



GOBIERNO DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.

A U T O R I Z A C I Ó N

DOCUMENTÓ Y APROBÓ:

RÚBRICA

DRA. DELFINA GUADALUPE VILLANUEVA QUINTERO
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO

AUTORIZÓ:

RÚBRICA

DR. JOSÉ FERNANDO BARBA GÓMEZ
DIRECTOR DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO

INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"

CÓDIGO: DOM-P157-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 27 AGOSTO 2012

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento _____ 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: Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 28 agosto 2012



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

Objetivo

Proporcionar a la población usuaria con enfermedades de la piel atención de manera oportuna con calidez, calidad, humanismo, y bajo las acciones de seguridad para el paciente, promoviendo e impartiendo educación para la salud en la población de nuestra área de influencia.

Límites del procedimiento:

Inicia.- Cuando las enfermeras preparan el material y los consultorios para recibir al paciente.
Termina.- Cuando se da de alta al paciente y cuando se le envía para su atención a otra área.

Alcance

Áreas que intervienen:

Este procedimiento aplica al personal de recepción, caja, trabajo social, enfermería, dermatólogos, archivo clínico, programación quirúrgica, criocirugía, odontología, electrofulguración, biopsias, y personal del seguro popular.

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. El número máximo de consultas asignadas a cada consultorio debe ser de forma regular de 20, y podrá modificarse esta cantidad bajo situaciones especiales, mediante la autorización del jefe de consulta externa, subdirector médico o director, como la programación quirúrgica (Rol programación quirúrgica de consultorios) o en caso de mayor demanda de usuarios del servicio de consulta externa de dermatología.
3. El interrogatorio se debe realizar únicamente entre el personal médico y el paciente y quien autorice el mismo.
4. En caso de paciente pediátrico o deficiente de sus facultades mentales, el interrogatorio debe realizarse contestarse con el padre, tutor o representante legal previa identificación y/o documento que lo acredite.
5. Se debe respetar el orden establecido por el sistema de admisión y pago de servicios para la atención de los pacientes, exceptuando cuando las condiciones generales del paciente demanden una pronta atención a juicio del médico encargado de la consulta.
6. Se debe dar prioridad para la atención a la población vulnerable (usuarios con capacidades distintas, ancianos con imposibilidad para permanecer por tiempo determinado en sala de espera (a juicio del médico tratante).

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



Políticas

7. El médico adscrito al consultorio debe tener libertad para brindar atención a un paciente fuera del horario de repartición de fichas, solicitando primero el expediente clínico y bajo situaciones y horario que él considere conveniente, durante la jornada laboral.
8. Se debe contar con la autorización por escrito del paciente o padre o tutor legal, antes de realizar cualquier procedimiento médico.
9. Se debe permitir al paciente solicitar una segunda opinión sobre su diagnóstico y tratamiento y/o el cambio de consultorio, previa autorización de jefatura de consulta, subdirección médica o dirección.
10. El médico tratante y el personal auxiliar en salud, deben apegarse a los tiempos que sean asignados para la atención de cada usuario (aproximadamente entre 15 y 20 minutos).
11. Todos los formatos deben llenarse de forma clara y completa.
12. Se debe realizar abordaje y tratamiento a cada paciente con apego a las guías clínicas aceptadas por la Institución
13. Ninguna persona de recepción o de caja, podrán reducir o exentar la cuota de recuperación, sin la autorización por escrita del personal de Trabajo Social, previo estudio socioeconómico. En caso de no encontrarse Trabajo Social, puede ser autorizado por el Director del Instituto, Subdirector Administrativo o Subdirector Médico.
14. Los pacientes pediátricos se deben encauzar a los consultorios 18 y 20; cuando la demanda sea mayor y no alcanzan las fichas para los consultorios pediátricos, se deben enviar a los demás consultorios, pero dando preferencia al consultorio 13 o en donde se encuentre otro médico con el adiestramiento en dermatología pediátrica.
15. Cuando el médico detecte violencia, abuso sexual, etc. en el paciente, siempre debe considerarlo como caso médico legal.
16. Todos los documentos de solicitud de exámenes, carta de consentimiento bajo información médica, receta, formatos de referencia y contra referencia, interconsultas, etc. debe ser firmados por el médico adscrito responsable del caso.

Definiciones

- Atención médica:** Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- BAFF:** Es el procedimiento mediante el cual se extrae una muestra de tejido a través de la aspiración de con una aguja, para que posteriormente sea analizada, con el fin de obtener un diagnóstico.
- Cartas de consentimiento bajo información:** Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.
- CAUSES:** Es el Catalogo Universal de Servicios de Salud, en donde se definen las intervenciones en las que puede incluirse el paciente del seguro popular para su atención.

Definiciones

- Criocirugía** Técnica que consiste en la aplicación de nitrógeno líquido en forma de spray o contacto con crio sondas para tratar algunas dermatosis
- Electro fulguración** Técnica que consiste en la destrucción del tejido mediante la generación de calor a través de un aparato electro quirúrgico, para el tratamiento de las diversas dermatosis.
- Estudio Micológico** Estudio realizado a través de la observación directa y cultivo de muestras provenientes de la superficie de la piel, cabellos, uñas, tejido subcutáneo u otros, para la obtención e identificación de los posibles hongos patógenos en la piel
- Historia clínica:** Es el conjunto de documentos escritos, electrónicos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.
- Fototerapia** Técnica que consiste en la aplicación de rayos ultravioletas para el tratamiento de algunas enfermedades de la piel.
- IDJ:** Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”
- Interconsulta:** Es el procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.
- Receta:** Documento que escribe el médico, en la que indica los medicamentos, con la dosis, vía y tiempo de administración.
- Referencia-contrareferencia:** Es el 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.
- Resumen clínico:** Es el documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
- Sacabocado** Instrumento en forma cilíndrica (tubo) para extraer una muestra de tejido.
- Solicitante:** Persona que se acerca a recepción a solicitar el servicio Dermatológico.
- Subsecuente:** Paciente que con anterioridad ha sido atendido en el Instituto al menos una vez.
- Tarjetón de identificación:** Documento que identifica el nombre del paciente, la fecha para programación de cirugía, el material de sutura solicitado y las fechas para curaciones posteriores respectivamente.

PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|----------|-------------------------------------|---|-----------------------|--|-----------------------------------|---|---------------|--|
| 1. | Personal | Determina las actividades a realizar de acuerdo al personal de que se trata: | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Personal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera en Consulta Dermatológica</td> <td>Acondiciona el consultorio, realiza tendido de mesas de exploración y cambio de bata, provee el material necesario a utilizar en la consulta externa de dermatología, manteniendo la base de insumos (material de curación), equipo o papelería; obtenlos de la central de enfermería o del almacén del instituto. Canjea ropa de la lavandería para el servicio y efectúa el acomodo de lo recibido, antes del inicio de la consulta médica; cambia material a CEYE para la consulta externa. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Enfermera en Biopsias</td> <td>Preséntese al servicio de biopsias, vista las mesas de exploración, surta de equipo y material necesario en las mesas de mayo para los procedimientos técnicos: guantes, jeringa, agujas, hoja de bisturí, gasas, frasco con formol y con la etiqueta para poner la muestra de la biopsia. Coloque el instrumental en el recipiente con la solución esterilizante, para usarse durante la jornada de trabajo, recoja la caja del material en CEYE que contiene: abate lenguas, cubre bocas, guantes, agujas y demás material de consumo. Verifique que el aparato de electrofulguración esté funcionando. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Enfermera en Electrofulguraciones</td> <td>Preséntese al Servicio de Electrofulguraciones, vista la mesas de exploración, surta de equipo y material necesario en las mesa de mayo para los procedimientos técnicos: guantes, jeringa, agujas, hoja de bisturí, gasas, frasco con formol y con la etiqueta para poner la muestra de tejido para su estudio histopatológico posible. Coloque el instrumental en el recipiente con la solución esterilizante, para usarse durante la jornada de trabajo, recoja la caja del material en CEYE que contiene: abate lenguas, cubre bocas, guantes, agujas y demás material de consumo. Verifica que el aparato de electrofulguración esté funcionando. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Recepcionista</td> <td>Indica al paciente que espere a que lo llamen del consultorio en el que lo atenderán. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Personal? | Entonces | Enfermera en Consulta Dermatológica | Acondiciona el consultorio, realiza tendido de mesas de exploración y cambio de bata, provee el material necesario a utilizar en la consulta externa de dermatología, manteniendo la base de insumos (material de curación), equipo o papelería; obtenlos de la central de enfermería o del almacén del instituto. Canjea ropa de la lavandería para el servicio y efectúa el acomodo de lo recibido, antes del inicio de la consulta médica; cambia material a CEYE para la consulta externa. Aplica siguiente actividad. | Enfermera en Biopsias | Preséntese al servicio de biopsias, vista las mesas de exploración, surta de equipo y material necesario en las mesas de mayo para los procedimientos técnicos: guantes, jeringa, agujas, hoja de bisturí, gasas, frasco con formol y con la etiqueta para poner la muestra de la biopsia. Coloque el instrumental en el recipiente con la solución esterilizante, para usarse durante la jornada de trabajo, recoja la caja del material en CEYE que contiene: abate lenguas, cubre bocas, guantes, agujas y demás material de consumo. Verifique que el aparato de electrofulguración esté funcionando. Aplica siguiente actividad. | Enfermera en Electrofulguraciones | Preséntese al Servicio de Electrofulguraciones, vista la mesas de exploración, surta de equipo y material necesario en las mesa de mayo para los procedimientos técnicos: guantes, jeringa, agujas, hoja de bisturí, gasas, frasco con formol y con la etiqueta para poner la muestra de tejido para su estudio histopatológico posible. Coloque el instrumental en el recipiente con la solución esterilizante, para usarse durante la jornada de trabajo, recoja la caja del material en CEYE que contiene: abate lenguas, cubre bocas, guantes, agujas y demás material de consumo. Verifica que el aparato de electrofulguración esté funcionando. Aplica siguiente actividad. | Recepcionista | Indica al paciente que espere a que lo llamen del consultorio en el que lo atenderán. Aplica siguiente actividad. |
| | | ¿Personal? | Entonces | | | | | | | | | |
| | | Enfermera en Consulta Dermatológica | Acondiciona el consultorio, realiza tendido de mesas de exploración y cambio de bata, provee el material necesario a utilizar en la consulta externa de dermatología, manteniendo la base de insumos (material de curación), equipo o papelería; obtenlos de la central de enfermería o del almacén del instituto. Canjea ropa de la lavandería para el servicio y efectúa el acomodo de lo recibido, antes del inicio de la consulta médica; cambia material a CEYE para la consulta externa. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | |
| | | Enfermera en Biopsias | Preséntese al servicio de biopsias, vista las mesas de exploración, surta de equipo y material necesario en las mesas de mayo para los procedimientos técnicos: guantes, jeringa, agujas, hoja de bisturí, gasas, frasco con formol y con la etiqueta para poner la muestra de la biopsia. Coloque el instrumental en el recipiente con la solución esterilizante, para usarse durante la jornada de trabajo, recoja la caja del material en CEYE que contiene: abate lenguas, cubre bocas, guantes, agujas y demás material de consumo. Verifique que el aparato de electrofulguración esté funcionando. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | |
| Enfermera en Electrofulguraciones | Preséntese al Servicio de Electrofulguraciones, vista la mesas de exploración, surta de equipo y material necesario en las mesa de mayo para los procedimientos técnicos: guantes, jeringa, agujas, hoja de bisturí, gasas, frasco con formol y con la etiqueta para poner la muestra de tejido para su estudio histopatológico posible. Coloque el instrumental en el recipiente con la solución esterilizante, para usarse durante la jornada de trabajo, recoja la caja del material en CEYE que contiene: abate lenguas, cubre bocas, guantes, agujas y demás material de consumo. Verifica que el aparato de electrofulguración esté funcionando. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | | | |
| Recepcionista | Indica al paciente que espere a que lo llamen del consultorio en el que lo atenderán. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | | | |



SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|--------|----------|------------------------|------------------------------------|----------|---|----------------------|---|
| 2. | Personal | <p>Determina el área a la que acude el usuario:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Área?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consulta Dermatológica</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Biopsias</td> <td>Ve Procedimiento para Biopsias. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</td> </tr> <tr> <td>Electrofulguraciones</td> <td>Ve Procedimiento para Electrofulguraciones. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Área? | Entonces | Consulta Dermatológica | Aplica siguiente actividad. | Biopsias | Ve Procedimiento para Biopsias. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. | Electrofulguraciones | Ve Procedimiento para Electrofulguraciones. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. |
| ¿Área? | Entonces | | | | | | | | | |
| Consulta Dermatológica | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | |
| Biopsias | Ve Procedimiento para Biopsias. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. | | | | | | | | | |
| Electrofulguraciones | Ve Procedimiento para Electrofulguraciones. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. | | | | | | | | | |
| 3. | Dermatólogo | <p>Enciende la computadora e ingresa al sistema de consulta del instituto, verifica que la conexión del servicio de red interna del IDJ esté funcionando correctamente, abre el programa de consulta dermatológica, ingresando tu nombre de usuario y clave de acceso, verifica la existencia y el orden de los expedientes clínicos asignados al día de consulta, orden que debes llevar para realizar la consulta. Aplica actividad 5.</p> <p>Nota: En caso de que el servicio de red interna del IDJ no esté funcionando correctamente, llama al encargado de informática para que solucione la falla, si no se soluciona el problema de inmediato solicita a archivo clínico expedientes en papel. Aplica siguiente actividad.</p> | | | | | | | | |
| 4. | Encargado de Archivo | <p>Integra formatos a expediente y entrega expedientes al médico especialista.</p> <p>Nota: Tratándose de expedientes de pacientes subsecuentes, solicita autorización de la subdirección médica o jefatura de consulta para entregar los expedientes, una vez autorizado, localiza expedientes solicitados y entrégales al médico especialista, llena “boleta de préstamo” y recaba firma de recibido y archiva temporalmente.</p> | | | | | | | | |
| 5. | Dermatólogo | <p>Llama al paciente e ingrésalo por orden de registro, saluda al paciente y al familiar, según proceda, ubícalos en el consultorio, preséntate. Solicita su nombre y datos generales, cotéjalos con los del expediente clínico.</p> <p>Nota: En caso de haber solicitado expedientes en papel, recíbelos y firma el “boleta de préstamo”.</p> | | | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|---------|-------------|--|
| 6. | Dermatólogo | <p>Solicita recibo único de la cuota de recuperación o comprobante de exención, según proceda; formato de referencia u hoja de solicitud de interconsulta, en caso de existir, realiza “historia clínica”, con su respectiva nota dermatológica.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En consultas pediátricas, además de lo anterior revisa datos de somatometría. • Solicita al paciente, padre o tutor (según corresponda) resultados de laboratorio, gabinete o histopatológicos (si se realizaron previamente). • En caso de que se hayan realizado previamente estudios de biopsias, obtenlos y analiza resultados. |
| 7. | Dermatólogo | Elabora “historia clínica” en los pacientes de primera vez y en los subsecuentes actualiza antecedentes, realiza la “nota de evolución” con sistema SOAP, registra nombre(s) y/o apellidos y cédula profesional de quien atendió y realizó la historia clínica. |
| 8. | Dermatólogo | Establece diagnóstico o plan de estudio diagnóstico y /o plan terapéutico, explica al paciente, padre o tutor legal el diagnóstico o diagnósticos presuntivos, plan de estudio y /o manejo. |
| 9. | Dermatólogo | Explica y recaba autorización por escrito por parte del paciente, padre o tutor en “carta de consentimiento bajo información” ante cualquier procedimiento a realizarse, que así lo requiera y registra en la “historia clínica” su obtención o negación. |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--|---|--|----------|-----------------------|------------------------------------|----------------------|-----------------------------|-------------|---|---------|--|-------------|---|---------------------|--|-----------------------|---|-----------------------|---|--------------------|---|-------------------|--|----------|--|
| 10. | Dermatólogo | Determina las acciones a seguir conforme a la siguiente tabla: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acciones?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estudios paraclínicos</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Estudios de gabinete</td> <td>Aplica actividad 13.</td> </tr> <tr> <td>Criocirugía</td> <td>Anota en “hoja de solicitud de interconsulta” el diagnóstico de la enfermedad a tratar e indica al paciente pasar al consultorio No. 2 para su valoración y programación (ve Anexo 36 Dermatitis a Tratar con Criocirugía). Aplica actividad 14.</td> </tr> <tr> <td>Cirugía</td> <td>Anota en “historia clínica” la necesidad de la cirugía, acude al consultorio de programación quirúrgica, deja el comprobante de la cuota de recuperación de la consulta dermatológica, anota en la “hoja diaria de consulta externa” el nombre y edad del paciente, así como su diagnóstico, y consultorio de origen, indícale al paciente que acuda al consultorio de programación quirúrgica e infórmale que lo llamarán por su nombre para que le programen su cirugía. Aplica actividad 19.</td> </tr> <tr> <td>Fototerapia</td> <td>Justifica al paciente, padre o tutor la necesidad del tratamiento con fototerapia o puvaterapia (ve anexo 38 Dermatitis a Tratar con Puvaterapia). Aplica actividad 22.</td> </tr> <tr> <td>Biopsia o Citología</td> <td>Informa al paciente la necesidad del procedimiento y en qué consiste el mismo. Aplica actividad 23.</td> </tr> <tr> <td>Estudios de Micología</td> <td>Anota en la “solicitud de estudio micológico” (del Centro Estatal de Referencia en Micología) el análisis a realizar y señálale las condiciones de limpieza que deberá presentar da instrucciones al paciente para que pase a caja a cubrir la cuota de recuperación, e indícale pasar al Laboratorio de Micología (de 9:30 a 11:30am.). Aplica actividad 12.</td> </tr> <tr> <td>Electro Fulguraciones</td> <td>Anota en la “carta de consentimiento bajo información” la intervención a realizar (ve Anexo 37 Dermatitis a Tratar con Electrofulguración) y solicita autorización del paciente, padre o tutor. Aplica actividad 25.</td> </tr> <tr> <td>Servicio de Dental</td> <td>Envía al paciente al consultorio servicio de dental para su atención, notifícale que en lo sucesivo, su control se realizará en ese servicio. Envía paciente a servicio de estomatología. Aplica actividad 36.</td> </tr> <tr> <td>Clínica del Dolor</td> <td>Informa al paciente que será revisado por el especialista en clínica del dolor, consultorio 26, el cual está en funciones los días miércoles, jueves y viernes de 8.00 a 10.00 am. Llena “hoja de solicitud de interconsulta”, entrégala al paciente e infórmale que saque ficha en caja cualquiera de esos días para ser atendido. Aplica actividad 27.</td> </tr> <tr> <td>Revisión</td> <td>Evalúa la evolución del padecimiento del paciente. Aplica actividad 26.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Acciones? | Entonces | Estudios paraclínicos | Aplica siguiente actividad. | Estudios de gabinete | Aplica actividad 13. | Criocirugía | Anota en “ hoja de solicitud de interconsulta ” el diagnóstico de la enfermedad a tratar e indica al paciente pasar al consultorio No. 2 para su valoración y programación (ve Anexo 36 Dermatitis a Tratar con Criocirugía). Aplica actividad 14. | Cirugía | Anota en “ historia clínica ” la necesidad de la cirugía, acude al consultorio de programación quirúrgica, deja el comprobante de la cuota de recuperación de la consulta dermatológica, anota en la “ hoja diaria de consulta externa ” el nombre y edad del paciente, así como su diagnóstico, y consultorio de origen, indícale al paciente que acuda al consultorio de programación quirúrgica e infórmale que lo llamarán por su nombre para que le programen su cirugía. Aplica actividad 19. | Fototerapia | Justifica al paciente, padre o tutor la necesidad del tratamiento con fototerapia o puvaterapia (ve anexo 38 Dermatitis a Tratar con Puvaterapia). Aplica actividad 22. | Biopsia o Citología | Informa al paciente la necesidad del procedimiento y en qué consiste el mismo. Aplica actividad 23. | Estudios de Micología | Anota en la “ solicitud de estudio micológico ” (del Centro Estatal de Referencia en Micología) el análisis a realizar y señálale las condiciones de limpieza que deberá presentar da instrucciones al paciente para que pase a caja a cubrir la cuota de recuperación, e indícale pasar al Laboratorio de Micología (de 9:30 a 11:30am.). Aplica actividad 12. | Electro Fulguraciones | Anota en la “ carta de consentimiento bajo información ” la intervención a realizar (ve Anexo 37 Dermatitis a Tratar con Electrofulguración) y solicita autorización del paciente, padre o tutor. Aplica actividad 25. | Servicio de Dental | Envía al paciente al consultorio servicio de dental para su atención, notifícale que en lo sucesivo, su control se realizará en ese servicio. Envía paciente a servicio de estomatología. Aplica actividad 36. | Clínica del Dolor | Informa al paciente que será revisado por el especialista en clínica del dolor, consultorio 26, el cual está en funciones los días miércoles, jueves y viernes de 8.00 a 10.00 am. Llena “ hoja de solicitud de interconsulta ”, entrégala al paciente e infórmale que saque ficha en caja cualquiera de esos días para ser atendido. Aplica actividad 27. | Revisión | Evalúa la evolución del padecimiento del paciente. Aplica actividad 26. |
| | | ¿Acciones? | Entonces | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Estudios paraclínicos | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Estudios de gabinete | Aplica actividad 13. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Criocirugía | Anota en “ hoja de solicitud de interconsulta ” el diagnóstico de la enfermedad a tratar e indica al paciente pasar al consultorio No. 2 para su valoración y programación (ve Anexo 36 Dermatitis a Tratar con Criocirugía). Aplica actividad 14. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Cirugía | Anota en “ historia clínica ” la necesidad de la cirugía, acude al consultorio de programación quirúrgica, deja el comprobante de la cuota de recuperación de la consulta dermatológica, anota en la “ hoja diaria de consulta externa ” el nombre y edad del paciente, así como su diagnóstico, y consultorio de origen, indícale al paciente que acuda al consultorio de programación quirúrgica e infórmale que lo llamarán por su nombre para que le programen su cirugía. Aplica actividad 19. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Fototerapia | Justifica al paciente, padre o tutor la necesidad del tratamiento con fototerapia o puvaterapia (ve anexo 38 Dermatitis a Tratar con Puvaterapia). Aplica actividad 22. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Biopsia o Citología | Informa al paciente la necesidad del procedimiento y en qué consiste el mismo. Aplica actividad 23. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Estudios de Micología | Anota en la “ solicitud de estudio micológico ” (del Centro Estatal de Referencia en Micología) el análisis a realizar y señálale las condiciones de limpieza que deberá presentar da instrucciones al paciente para que pase a caja a cubrir la cuota de recuperación, e indícale pasar al Laboratorio de Micología (de 9:30 a 11:30am.). Aplica actividad 12. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Electro Fulguraciones | Anota en la “ carta de consentimiento bajo información ” la intervención a realizar (ve Anexo 37 Dermatitis a Tratar con Electrofulguración) y solicita autorización del paciente, padre o tutor. Aplica actividad 25. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servicio de Dental | Envía al paciente al consultorio servicio de dental para su atención, notifícale que en lo sucesivo, su control se realizará en ese servicio. Envía paciente a servicio de estomatología. Aplica actividad 36. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clínica del Dolor | Informa al paciente que será revisado por el especialista en clínica del dolor, consultorio 26, el cual está en funciones los días miércoles, jueves y viernes de 8.00 a 10.00 am. Llena “ hoja de solicitud de interconsulta ”, entrégala al paciente e infórmale que saque ficha en caja cualquiera de esos días para ser atendido. Aplica actividad 27. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisión | Evalúa la evolución del padecimiento del paciente. Aplica actividad 26. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nota: | | En caso de detectar que se trata de un caso médico legal, solicita formato de “ Aviso a Ministerio Público ” a trabajo social y llénalo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|---|--|--|---------------|----------|----|--|----|---|
