



# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO:	DOM-P008-I5_003
FECHA DE EMISIÓN:	ABRIL DE 2004
No./ FECHA DE REVISIÓN:	003/ AGOSTO DE 2009

## Objetivo

Propiciar que se otorgue una atención integral en salud mental con calidad y calidez, a través de clínicas especializadas para una mayor funcionalidad de los usuarios dentro de la familia y sociedad.

## Alcance

**Límites el procedimiento:** El procedimiento inicia desde que solicitan atención hasta su tratamiento externo.

**Áreas que intervienen:** Psiquiatría, Archivo, Enfermería y Encargada de citas.

## 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 usuario debe ser acompañado por el psicólogo del servicio de intervención en crisis, para su valoración por el servicio de urgencias y así mismo acompañar al usuario en los trámites administrativos y exponer el caso del usuario con el médico tratante.
3. Todo diagnóstico psiquiátrico, se deberá utilizar la formulación multiaxial estandarizada de la CIE-10.
4. Se debe utilizar el sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes para la derivación oportuna a otros niveles de atención.
5. En cada consulta el médico responsable de la atención deberá proporcionar al usuario, familiar o responsable la información necesaria, pertinente y suficiente acerca de la enfermedad del paciente, su padecimiento y rehabilitación.
6. Todo usuario que acuda el servicio de psiquiatría en consulta externa se debe derivar al departamento de psicología para evaluación y tratamiento psicoterapéutico.
7. Se debe exentar de pago en su primera consulta a Todo usuario que se presente a esta institución con hoja de referencia de cualquiera de las dependencias de la Secretaría de Salud.
8. Se debe de contestar de manera inmediata por quien valore el caso la hoja de referencia que llegue a la institución, y enviar a trabajo social para continuar con el procedimiento de referencia y contrarreferencia.

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
2

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

<b>Intervención en Crisis</b>	Intervención psicológica inmediata y de una sola sesión dirigida a ayudar al paciente a resolver un momento u evento crítico en su vida y evitar que éste deje consecuencias o alteración emocional en el individuo.
<b>Expediente clínico</b>	Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá de hacer registros, anotaciones y certificaciones.
<b>Atención médica</b>	Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
<b>Consulta externa de primera vez</b>	Proceso inicial de diagnóstico y tratamiento del padecimiento mental de primera vez.
<b>Consulta externa subsecuente</b>	Procedimiento de revaloraciones Psiquiátricas y Psicológicas programadas mediante cita con el objetivo de manejar el tratamiento adecuado y llegar a la estabilización del padecimiento y la funcionalidad del usuario.
<b>Definiciones</b>	
<b>Usuario psiquiátrico</b>	Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica por enfermedad mental.
<b>Enfermedad mental</b>	Es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales vigente de la Organización Mundial de la Salud.
<b>Atención Integral Médico psiquiátrica</b>	Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover y mantener su salud mental, comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.
<b>Paciente</b>	Beneficiario directo de la atención médica.
<b>Referencia-Contrarreferencia</b>	Procedimiento medico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envió-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.
<b>Urgencia psiquiátrica</b>	Cualquier alteración emocional o de la conducta que signifique un riesgo para el usuario mismo y para terceros que requiere de una intervención médico psiquiátrica inmediata, eficaz con el fin de resolver el síntoma y prevenir consecuencias.

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
3

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

**Grupo Terapéutico** Conjunto de personas que se reúnen en un espacio para abordar una temática específica y compartir experiencias de vida comunes a fin de buscar e intentar nuevas alternativas para afrontar su problemática personal

