institución.
- 4.- Efectuar el traslado a su domicilio cuando lo amerite, por mis propios medios.
- 5.- Cooperar en programas de resocialización.
- 6.- Pagar las cuotas a que me he comprometido.
- 7.- Presentar comprobante de domicilio (recibo de luz, teléfono, renta, etc.)
- 8.- El incumplimiento de cualquier de estos requisitos, será motivo para que la institución me entregue al usuario sin previo aviso.

PARA CONSTANCIA DE LO CUAL FIRMO ESTE DOCUMENTO

Jalisco, A ____ / ____ / ____ del ____ de ____ del ____ Año

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

FIRMA Y DOMICILIO DE 2 PERSONAS QUE CONOZCAN Y ESTEN EN CAPACIDAD DE DAR INFORMES DE LA PERSONA QUE FIRMA ESTE DOCUMENTO, DOMICILIOS QUE SERAN COMPROBADOS POR TRABAJO SOCIAL

PERSONA QUE DA REFERENCIA	PERSONA QUE DA REFERENCIA
_____	_____
DOMICILIO	DOMICILIO

c.c.p. Familiar
c.c.p. Expediente

Av. Zoquiapan No. 1000-A Esq. Lago Tlicaca, Col Zoquiapan Zapopan, Jalisco C.P. 45170

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
29

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM-P235-16_001
FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 13: Solicitud de Ingreso

 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE INGRESO

ESTANCIA BREVE
ESTANCIA PROLONGADA

a _____ de _____ de _____

4.4.1 La Modalidad de INGRESO EN FORMA VOLUNTARIA
 4.4.2 La Modalidad de INGRESO EN FORMA INVOLUNTARIA
 4.4.3 La Modalidad de INGRESO DE FORMA OBLIGATORIA

La NORMA OFICIAL MEXICANA-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MEDICO-PSIQUIATRICA, emitida en el diario Oficial (Jueves 16 de Noviembre de 1995), y en disposiciones generales, establece en los artículos:

Por lo anterior:

El que suscribe C. _____ Solicito al **Instituto Jalisciense de Salud Mental, Centro de Atención Integral en Salud Mental**, el ingreso hospitalario, bajo esta modalidad para recibir atención médica.

Así mismo, se autoriza al personal médico y paramédico para que se apliquen los estudios y tratamiento necesarios, quedando enterado (a) de las obligaciones legales que adquiere y los derechos que la ley me otorga.

NOMBRE DEL RESPONSABLE _____ FIRMA _____
NOMBRE DEL USUARIO _____ FIRMA _____
DOMICILIO _____ TEL. _____

El médico responsable enterado de lo anterior hace constar que el citado usuario presenta la:

Impresión diagnóstica de: _____
Principalmente manifestada por: _____

Por lo que esta indicado su ingreso
No. De expediente _____

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
30

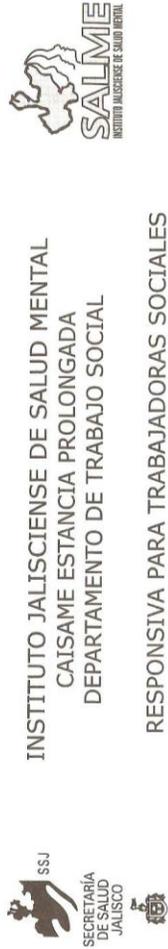
SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM-P235-I6_001
FECHA DE EMISIÓN: 5 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / AGOSTO 2008

Anexo 14: Responsiva para Trabajadoras Sociales



INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
CAISAME ESTANCIA PROLONGADA
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

RESPONSIVA PARA TRABAJADORAS SOCIALES

NOMBRE DEL PACIENTE _____
T.S. RESPONSABLE _____
DOMICILIO _____
TELÉFONO _____
DEPENDENCIA _____
DOMICILIO _____
TELÉFONO _____ NOMBRE DEL JEFE _____
FECHA _____

ME COMPROMETO AL SER ADMITIDO MI USUARIO EN CAISAME ESTANCIA PROLONGADA, A CUMPLIR FIELMENTE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1º-ACUDIR A CAISAME ESTANCIA PROLONGADA COMO MÍNIMO 2 VECES AL MES.
- 2º-PRESENTARME A CAISAME ESTANCIA PROLONGADA, CUANDO RECIBA CITATORIO.
- 3º-EFECTUAR EL TRASLADO DEL PACIENTE A SU DOMICILIO, CUANDO SEA DADO DE ALTA.
- 4º-SI CARECE DE FAMILIARES, INTENTAR CANALIZARLO A OTRA INSTITUCIÓN.
- 5º-ENTREGAR A LA T.S. DE CAISAME ESTANCIA PROLONGADA, COPIA DEL RESULTADO DE CUALQUIER TRAMITE O INVESTIGACION REALIZADA PARA LA LOCALIZACION DE FAMILIARES.

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE ESTOS REQUISITOS, SERA MOTIVO PARA QUE LA INSTITUCION ME ENTREGUE A MI USUARIO SIN PREVIO AVISO.

T.S. _____
NOMBRE Y FIRMA

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
31

SELLO