| 11. | Dermatólogo | Determina si los estudios de laboratorio se realizan en el IDJ: | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se realizan?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Llena “laboratorio de patología clínica”, explica al paciente como debe llevar las muestras o las condiciones en que debe presentarse para la toma de las mismas (ayuno, aseo o indicaciones especiales), entrégale la solicitud. Indica al paciente que pase al día siguiente hábil en horario de 7:30 a 8:30 am, a caja a cubrir la cuota de recuperación correspondiente y señala al paciente que pase con la recepcionista del laboratorio para que le realicen la toma de muestra antes de las 9:00 am (ve procedimiento de laboratorio). Aplica siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Llena “solicitud de estudios paraclínicos”, entrega formato al usuario. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Se realizan? | Entonces | Sí | Llena “ laboratorio de patología clínica ”, explica al paciente como debe llevar las muestras o las condiciones en que debe presentarse para la toma de las mismas (ayuno, aseo o indicaciones especiales), entrégale la solicitud. Indica al paciente que pase al día siguiente hábil en horario de 7:30 a 8:30 am, a caja a cubrir la cuota de recuperación correspondiente y señala al paciente que pase con la recepcionista del laboratorio para que le realicen la toma de muestra antes de las 9:00 am (ve procedimiento de laboratorio). Aplica siguiente actividad | No | Llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, entrega formato al usuario. Aplica siguiente actividad. |
| | | ¿Se realizan? | Entonces | | | | | |
| Sí | Llena “ laboratorio de patología clínica ”, explica al paciente como debe llevar las muestras o las condiciones en que debe presentarse para la toma de las mismas (ayuno, aseo o indicaciones especiales), entrégale la solicitud. Indica al paciente que pase al día siguiente hábil en horario de 7:30 a 8:30 am, a caja a cubrir la cuota de recuperación correspondiente y señala al paciente que pase con la recepcionista del laboratorio para que le realicen la toma de muestra antes de las 9:00 am (ve procedimiento de laboratorio). Aplica siguiente actividad | | | | | | | |
| No | Llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, entrega formato al usuario. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, en lugar de solicitud para laboratorio de patología clínica. | | | | | | | | |
| 12. | Dermatólogo | Indica al paciente que una vez que tenga los resultados, haga nueva consulta dermatológica preferentemente con el mismo médico que fue atendido inicialmente, trayendo los resultados. Aplique actividad 27. | | | | | | |
| 13. | Dermatólogo | Anota en “ solicitud de estudios paraclínicos ” los exámenes de gabinete a realizar. Entrega formato al usuario. Aplica actividad 12. | | | | | | |
| 14. | Encargado de Criocirugía | Recibe al paciente enviado de otro consultorio, pídele al paciente la hoja de solicitud de interconsulta, corrobora diagnóstico, explica al paciente en qué consiste el procedimiento. | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|---------------|---|---|---------------|----------|-------------|---|----------|--|
| 15. | Encargado de Criocirugía | <p>Determina si se necesitan estudios paraclínicos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Estudios?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 18.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Estudios? | Entonces | Sí | Aplica siguiente actividad. | No | Aplica actividad 18. |
| ¿Estudios? | Entonces | | | | | | | |
| Sí | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| No | Aplica actividad 18. | | | | | | | |
| 16. | Encargado de Criocirugía | <p>Determina el tipo de estudios que se requieren:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Estudios?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Laboratorio</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Gabinete</td> <td>Anota en “solicitud de estudios paraclínicos” los exámenes de gabinete a realizar. Entrega formato al usuario e indícale que acuda a trabajo social, al terminar la consulta para que le informen el lugar en el que puede realizarse el estudio. Aplica actividad 18.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Estudios? | Entonces | Laboratorio | Aplica siguiente actividad. | Gabinete | Anota en “ solicitud de estudios paraclínicos ” los exámenes de gabinete a realizar. Entrega formato al usuario e indícale que acuda a trabajo social, al terminar la consulta para que le informen el lugar en el que puede realizarse el estudio. Aplica actividad 18. |
| ¿Estudios? | Entonces | | | | | | | |
| Laboratorio | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| Gabinete | Anota en “ solicitud de estudios paraclínicos ” los exámenes de gabinete a realizar. Entrega formato al usuario e indícale que acuda a trabajo social, al terminar la consulta para que le informen el lugar en el que puede realizarse el estudio. Aplica actividad 18. | | | | | | | |
| 17. | Encargado de Criocirugía | <p>Determina si los estudios de laboratorio se realizan en el IDJ:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se realizan?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td> <p>Llena “solicitud para laboratorio de patología clínica”, explica al paciente como debe llevar las muestras o las condiciones en que debe presentarse para la toma de las mismas (ayuno, aseo o indicaciones especiales) y si se pueden realizar en el instituto, entrégale la solicitud. Indica al paciente que pase al día siguiente hábil en horario de 7:30 a 9:00 am, a caja a cubrir la cuota de recuperación correspondiente y señala al paciente que pase con la recepcionista del laboratorio para que le realicen la toma de muestra (ve procedimiento de laboratorio). Aplica siguiente actividad.</p> <p>Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud para laboratorio de patología clínica.</p> </td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Llena “solicitud de estudios paraclínicos”, entrega formato al usuario e indícale que acuda a trabajo social, al terminar la consulta para que le informen el lugar en el que puede realizarse el estudio. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Se realizan? | Entonces | Sí | <p>Llena “solicitud para laboratorio de patología clínica”, explica al paciente como debe llevar las muestras o las condiciones en que debe presentarse para la toma de las mismas (ayuno, aseo o indicaciones especiales) y si se pueden realizar en el instituto, entrégale la solicitud. Indica al paciente que pase al día siguiente hábil en horario de 7:30 a 9:00 am, a caja a cubrir la cuota de recuperación correspondiente y señala al paciente que pase con la recepcionista del laboratorio para que le realicen la toma de muestra (ve procedimiento de laboratorio). Aplica siguiente actividad.</p> <p>Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud para laboratorio de patología clínica.</p> | No | Llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, entrega formato al usuario e indícale que acuda a trabajo social, al terminar la consulta para que le informen el lugar en el que puede realizarse el estudio. Aplica siguiente actividad. |
| ¿Se realizan? | Entonces | | | | | | | |
| Sí | <p>Llena “solicitud para laboratorio de patología clínica”, explica al paciente como debe llevar las muestras o las condiciones en que debe presentarse para la toma de las mismas (ayuno, aseo o indicaciones especiales) y si se pueden realizar en el instituto, entrégale la solicitud. Indica al paciente que pase al día siguiente hábil en horario de 7:30 a 9:00 am, a caja a cubrir la cuota de recuperación correspondiente y señala al paciente que pase con la recepcionista del laboratorio para que le realicen la toma de muestra (ve procedimiento de laboratorio). Aplica siguiente actividad.</p> <p>Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud para laboratorio de patología clínica.</p> | | | | | | | |
| No | Llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, entrega formato al usuario e indícale que acuda a trabajo social, al terminar la consulta para que le informen el lugar en el que puede realizarse el estudio. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|---------|--------------------------------------|--|
| 18. | Encargado de Criocirugía | <p>Anota en la “agenda del servicio”, fecha y hora para la programación del procedimiento, llena formato de “servicios” con los datos de fecha y hora, entrégalo al paciente e indícale que acuda el día señalado en el formato, 15 minutos antes de la plasmada en la orden y acuda a caja para cubrir la cuota del servicio antes de acudir al consultorio para aplicar su tratamiento. Contesta “hoja de nota de interconsulta”, registra en “historia clínica” la conclusión diagnóstica o procedimiento a seguir para su diagnóstico y tratamiento, entrega la hoja de nota de interconsulta al encargado de archivo al día siguiente.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> <p>Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular indícale al usuario que acuda al módulo del seguro popular para que le autoricen (de proceder) la solicitud. Aplica actividad 38.</p> |
| 19. | Encargado de Programación Quirúrgica | <p>Recibe al paciente, realiza “formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos”, realiza diagnóstico preoperatorio, explica al paciente el procedimiento a seguir, llena “hoja de consentimiento bajo información”, solicita al paciente que la lea y la firme y recabe firma de testigos, registra en “libreta de programación de cirugía dermatológica”, los datos del paciente, diagnóstico y su día programado para cirugía. Llena y Entrega al paciente la “tarjeta de programación de cirugía”, con los datos del cirujano, del paciente, fecha y hora de la cirugía programada, explicándole las condiciones en las que deberá acudir el día de su cirugía e informa al paciente que el día de la cirugía acuda a caja a cubrir la cuota antes de pasar con la secretaria de recepción de cirugía. Aplica actividad 21.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente amerita valoración cardiológica o estudios de gabinete, llena “solicitud de estudios paraclínicos” envíalo a trabajo social para que le indique los laboratorios con los que se tiene convenio, en los cuales puede realizarse la misma. Aplica siguiente actividad. • Si el paciente amerita exámenes de laboratorio prequirúrgicos llena “laboratorio de patología clínica”, explicando al paciente indicaciones para la realización de los exámenes y que si desea puede realizarlos en el instituto o en el lugar de su preferencia. • Si el paciente está afiliado al seguro popular indícale que acuda al módulo de atención y orientación. Aplica actividad 38. |
| 20. | Trabajador Social | <p>Recibe al usuario, verifica los estudios solicitados por el médico, asesora al paciente sobre los laboratorios en los cuales pueden realizarle los estudios, así como su ubicación y costos, entrega por escrito el porcentaje de descuento que le otorgará el laboratorio.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|------------------|--|--|----------------|----------|---------|---|------------------|--|
| 21. | Encargado de Programación Quirúrgica | Registra en la “ hoja diaria de consulta externa ” del departamento de cirugía (consultorio 19), el nombre del paciente, el número de expediente, edad, diagnóstico y consultorio del que proviene. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. | | | | | | |
| 22. | Dermatólogo | Registra en “ historia clínica ” la petición de evaluación y tratamiento de fototerapia o puvaterapia. Da la orientación correspondiente al paciente para que acuda en días hábiles de la semana a valoración y posible programación de esquema terapéutico correspondiente en sesiones posteriores y seguimiento al consultorio 5. Llena “ hoja de solicitud de interconsulta ”. Aplica actividad 34. | | | | | | |
| 23. | Dermatólogo | Determina el tipo de intervención que requiere el usuario: | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Intervención?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Biopsia</td> <td>Pide su consentimiento para realizar la intervención, llena “carta de consentimiento bajo información”, entrega al usuario o padre o tutor, pídele que la lea y firme para su autorización con la firma de dos testigos, llena “solicitud de estudio histopatológico” en la historia clínica. Llena formato de “servicios” con el procedimiento a realizar y envía al paciente a caja para el pago de su intervención. Aplica siguiente actividad. Nota: Tratándose de un usuario afiliado al seguro popular llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de servicios.</td> </tr> <tr> <td>Citología o BAFF</td> <td>Llena “solicitud de laboratorio de anatomía patológica solicitud de examen de Tzanc”, y formato de “servicios”, Cuando el paciente requiera una biopsia de aspirado por aguja fina (BAAF) o citología, entrégala al paciente, envíalo a caja a cubrir la cuota de recuperación, entregando el formato de servicios e indícale que después se dirija al servicio de biopsias y entregue la solicitud al patólogo (ve Procedimiento para Biopsias). Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud de laboratorio de anatomía patológica solicitud de examen de Tzanc, indícale que acuda al módulo de atención y orientación para que le autoricen la solicitud. Aplica actividad 38.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Intervención? | Entonces | Biopsia | Pide su consentimiento para realizar la intervención, llena “ carta de consentimiento bajo información ”, entrega al usuario o padre o tutor, pídele que la lea y firme para su autorización con la firma de dos testigos, llena “ solicitud de estudio histopatológico ” en la historia clínica. Llena formato de “ servicios ” con el procedimiento a realizar y envía al paciente a caja para el pago de su intervención. Aplica siguiente actividad. Nota: Tratándose de un usuario afiliado al seguro popular llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, en lugar de servicios. | Citología o BAFF | Llena “ solicitud de laboratorio de anatomía patológica solicitud de examen de Tzanc ”, y formato de “ servicios ”, Cuando el paciente requiera una biopsia de aspirado por aguja fina (BAAF) o citología, entrégala al paciente, envíalo a caja a cubrir la cuota de recuperación, entregando el formato de servicios e indícale que después se dirija al servicio de biopsias y entregue la solicitud al patólogo (ve Procedimiento para Biopsias). Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, en lugar de solicitud de laboratorio de anatomía patológica solicitud de examen de Tzanc, indícale que acuda al módulo de atención y orientación para que le autoricen la solicitud. Aplica actividad 38. |