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
4

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD												
1.	Enfermero (a)	Toma los signos vitales y registra en “ <b>papeleta</b> ” de signos vitales, indica al usuario que espere su hora de cita y será llamado por nombre y apellido.  <b>Nota:</b> En caso de que se detecte alguna alteración medica entonces informa directamente al Psiquiatra asignado.												
2.	Psiquiatra.	Llama al usuario por su nombre y apellido, saluda e invita a pasar al consultorio y a la toma de asiento se presenta por su nombre y cargo dentro de la institución.												
3.		Interroga al usuario sobre su padecimiento actual, motivo de consulta y su estado mental y registra en el “ <b>Expediente clínico</b> ” de acuerdo a Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente clínico.  <b>Nota:</b> Al final de la jornada solicita a Trabajo Social el rescate de usuarios que no asistieron a su consultorio y con alto riesgo, aplica procedimiento de Visita domiciliaria y/o rescate de pacientes.												
4.		Elabora diagnostico presuntivo de acuerdo al CIE 10 y Manual de Diagnostico Multiaxial 4 si el usuario es de primera vez o ratifica si se trata de un usuario subsecuente.												
5.	Psiquiatra.	<p>Determina lugar de tratamiento, notifica al usuario o familiar sobre su trastorno y el plan a seguir así como los posibles efectos secundarios que tendrá con la toma de medicamentos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Determina su lugar de tratamiento?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Otra institución</td> <td><b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>Hospital</td> <td><b>Aplica actividad 8.</b></td> </tr> <tr> <td>Continúa en Psiquiatría.</td> <td><b>Aplica actividad 13.</b></td> </tr> <tr> <td>Cita a clínica</td> <td>Envía a usuario a sacar cita con el coordinador de Psicología, <b>aplica procedimiento de consulta externa de Psicología. Aplica actividad 16</b></td> </tr> <tr> <td>Consulta Externa de psicología</td> <td>Envía al usuario con la Encargada de Citas (Paidopsiquiatría, Ansiedad, Suicidio, Depresión, Geriatria), <b>aplica actividad 17.</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Nota:</b> Si necesita en ese momento algún medicamento vía intramuscular se solicita la colaboración de enfermería para la administración del mismo.</p>	¿Determina su lugar de tratamiento?	Entonces.	Otra institución	<b>Aplica actividad siguiente.</b>	Hospital	<b>Aplica actividad 8.</b>	Continúa en Psiquiatría.	<b>Aplica actividad 13.</b>	Cita a clínica	Envía a usuario a sacar cita con el coordinador de Psicología, <b>aplica procedimiento de consulta externa de Psicología. Aplica actividad 16</b>	Consulta Externa de psicología	Envía al usuario con la Encargada de Citas (Paidopsiquiatría, Ansiedad, Suicidio, Depresión, Geriatria), <b>aplica actividad 17.</b>
¿Determina su lugar de tratamiento?	Entonces.													
Otra institución	<b>Aplica actividad siguiente.</b>													
Hospital	<b>Aplica actividad 8.</b>													
Continúa en Psiquiatría.	<b>Aplica actividad 13.</b>													
Cita a clínica	Envía a usuario a sacar cita con el coordinador de Psicología, <b>aplica procedimiento de consulta externa de Psicología. Aplica actividad 16</b>													
Consulta Externa de psicología	Envía al usuario con la Encargada de Citas (Paidopsiquiatría, Ansiedad, Suicidio, Depresión, Geriatria), <b>aplica actividad 17.</b>													

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
6.	Psiquiatría.	Determine la institución a la que va a derivar al usuario						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se deriva a?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CAISAME Estancia prolongada.</td> <td>Anota en el “<b>expediente clínico</b>” el envío al Hospital CAISAME Estancia Prolongada, y entrega del expediente archivo para su resguardo y enviar posteriormente. <b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>Institución pública u ONG.</td> <td>Elabora “<b>formato de referencia y contrarreferencia</b>” e indica que pase a Trabajo Social. <b>Aplica Procedimiento de Referencia y contrarreferencia.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Se deriva a?	Entonces.	CAISAME Estancia prolongada.	Anota en el “ <b>expediente clínico</b> ” el envío al Hospital CAISAME Estancia Prolongada, y entrega del expediente archivo para su resguardo y enviar posteriormente. <b>Aplica actividad siguiente.</b>	Institución pública u ONG.	Elabora “ <b>formato de referencia y contrarreferencia</b> ” e indica que pase a Trabajo Social. <b>Aplica Procedimiento de Referencia y contrarreferencia.</b>
		¿Se deriva a?	Entonces.					
CAISAME Estancia prolongada.	Anota en el “ <b>expediente clínico</b> ” el envío al Hospital CAISAME Estancia Prolongada, y entrega del expediente archivo para su resguardo y enviar posteriormente. <b>Aplica actividad siguiente.</b>							
Institución pública u ONG.	Elabora “ <b>formato de referencia y contrarreferencia</b> ” e indica que pase a Trabajo Social. <b>Aplica Procedimiento de Referencia y contrarreferencia.</b>							
<b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>								
7.	Archivo.	Reciba expediente y lo envía al CAISAME Estancia Prolongada, con su respectivo recibo de acuse. <b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>						
8.	Psiquiatría.	Comuníquese a enfermería de hospital y determine si hay cama:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hay camas?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad 10.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> </tbody> </table>	¿Hay camas?	Entonces	Si	<b>Aplica actividad 10.</b>	No	<b>Aplica actividad siguiente.</b>
		¿Hay camas?	Entonces					
Si	<b>Aplica actividad 10.</b>							
No	<b>Aplica actividad siguiente.</b>							
<b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>								
9.	Psiquiatría	Elabora “ <b>formato de referencia y contrarreferencia</b> ” e indica que pase a Trabajo Social. <b>Aplica Procedimiento de Referencia y contrarreferencia.</b> <b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>						
10.	Psiquiatría.	Solicita expediente clínico al archivo se comunica vía telefónica con Trabajo Social de Urgencias para notificar del ingreso y se notifica a Enfermería sobre el traslado del usuario al área del hospital.						
11.	Psiquiatría	Reciba expediente clínico llena hoja de ingreso y entrega original a archivo y el expediente ya con nota de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico.						
12.	Enfermería.	Traslada al usuario al área de urgencias, <b>aplica Procedimiento de Urgencias.</b> <b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>						

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
6

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD						
13.	Psiquiatría.	Informa al usuario el tiempo del tratamiento y la importancia de la asistencia a sus citas mensuales, determina si se requiere estudios de gabinete:						
		<table border="1"> <tr> <th>¿Estudios de gabinete?</th> <th>Entonces.</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad 15.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indica al usuario sacar cita de Psiquiatría/Psicología. <b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> </table>	¿Estudios de gabinete?	Entonces.	Si	<b>Aplica actividad 15.</b>	No	Indica al usuario sacar cita de Psiquiatría/Psicología. <b>Aplica actividad siguiente.</b>
		¿Estudios de gabinete?	Entonces.					
Si	<b>Aplica actividad 15.</b>							
No	Indica al usuario sacar cita de Psiquiatría/Psicología. <b>Aplica actividad siguiente.</b>							
14.	Encargada de citas.	Da cita a usuario a la clínica asignada (Depresión, Ansiedad, Geriatría, Paidopsiquiatría, Trastorno de la alimentación, Nutrición, Suicidio) y anótela en su tarjetón. <b>FIN DE PROCEDIMIENTO</b>						
15.	Psiquiatría	Elabora “solicitud de servicios de laboratorio” y deriva a Trabajo social. <b>Aplica procedimiento para Orientar a los usuarios a trabajo Social.</b> <b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>						
16.	Coordinador de psicología	Programa cita para el usuario y explica que el día de la cita tendrá que presentarse 15 minutos antes de su cita y con el folio del pago de la misma. <b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>						
17.	Encargada de citas.	Encargada de citas de psiquiatría programa cita para el usuario en su clínica asignada y explica que el día de la cita tendrá que presentarse 15 minutos antes de su cita y con el folio del pago de la misma. <b>FIN DE PROCEDIMIENTO.</b>						

## DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

**Asesorado por:** Ing/Arq. Rubén Contreras Cabrera

## PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

•

•

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
7

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

## Documentos de Referencia

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

## Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 01	Diagrama de Flujo
Anexo 02	Expediente Clínico
Anexo 03	Papeleta de Signos Vitales
Anexo 04	Solicitud de Servicios de Laboratorio
Anexo 05	Formato de Referencia y Contrareferencia
Anexo 06	Tarjetón de Citas