| | | ¿Intervención? | Entonces | | | | | |
| Biopsia | Pide su consentimiento para realizar la intervención, llena “ carta de consentimiento bajo información ”, entrega al usuario o padre o tutor, pídele que la lea y firme para su autorización con la firma de dos testigos, llena “ solicitud de estudio histopatológico ” en la historia clínica. Llena formato de “ servicios ” con el procedimiento a realizar y envía al paciente a caja para el pago de su intervención. Aplica siguiente actividad. Nota: Tratándose de un usuario afiliado al seguro popular llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, en lugar de servicios. | | | | | | | |
| Citología o BAFF | Llena “ solicitud de laboratorio de anatomía patológica solicitud de examen de Tzanc ”, y formato de “ servicios ”, Cuando el paciente requiera una biopsia de aspirado por aguja fina (BAAF) o citología, entrégala al paciente, envíalo a caja a cubrir la cuota de recuperación, entregando el formato de servicios e indícale que después se dirija al servicio de biopsias y entregue la solicitud al patólogo (ve Procedimiento para Biopsias). Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular llena “ solicitud de estudios paraclínicos ”, en lugar de solicitud de laboratorio de anatomía patológica solicitud de examen de Tzanc, indícale que acuda al módulo de atención y orientación para que le autoricen la solicitud. Aplica actividad 38. | | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|-----------------|--|--|-----------------|----------|----|------------------------------------|----|--|
| 24. | Dermatólogo | <p>Entrega la carta de consentimiento bajo información y la solicitud de estudio histopatológico a la enfermera de biopsias antes de realizar el procedimiento y al paciente y dale instrucciones para que pase a cubrir la cuota de recuperación y comprar un sacabocados en la farmacia o hilo para sutura cuando se trate de una biopsia en uso. Indica al paciente que posteriormente pase al departamento de biopsias o que espere afuera del consultorio y entregue a la enfermera la solicitud, el sacabocado y el recibo de la cuota de recuperación (ve procedimiento de biopsias).</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> <p>Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le autoricen las solicitudes, en lugar de pasar a cubrir la cuota y comprar el sacabocados. Aplica actividad 38.</p> | | | | | | |
| 25. | Dermatólogo | <p>Llena formato de “servicios”, da instrucciones al paciente o familiar para que cubra la cuota de recuperación y que posteriormente pase a electro fulguraciones, de acuerdo al consultorio del que proceda (par o non) (ve Procedimiento para Electrofulguraciones).</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> <p>Nota: En caso de tratarse de un usuario afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, entrégala al usuario e indícale que acuda al módulo de atención y orientación para que se la autoricen. Aplica actividad 38.</p> | | | | | | |
| 26. | Dermatólogo | <p>Determina si la evolución del padecimiento con el tratamiento otorgado es satisfactoria:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Satisfactoria?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Pon especial atención en el estado del paciente, determina si requiere algún tipo de intervención o estudio. Aplica actividad 10.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Satisfactoria? | Entonces | Sí | Aplica siguiente actividad. | No | Pon especial atención en el estado del paciente, determina si requiere algún tipo de intervención o estudio. Aplica actividad 10. |
| ¿Satisfactoria? | Entonces | | | | | | | |
| Sí | Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| No | Pon especial atención en el estado del paciente, determina si requiere algún tipo de intervención o estudio. Aplica actividad 10. | | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | | | |
|----------------|--|---|------------|----------|----------------|--|------|---|------------|--|
| 27. | Dermatólogo | <p>Determina las acciones a seguir según la situación del paciente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Acciones?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cita Posterior</td> <td>Explica al paciente la evolución de su padecimiento, señálale la importancia de programar una nueva cita para revisarlo, indícale que saque nueva consulta dermatológica, Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Alta</td> <td>Di al paciente que está dado de alta con respecto a la enfermedad que motivó la consulta, registra en la “nota de evolución” del expediente el alta del paciente. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Referencia</td> <td>Acude a trabajo social y solicita hoja de referencia, llena la “hoja de referencia”, pregunta al paciente a que Institución decide ir (en caso de ser referido a otra Institución del Sector Salud), entrégale al paciente, haciéndole las indicaciones necesarias e indícale que regrese con los resultados, cuando haya terminado de ser atendido en la Institución a la que se está enviando, con la contrarreferencia elaborada. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: En caso de que el paciente venga referido, llena “hoja de contrarreferencia” y entrégala al paciente.</p> | ¿Acciones? | Entonces | Cita Posterior | Explica al paciente la evolución de su padecimiento, señálale la importancia de programar una nueva cita para revisarlo, indícale que saque nueva consulta dermatológica, Aplica siguiente actividad. | Alta | Di al paciente que está dado de alta con respecto a la enfermedad que motivó la consulta, registra en la “ nota de evolución ” del expediente el alta del paciente. Aplica siguiente actividad. | Referencia | Acude a trabajo social y solicita hoja de referencia, llena la “ hoja de referencia ”, pregunta al paciente a que Institución decide ir (en caso de ser referido a otra Institución del Sector Salud), entrégale al paciente, haciéndole las indicaciones necesarias e indícale que regrese con los resultados, cuando haya terminado de ser atendido en la Institución a la que se está enviando, con la contrarreferencia elaborada. Aplica siguiente actividad. |
| ¿Acciones? | Entonces | | | | | | | | | |
| Cita Posterior | Explica al paciente la evolución de su padecimiento, señálale la importancia de programar una nueva cita para revisarlo, indícale que saque nueva consulta dermatológica, Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | |
| Alta | Di al paciente que está dado de alta con respecto a la enfermedad que motivó la consulta, registra en la “ nota de evolución ” del expediente el alta del paciente. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | |
| Referencia | Acude a trabajo social y solicita hoja de referencia, llena la “ hoja de referencia ”, pregunta al paciente a que Institución decide ir (en caso de ser referido a otra Institución del Sector Salud), entrégale al paciente, haciéndole las indicaciones necesarias e indícale que regrese con los resultados, cuando haya terminado de ser atendido en la Institución a la que se está enviando, con la contrarreferencia elaborada. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | | | |
| 28. | Dermatólogo | Elabora, entrega y explica la “ receta ” al paciente o padre o tutor legal (tratándose de un menor), registra misma información en “ historia clínica ”. | | | | | | | | |
| 29. | Dermatólogo | <p>Señala al paciente que ante cualquier anomalía que se presente en el futuro con respecto al motivo de su consulta o nueva enfermedad, regrese procurando solicitar nueva consulta con el mismo doctor que lo atendió. Aplica actividad 34.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el paciente cuente con hoja de referencia o contrarreferencia, envíalo a trabajo social. Aplica actividad 31. • Tratándose de un usuario que no se le realizarán los estudios en el Instituto, recuérdale pasar a trabajo social. Aplica siguiente actividad. • En caso de que se trate de un caso médico legal, lleva al usuario a trabajo social, junto con el formato. Aplica actividad 33. • Si el usuario está afiliado al seguro popular y solicitaste estudios, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le autoricen (de proceder) la solicitud. Aplica actividad 38. • Si el usuario está afiliado al seguro popular y le proporcionaste receta, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le sellen la receta. Aplica actividad 38. | | | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|-------------------|---|---|-----------|----------|------------|---|-------------------|--|
| 30. | Trabajador Social | <p>Recibe al usuario, solicítale el formato, verifica los estudios solicitados por el médico, asesora al paciente sobre los laboratorios en los cuales pueden realizarle los estudios, así como su ubicación y costos. Sella y firma el formato “solicitud de estudios paraclínicos”, y regrésalo al usuario.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> | | | | | | |
| 31. | Trabajador Social | <p>Recibe al usuario y verifica si presenta hoja de referencia o contrarreferencia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hoja de?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Referencia</td> <td> <p>Registra tanto en el sistema electrónico como en “registro de referencia de pacientes” el No de la referencia, la fecha en que se hace, nombre y domicilio del paciente, edad, sexo, diagnóstico de envío, a que unidad se envía, número de expediente, que médico refiere y nombre de trabajadora social que atendió referencia, explica al paciente o familiar a que institución se está derivando, el motivo de la misma, con quién deben de llegar, día, fecha, si es urgente u ordinario su envío, que se le está entregando original y una copia del formato de referencia, para que la institución se quede con una, deja a su resguardo una copia del formato de referencia y entrega al área de archivo clínico para ser anexado al expediente clínico del paciente. Aplica siguiente actividad.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que en el formato de referencia se encuentre algún error de llenado, entonces regresa al médico tratante para su corrección. Aplica actividad 27. • En caso de que el médico adscrito solicite se realice visita domiciliaria o llamada telefónica de seguimiento de casos de referencia (ve procedimiento correspondiente de trabajo social). </td> </tr> <tr> <td>Contrarreferencia</td> <td> <p>Anota en “registro de contrarreferencia de pacientes” fecha de respuesta, orienta a usuario que acuda a la unidad de la cual fue enviado al instituto, regresa original al usuario indicándole que debe acudir con el médico que lo refirió y entregarle la contrarreferencia, dándoles las gracias e infórmale que puede retirarse. Deja bajo resguardo dos copias de la contrarreferencia, envía una copia del formato de contrarreferencia a supervisión de trabajo social estatal y entrega la otra copia al área de archivo clínico para ser anexado al expediente clínico del paciente. Aplica siguiente actividad.</p> </td> </tr> </tbody> </table> | ¿Hoja de? | Entonces | Referencia | <p>Registra tanto en el sistema electrónico como en “registro de referencia de pacientes” el No de la referencia, la fecha en que se hace, nombre y domicilio del paciente, edad, sexo, diagnóstico de envío, a que unidad se envía, número de expediente, que médico refiere y nombre de trabajadora social que atendió referencia, explica al paciente o familiar a que institución se está derivando, el motivo de la misma, con quién deben de llegar, día, fecha, si es urgente u ordinario su envío, que se le está entregando original y una copia del formato de referencia, para que la institución se quede con una, deja a su resguardo una copia del formato de referencia y entrega al área de archivo clínico para ser anexado al expediente clínico del paciente. Aplica siguiente actividad.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que en el formato de referencia se encuentre algún error de llenado, entonces regresa al médico tratante para su corrección. Aplica actividad 27. • En caso de que el médico adscrito solicite se realice visita domiciliaria o llamada telefónica de seguimiento de casos de referencia (ve procedimiento correspondiente de trabajo social). | Contrarreferencia | <p>Anota en “registro de contrarreferencia de pacientes” fecha de respuesta, orienta a usuario que acuda a la unidad de la cual fue enviado al instituto, regresa original al usuario indicándole que debe acudir con el médico que lo refirió y entregarle la contrarreferencia, dándoles las gracias e infórmale que puede retirarse. Deja bajo resguardo dos copias de la contrarreferencia, envía una copia del formato de contrarreferencia a supervisión de trabajo social estatal y entrega la otra copia al área de archivo clínico para ser anexado al expediente clínico del paciente. Aplica siguiente actividad.</p> |
| ¿Hoja de? | Entonces | | | | | | | |