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
8

SELLO



# ANEXOS

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
9

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA

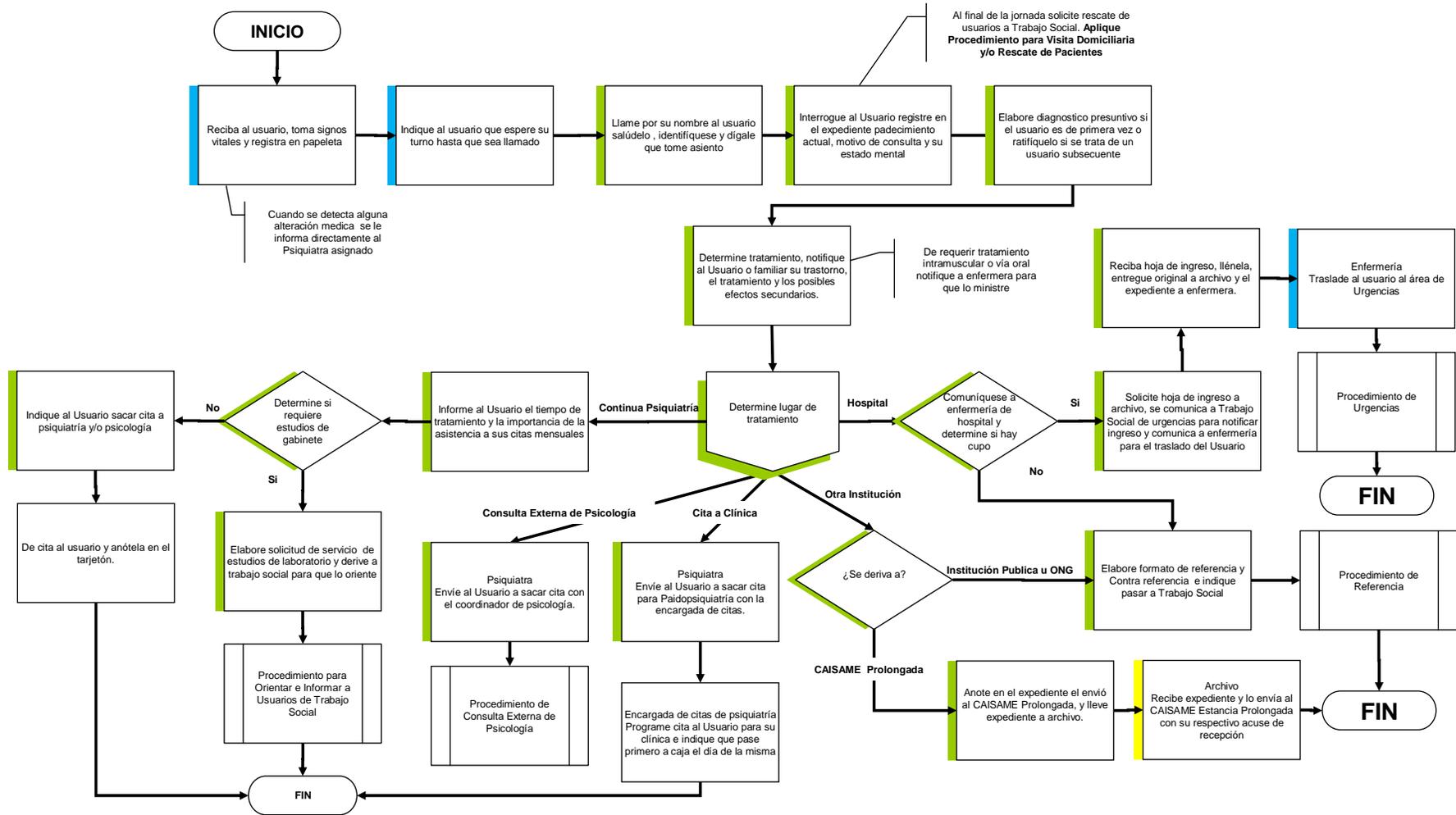


CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

## Anexo 01: Diagrama de Flujo



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

NO./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

## Anexo 02: Expediente Clínico




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

**EXPEDIENTE CLINICO**

**SERVICIO \_\_\_\_\_**

GUADALAJARA, JAL. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20 \_\_\_\_\_

CLAVE  
NOMBRE



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

**HISTORIA CLÍNICA**

---

**FICHA CLINICA**

NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: [ ] [ ] [ ]

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: M [ ] F [ ] EDAD: \_\_\_\_\_ años.

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: [ ] [ ] [ ]

CIUDAD ESTADO

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: Analfabeta [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Preparatoria [ ] Licenciatura [ ] Postgrado [ ] (señal el número de años en cada espacio)

CREDO O RELIGIÓN: Católica [ ] Protestante/Cristiana [ ] otras [ ] cual: \_\_\_\_\_ PRACTICA: SI [ ] NO [ ]

Ocupación: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Unión Libre [ ] Viudez [ ]

VIVE CON LA PAREJA: SI [ ] No [ ]

CONDICIÓN DE EMPLEO: Empleado [ ] Desempleado [ ] Subempleado [ ]

FAMILIAR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

FUENTE DE REFERENCIA: Espontáneo Voluntario [ ] Espontáneo Involuntario [ ]

REFIERE INSTITUCIÓN: SI [ ] No [ ] Cual: \_\_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARA: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

---

**MOTIVO DE CONSULTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SÍNTOMA PRINCIPAL:

Alucinaciones [ ] Tipo: \_\_\_\_\_ Contenido: \_\_\_\_\_ Delirios [ ] Contenido: \_\_\_\_\_

Suicidio: Ideación [ ] Intento [ ] Como: \_\_\_\_\_

Estado de animo Depresivo [ ] Ansioso [ ] Eufórico [ ] Ataque de Pánico [ ] Fobia [ ] Cual: \_\_\_\_\_

Obsesión [ ] Compulsión [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Problemas para dormir [ ] Cual: \_\_\_\_\_

Problemas de alimentación [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Problemas sexuales [ ] Cual: \_\_\_\_\_

Deterioro Cognitivo [ ] Función(es): \_\_\_\_\_ Otro(s) [ ] Cual (es): \_\_\_\_\_

---

**PADECIMIENTO ACTUAL**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
11

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

INSTITUTO JALISQUEÑO DE SALUD MENTAL

EVENTO DESENCADENANTE: \_\_\_\_\_

FACTORES AGRAVANTES: \_\_\_\_\_

NUMERO DE EPISODIOS: \_\_\_\_\_ NUMERO DE HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_

TIEMPO DE LA ULTIMA HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

**EXAMEN MENTAL**

Signos Vitales:

F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

TA. de pie: \_\_\_\_\_ TA. de cubito: \_\_\_\_\_

**EXAMEN MEDICO**

Alteraciones Si [ ] No [ ] \_\_\_\_\_

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: \_\_\_\_\_

PSIQUIATRÍA: \_\_\_\_\_

PSICOLOGÍA: \_\_\_\_\_

MEDICA: \_\_\_\_\_

ESTUDIOS SOLICITADOS PARA COMPLEMENTAR EL DIAGNOSTICO: Si [ ] No [ ] \_\_\_\_\_

CUALES: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Medicamento	Presentación	Indicación	Objetivo	Riesgo

PLAN DE MANEJO

CONSULTA EXTERNA:  CLINICA: \_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIÓN:  CLINICA: \_\_\_\_\_

REFERENCIA:

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO PSIQUIATRA

**HISTORIA PERSONAL**

DESARROLLO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: Embarazo: Normal [ ] Con Problemas [ ] : \_\_\_\_\_

Parto: Normal [ ] A término [ ] Con Problemas [ ] : \_\_\_\_\_

Peso y Talla: Normal [ ] Bajo [ ] Alto [ ] Primer Año: Normal [ ] Con problemas [ ] : \_\_\_\_\_