| Referencia | <p>Registra tanto en el sistema electrónico como en “registro de referencia de pacientes” el No de la referencia, la fecha en que se hace, nombre y domicilio del paciente, edad, sexo, diagnóstico de envío, a que unidad se envía, número de expediente, que médico refiere y nombre de trabajadora social que atendió referencia, explica al paciente o familiar a que institución se está derivando, el motivo de la misma, con quién deben de llegar, día, fecha, si es urgente u ordinario su envío, que se le está entregando original y una copia del formato de referencia, para que la institución se quede con una, deja a su resguardo una copia del formato de referencia y entrega al área de archivo clínico para ser anexado al expediente clínico del paciente. Aplica siguiente actividad.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que en el formato de referencia se encuentre algún error de llenado, entonces regresa al médico tratante para su corrección. Aplica actividad 27. • En caso de que el médico adscrito solicite se realice visita domiciliaria o llamada telefónica de seguimiento de casos de referencia (ve procedimiento correspondiente de trabajo social). | | | | | | | |
| Contrarreferencia | <p>Anota en “registro de contrarreferencia de pacientes” fecha de respuesta, orienta a usuario que acuda a la unidad de la cual fue enviado al instituto, regresa original al usuario indicándole que debe acudir con el médico que lo refirió y entregarle la contrarreferencia, dándoles las gracias e infórmale que puede retirarse. Deja bajo resguardo dos copias de la contrarreferencia, envía una copia del formato de contrarreferencia a supervisión de trabajo social estatal y entrega la otra copia al área de archivo clínico para ser anexado al expediente clínico del paciente. Aplica siguiente actividad.</p> | | | | | | | |
| 32. | Trabajador Social. | <p>Coteja de manera mensual que corresponda la cantidad de formatos de referencia o contrarreferencia con el registro existente en la libreta de referencia o libreta de contrarreferencia, elabora un “informe” en memorándum en donde especifica las referencias recibidas o contrarreferencias realizadas de manera mensual, firma y recaba firma del director, envía a supervisión de trabajo social área metropolitana, Región Sanitaria X.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD |
|---------|-------------------|---|
| 33. | Trabajador Social | <p>Recibe del médico el formato de aviso al ministerio público, realiza entrevista al paciente acerca de la situación que indicó el médico, registra en “bitácora de violencia familiar”, la fecha, datos generales del paciente, observaciones y notas e indica si se trata de sospecha o se le da seguimiento al caso, realiza “nota informativa” en original y copia en donde indique la situación del paciente, adjunta el aviso al ministerio público, y solicita a dirección que sea enviado a la Jurisdicción XII para seguimiento de caso con el encargado del programa de violencia familiar y equidad de género, deja a su resguardo copia de nota informativa y copia de formato aviso al ministerio público, una vez recibida contestación de la jurisdicción XII saca copia de recibido por el ministerio público, entrega a encargada de archivo e indica sea archivada en expediente del paciente, deja a su resguardo original en folder correspondiente.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> |
| 34. | Dermatólogo | <p>Cierra registro, al terminar la consulta previa firma del(los) médico(s) participante(s). Cierra el sistema de consulta dermatológica una vez concluidas las actividades de consulta del día. Apaga la computadora.</p> <p>Nota: Atiende de igual forma a todos los pacientes asignados para la consulta.</p> |
| 35. | Enfermera | <p>Ordena, limpia el consultorio y recoge objetos que no deben estar en el consultorio.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> |
| 36. | Odontólogo | <p>Recibe al paciente, realiza valoración, “historia clínica”, diagnóstico, plan de tratamiento, realiza programación en “agenda”, para su atención posterior, indícale al paciente la fecha y hora de la cita en que deberá acudir para ser atendido.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de que el paciente sea de una localidad foránea y requiera la realización de una biopsia, informa al paciente del procedimiento a seguir, llena “carta de consentimiento bajo información”, entrégala al paciente pidiéndole que la lea, la firme y recabe firma de dos testigos, recaba la carta, llena formato de “servicios”, y entrégalo al paciente para que pase a cubrir la cuota de recuperación, después de lo cual debe regresar al consultorio. Aplica actividad 37. • Si el paciente es foráneo y requiere la realización de una biopsia y es afiliado del seguro popular, llena además “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar del formato de servicios, entrégala al usuario e indícale que acuda al módulo de atención y orientación. Aplica actividad 38. |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | | | | | |
|---|---|--|------------|----------|---|---|-------------------------|--|---|--|--------------|---|
| 37. | Odontólogo | <p>Llama al paciente solicítale el recibo de la cuota de recuperación o comprobante de exento, registra los mismos en el “registro diario de pacientes”, realiza el procedimiento quirúrgico, da indicaciones al paciente, “receta”, de considerarlo necesario, programa próxima cita en la “agenda”, despide al paciente. Coloca la muestra en frasco con formol debidamente “etiquetado” con nombre, fecha, diagnóstico, registra en “registro de biopsias”, al final del día llévalas al servicio de histopatología, regístrala en “libreta de histopatología”. Elabora “solicitud de estudio histopatológico” y envía por sistema al laboratorio de histopatología.</p> <p>Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología.</p> | | | | | | | | | | |
| 38. | Gestor del Seguro Popular o Encargado del MAO | <p>Determina el servicio que requiere el usuario:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Servicio?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estudios de Laboratorio Estudios de Gabinete</td> <td>Pide al usuario la “solicitud de estudios paraclínicos”, que le entregó el médico, solicita copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), verifica que el diagnóstico esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así, Aplica siguiente actividad. En caso contrario indica al paciente que acuda a trabajo social, Aplica actividad 20.</td> </tr> <tr> <td>Valoración Cardiológica</td> <td>Se verifica “solicitud de estudios paraclínicos” indica al usuario las instituciones de salud para que le realicen su valoración. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología.</td> </tr> <tr> <td>Biopsia, Citología, Criocirugía, Cirugía o Electrofulguraciones</td> <td>Pide al usuario la “solicitud de estudios paraclínicos”, que le entregó el médico, solicita copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), verifica que el diagnóstico esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) o en el acuerdo de gestión vigente. Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. Aplica actividad 40. Nota: Si el paciente acude porque le programaron una cirugía, solicítale tarjetón de programación de cirugía en lugar de la solicitud y con el tarjetón corrobora diagnóstico en CAUSES.</td> </tr> <tr> <td>Medicamentos</td> <td>Solicita la receta médica al usuario y copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), para la verificación de medicamentos que estén contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), de ser así regresa receta al usuario, envíalo a estancias hospitalarias de primer o segundo nivel para el surtimiento de las mismas, informándole que deberá recoger sus medicamentos con copia de la póliza. En caso contrario informa al usuario que el seguro popular no cubre el medicamento y deberá comprar los medicamentos con sus propios recursos. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Servicio? | Entonces | Estudios de Laboratorio Estudios de Gabinete | Pide al usuario la “solicitud de estudios paraclínicos”, que le entregó el médico, solicita copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), verifica que el diagnóstico esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así, Aplica siguiente actividad. En caso contrario indica al paciente que acuda a trabajo social, Aplica actividad 20. | Valoración Cardiológica | Se verifica “solicitud de estudios paraclínicos” indica al usuario las instituciones de salud para que le realicen su valoración. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología. | Biopsia, Citología, Criocirugía, Cirugía o Electrofulguraciones | Pide al usuario la “solicitud de estudios paraclínicos”, que le entregó el médico, solicita copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), verifica que el diagnóstico esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) o en el acuerdo de gestión vigente. Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. Aplica actividad 40. Nota: Si el paciente acude porque le programaron una cirugía, solicítale tarjetón de programación de cirugía en lugar de la solicitud y con el tarjetón corrobora diagnóstico en CAUSES. | Medicamentos | Solicita la receta médica al usuario y copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), para la verificación de medicamentos que estén contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), de ser así regresa receta al usuario, envíalo a estancias hospitalarias de primer o segundo nivel para el surtimiento de las mismas, informándole que deberá recoger sus medicamentos con copia de la póliza. En caso contrario informa al usuario que el seguro popular no cubre el medicamento y deberá comprar los medicamentos con sus propios recursos. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología. |
| ¿Servicio? | Entonces | | | | | | | | | | | |
| Estudios de Laboratorio Estudios de Gabinete | Pide al usuario la “solicitud de estudios paraclínicos”, que le entregó el médico, solicita copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), verifica que el diagnóstico esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así, Aplica siguiente actividad. En caso contrario indica al paciente que acuda a trabajo social, Aplica actividad 20. | | | | | | | | | | | |
| Valoración Cardiológica | Se verifica “solicitud de estudios paraclínicos” indica al usuario las instituciones de salud para que le realicen su valoración. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología. | | | | | | | | | | | |
| Biopsia, Citología, Criocirugía, Cirugía o Electrofulguraciones | Pide al usuario la “solicitud de estudios paraclínicos”, que le entregó el médico, solicita copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), verifica que el diagnóstico esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES) o en el acuerdo de gestión vigente. Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. Aplica actividad 40. Nota: Si el paciente acude porque le programaron una cirugía, solicítale tarjetón de programación de cirugía en lugar de la solicitud y con el tarjetón corrobora diagnóstico en CAUSES. | | | | | | | | | | | |
| Medicamentos | Solicita la receta médica al usuario y copia de su credencial del IFE (sólo para pacientes de otras entidades federativas), para la verificación de medicamentos que estén contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), de ser así regresa receta al usuario, envíalo a estancias hospitalarias de primer o segundo nivel para el surtimiento de las mismas, informándole que deberá recoger sus medicamentos con copia de la póliza. En caso contrario informa al usuario que el seguro popular no cubre el medicamento y deberá comprar los medicamentos con sus propios recursos. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología. | | | | | | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | | | | | |
|---------|--|--|----------|----------|----|---|----|--|
| 39. | Gestor del Seguro Popular o Encargado del MAO | Determina si los estudios se realizan dentro del IDJ: | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Dentro?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entrega la solicitud al usuario, informándole los lugares en los cuales pueden realizarle el estudio, para que acuda con su solicitud, copia de su póliza, carnet de consulta, resumen clínico por el cual no se realizó el estudio paraclínico (en caso de ser necesario), infórmale todos los documentos que debe tener y los requisitos de éstos para realizar la facturación e indícale que acuda a la región sanitaria para realizar el trámite para el reembolso. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología.</td> </tr> </tbody> </table> | ¿Dentro? | Entonces | Sí | Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. Aplica siguiente actividad. | No | Entrega la solicitud al usuario, informándole los lugares en los cuales pueden realizarle el estudio, para que acuda con su solicitud, copia de su póliza, carnet de consulta, resumen clínico por el cual no se realizó el estudio paraclínico (en caso de ser necesario), infórmale todos los documentos que debe tener y los requisitos de éstos para realizar la facturación e indícale que acuda a la región sanitaria para realizar el trámite para el reembolso. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología. |
| | | ¿Dentro? | Entonces | | | | | |
| Sí | Autoriza la solicitud e indica al paciente pasar a caja a recoger el recibo. Aplica siguiente actividad. | | | | | | | |
| No | Entrega la solicitud al usuario, informándole los lugares en los cuales pueden realizarle el estudio, para que acuda con su solicitud, copia de su póliza, carnet de consulta, resumen clínico por el cual no se realizó el estudio paraclínico (en caso de ser necesario), infórmale todos los documentos que debe tener y los requisitos de éstos para realizar la facturación e indícale que acuda a la región sanitaria para realizar el trámite para el reembolso. Fin del Procedimiento para Consulta Externa de Dermatología. | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 40. | Cajero(a) | Extiende “ recibo único de cuotas de recuperación ”, entrega al usuario la solicitud y el recibo y le indicas que acuda al área de biopsias, criocirugía, cirugía, electrofulguraciones, laboratorio o dental en los horarios establecidos para la realización del evento. Fin del Procedimiento de Consulta Externa de Dermatología. | | | | | | |

| DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS | | |
|---|--|------------------------------------|
| Asesorado por: | •Lic. Claudia Judith González Ochoa | •Laura Leticia Pérez Peralta |
| PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN | | |
| •Dr. Alejandro García Vargas | •CD. Carmen Lucía Chávez Vaca | •Enf. Ana María Bironche Velázquez |
| •Dr. Marco Antonio Rodríguez Castellanos | •Dra. María del Consuelo García Silva | •Enf. de electrofulguración |
| •LTS. Judith Aceves Gomez | •Dr. Candido Jonathan Gutiérrez Vargas | •Sria. Ana Lilia Robles Martínez |



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

Documentos de Referencia

| Código | Documento |
|---------|--|
| DOM-M01 | Manual de General de Organización del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco |
| DOM-M70 | Manual de Organización del Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio". |
| | Ley General de Salud en Materia de Prestación de los Servicios de Salud. |
| | Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. |
| | Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario y la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. |

Formatos Utilizados (Ver anexos)

| Código | Documento |
|--------|---|
| | Anexo 01 Diagrama de Flujo |
| | Anexo 02 Agenda |
| | Anexo 03 Agenda del servicio |
| | Anexo 04 Aviso a ministerio público |
| | Anexo 05 Bitácora de violencia familiar |
| | Anexo 06 Boleta de préstamo |
| | Anexo 07 Carta de consentimiento bajo información |
| | Anexo 08 Etiquetado |
| | Anexo 09 Formato de autorización y control de procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos |
| | Anexo 10 Historia clínica |
| | Anexo 11 Hoja de contrarreferencia |
| | Anexo 12 Hoja de nota de interconsulta |
| | Anexo 13 Hoja de referencia |
| | Anexo 14 Hoja de solicitud de interconsulta |



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

Formatos Utilizados (Ver anexos)

| Código | Documento |
|----------|--|
| Anexo 15 | Hoja diaria de consulta externa |
| Anexo 16 | Informe |
| Anexo 17 | Laboratorio de patología clínica |
| Anexo 18 | Libreta de histopatología |
| Anexo 19 | Libreta de programación de cirugía dermatológica |
| Anexo 20 | Nota de evolución |
| Anexo 21 | Nota informativa |
| Anexo 22 | Receta |
| Anexo 23 | Recibo único de cuotas de recuperación |
| Anexo 24 | Registro de biopsias |
| Anexo 25 | Registro de contrarreferencia de pacientes |
| Anexo 26 | Registro de referencia de pacientes |
| Anexo 27 | Registro diario de pacientes |
| Anexo 28 | Servicios |
| Anexo 29 | Solicitud de estudio histopatológico |
| Anexo 30 | Solicitud de estudio micológico |
| Anexo 31 | Solicitud de estudios paraclínicos |
| Anexo 32 | Solicitud de laboratorio de anatomía patológica solicitud de examen de Tzanc |
| Anexo 33 | Tarjeta de programación de cirugía |
| Anexo 34 | Dermatosis a Tratar con Criocirugía |
| Anexo 35 | Dermatosis a Tratar con Electrofulguración |
| Anexo 36 | Dermatosis a Tratar con Puvaterapia |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
20