Reflejos: Normales [ ] Anormales [ ] : \_\_\_\_\_ Elimina reflejos: Si [ ] No [ ] : Edad: \_\_\_\_\_

Dientes: Crecimiento Normal [ ] Crecimiento Anormal [ ] : \_\_\_\_\_ Gateo: Si [ ] No [ ] : Edad: \_\_\_\_\_

Caminar: Sin asistencia [ ] Con asistencia [ ] : Edad: \_\_\_\_\_ Primera palabra: Edad: \_\_\_\_\_ Frases Comprensibles: Edad: \_\_\_\_\_

Control de esfínteres Normal [ ] Problemático [ ] : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Trastornos en los Primeros años de vida: Si [ ] No [ ]

Del lenguaje [ ] : \_\_\_\_\_ Intelectual [ ] : \_\_\_\_\_

Motor [ ] : \_\_\_\_\_ Auditivo [ ] : \_\_\_\_\_

De conducta [ ] : \_\_\_\_\_

Socialización en los primeros años de vida: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ] Asistencia Medica en los primeros Años de vida: Si [ ] No [ ]

Vacunación: Completa [ ] Incompleta [ ] Ninguna [ ]

Enfermedades de la infancia:

Hospitalización: Si [ ] No [ ] : Cuantas: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Cirugía: Si [ ] No [ ] : Cuantas: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Uso de anestesia: Si [ ] No [ ]

Higiene en los primeros años de vida: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ]

Leche: Materna [ ] Fórmula [ ] Destete: \_\_\_\_\_ Nutrición en los primeros años de vida: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ]

Adolescencia: Normal [ ] Con problemas [ ] Cuales: \_\_\_\_\_

Socialización en la adolescencia: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ]

Noviazgos: Si [ ] No [ ] : Número: \_\_\_\_\_ Satisfactorios: Si [ ] No [ ] : Cuales: \_\_\_\_\_

Problemas de relación interpersonal en la adolescencia: Si [ ] No [ ] : Cuales: \_\_\_\_\_

Con quién ( es ): \_\_\_\_\_

Agresión Física: Si [ ] No [ ] : \_\_\_\_\_

Actos ilegales: Si [ ] No [ ] : \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

Intereses y Pasatiempos: \_\_\_\_\_

Preocupaciones: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

NO./FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

## HISTORIAL MEDICO

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Ejercicio: Si [ ] No [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

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

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

Enfermedad(es) actual (es) Si [ ] No [ ] DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_

Diagnostico (s): \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS DONDE EXISTE ALTERACIÓN: \_\_\_\_\_

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

## ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

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

## CONSUMO DE SUSTANCIAS

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

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

## HISTORIA ESCOLAR

Problemas Académicos: Si [ ] No [ ] Cuales: \_\_\_\_\_

Periodo escolar: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

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

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

Periodo Escolar: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Asignaturas Favoritas: \_\_\_\_\_

Asignaturas Dificiles: \_\_\_\_\_

Rendimiento Escolar: \_\_\_\_\_

## VIDA SEXUAL

Inicio de Vida sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Satisfacción Si [ ] No [ ]: \_\_\_\_\_

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

Conducta auto erótica: \_\_\_\_\_/mes o \_\_\_\_\_/año Frecuencia de coito: \_\_\_\_\_/mes o \_\_\_\_\_/año

Fase	Alteración
Deseo	
Excitación	
Orgasmo	
Dolor	

Acoso sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Abuso sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Violencia sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Incesto: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN DE PERSONALIDAD

## SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

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

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

VIVE CON: FAMILIA NUCLEAR [ ] UN FAMILIAR [ ]: \_\_\_\_\_

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

RELACIONES FAMILIARES: Buenas [ ]: \_\_\_\_\_

Regulares [ ]: \_\_\_\_\_

Malas [ ]: \_\_\_\_\_

REDES DE APOYO: Familia [ ] \_\_\_\_\_

Amigos [ ] \_\_\_\_\_

Pareja [ ] \_\_\_\_\_

Institucion [ ] \_\_\_\_\_

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
13

SELLO



Anexo 03: Papeleta de Signos Vitales

 <p>SECRETARÍA DE SALUD JALISCO</p>	 <p>SALME SECRETARÍA DE SALUD MENTAL</p>
<b>SIGNOS VITALES</b>	
FECHA: _____	
NOMBRE: _____	
T/A: _____	
PULSO: _____	
RESPIRACION: _____	
TEMPERATURA: _____	
PESO: _____	
TALLA: _____	
ENFERMERA (O): _____	

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
15

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

## Anexo 04: Solicitud de Servicios de Laboratorio

	<p><b>SERVICIOS DE SALUD JALISCO</b> <b>INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL</b></p> <p><b>SOLICITUD DE SERVICIO</b></p>	
_____ DE _____ DEL 20__		
PACIENTE _____		
SOLICITANTE _____ AL SERVICIO _____		
MOTIVO _____		
_____		
_____		
_____		
_____		
FIRMA _____		

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
16

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

## Anexo 05: Formato de Referencia y Contrarreferencia

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**  
CAISAME ESTANCIA BREVE  
**SISTEMA DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES**

GOBIERNO DE JALISCO  
SECRETARIA DE SALUD

FECHA DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_ No. DE CONTROL: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO:  M  F  
 NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ AÑOS MESES

DOMICILIO DEL PACIENTE: CALLE \_\_\_\_\_ LOCALIDAD/COLONIA \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
 MOTIVO DEL EVENTO \_\_\_\_\_

IMPRESION (DIAGNÓSTICA) \_\_\_\_\_ URGENTE:  SI  NO  
 UNIDAD A LA QUE \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD O SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 SE REFIERE: \_\_\_\_\_ (VER GUIA DE REFERENCIA): \_\_\_\_\_

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**  
**HOJA DE REFERENCIA**

No. DE CONTROL: \_\_\_\_\_ URGENTE  SI  NO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_  
 NUMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

UNIDAD QUE REFIERE: \_\_\_\_\_

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: CALLE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_  
 SERVICIO AL QUE SE ENVIA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA REFERENCIA: RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES:			
TENSION ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA
	°C	X'	X'

SOMATOMETRIA	
PESO	TALLA
Kgs.	Cms.

IMPRESION DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SELO DE LA UNIDAD QUE REFIERE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE \_\_\_\_\_

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**  
**DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA**

FECHA DE VISITA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_  
 SE LE ATENDIO:  SI  NO ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_  
 CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MEDICO:  SI  NO ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_  
 OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

SELO DE LA UNIDAD QUE CONTRAREFIERE

**SECRETARIA DE SALUD JALISCO**  
**HOJA DE CONTRARREFERENCIA**

UNIDAD MEDICA QUE REMITE:  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ CLAVE: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

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 MEDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD \_\_\_\_\_

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P008-I5\_003

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL DE 2004

No./ FECHA DE REVISIÓN: 003/ AGOSTO DE 2009

## Anexo 06: Tarjetón de Citas

ANEXO 09

**DIRECTORIO**

**INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL**  
DIRECTOR GENERAL  
DR. DANIEL OJEDA TORRES  
AV. ZOQUIPAN N° 1000-A COLONIA ZOQUIPAN, ZAPOPAN, JAL.  
TELS. 3633-9383 3633-9474  
EXT. 102

**CAISAME ESTANCIA BREVE**  
DIRECTORA  
DR. EDUARDO VALLE OCHOA  
AV. ZOQUIPAN N° 1000-A COLONIA ZOQUIPAN, ZAPOPAN, JAL.  
TELS. 3633-9383 3633-9474  
EXT. 201

**CAISAME ESTANCIA PROLONGADA**  
DIRECTORA  
DR. VICTOR HUGO RAMIREZ SIORDIA  
KM. 17.5 ANTIGUA CARRETERA A CHAPALA, EL ZAPOTE DEL VALLE, JAL., MUNICIPIO DE TLAJOMULCO DE ZUÑIGA  
TELS. 3696-0201 3696-0275

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

  
**SALME**  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

CONSULTA EXTERNA

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
REGISTRO No: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
18

SELLO