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



ANEXOS

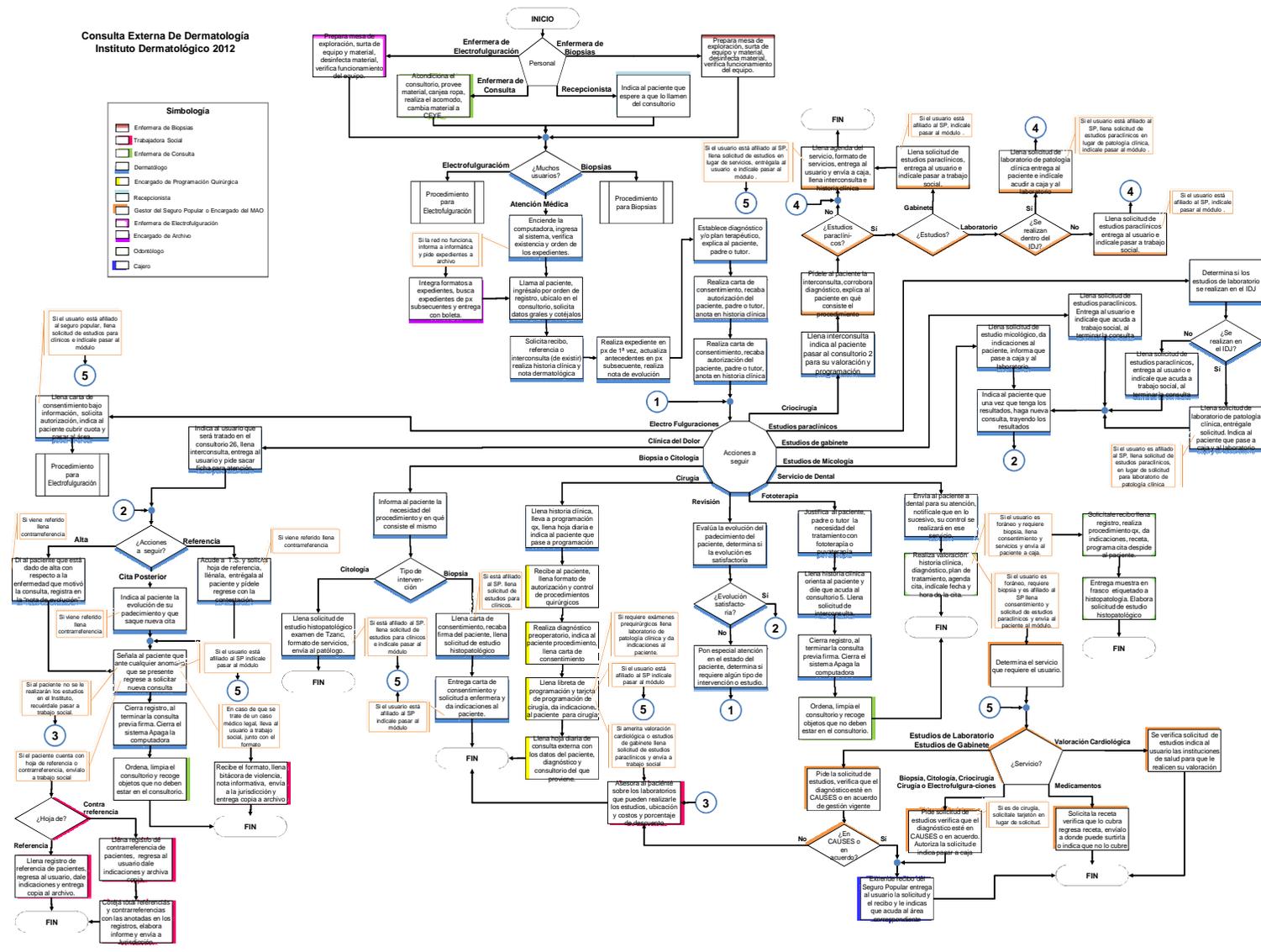
PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 01: DIAGRAMA DE FLUJO

Consulta Externa De Dermatología
 Instituto Dermatológico 2012



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 02: AGENDA (ODONTOLOGÍA)

Calendars

August 2012

| Mo | Tu | We | Th | Fr | Sa |
|----|----|----|----|----|----|
| 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Today Jueves, 09 de Agosto de 2012 CW: 32 Day Week Multweek Month

Thursday 9 Aug

| Time | Appointment |
|------------|---|
| 07:00 a.m. | |
| 08:00 a.m. | |
| 09:00 a.m. | MONROY CORTES MARIA GUADALUPE- 0010069706- P.B. LEUCOPLAQUIA Y PROBLABE ABESO PERIODONTAL. DRA. CHAVEZ DR. X XXXX SOTO JIMENEZ RAMON EXP. 1110821419 REVISION RX. LIMPIEZA AGILAR NAZARIO ELIZABETH- 1207848425- INICIO DE TRATAMIENTO- DR. X |
| 10:00 a.m. | PX DE CANDIDOSIS. DRA. CHAVEZ DR X PX AVILA ALVARADO IRMA YOLANDA EXP /0203125110 INFILTRACION Y VALORAR OD 48 PARA EXTRACCION |
| 11:00 a.m. | DR. GOEMZ LAZO VILLA MARIA GUADALUPE EXP. 1206846574 OBTURACIONES DR. RAMIREZ IRMA RAQUEL TOPETE MACEDO EXP. 1201831594 DETARTRAJE Y RESINA EN O.D. 12 X MESIAL |
| 12:00 p.m. | |
| 01:00 p.m. | |
| 02:00 p.m. | |
| 03:00 p.m. | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 05: BITÁCORA DE VIOLENCIA FAMILIAR



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 06: BOLETA DE PRÉSTAMO (HOJA 1)



**INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
 ARCHIVO CLÍNICO
 BOLETA DE PRESTAMO**



| | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|---------------------|--|--|
| SERVICIO SOLICITANTE | NOMBRE DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO SOLICITANTE | | | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE | | | | | | |
| NO. DE REGISTRO | FECHA DE ENTREGA | | | FECHA DE DEVOLUCION | | |
| | | | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | | | |
| FIRMA DEL SOLICITANTE | NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA DEL ARCHIVO QUE ENTREGA EL EXPEDIENTE | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 07: CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN



**SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO**
CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
(Deberá redactarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras)

Nombre del paciente. _____ Edad _____
Número de expediente. _____
Nombre del médico tratante. _____
Diagnósticos: _____
Acto médico - quirúrgico que se propone: _____
Antes con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el médico explicó el plan de manejo propuesto y aclaró cada una de las preguntas que el paciente le planteó, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico que se requiere, consiste en lo que a continuación se expresa: _____

Como un hecho sobresaliente debe señalarse que la explicación del médico fue lo suficientemente clara para evidenciar los beneficios que el acto médico propuesto le ofrece al paciente respecto a otras opciones de manejo, sobresaliendo particularmente las siguientes ventajas positivas del procedimiento de atención antes mencionado. _____

Asimismo se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el médico describió las complicaciones probables que a la literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden el desarrollo del acto médico propuesto, aceptando que se conocen como posibles riesgos los siguientes: _____

En forma complementaria se manifiesta también, que cumpliendo con la normatividad correspondiente, el médico explicó el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización, de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante podrá actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, derivadas del acto médico autorizado. _____

Con fines educativos o bien para contribuir en el conocimiento científico, también acepto y autorizo que se filme o se fotografíe el área anatómica tratada en el curso de este procedimiento, pero resguardando mi identidad. _____

El paciente manifiesta que el médico le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones. _____

El paciente hace constar que con la información que le ha proporcionado el médico tratante, es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el Consentimiento solicitado, y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente a la opción que considera pertinente. _____

**SI SE OTORGA EL
CONSENTIMIENTO**

Nombre y Firma del Paciente
o Representante legal

Nombre y Firma del Médico

Testigo: Nombre y Firma

Lugar

Fecha

**SE NIEGA A OTORGAR
EL CONSENTIMIENTO**

Nombre y Firma del Paciente
o Representante legal

Testigo: Nombre y Firma

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 09: FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS (ANVERSO)

FORMATO DE AUTORIZACION Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS
INSTITUTO DERMATOLOGICO DE JALISCO "DR. JOSE BARBA RUBIO"

Fecha de cirugía: DIA / MES / AÑO Hora: Sala: EXPEDIENTE REVISADO Y COMPLETO

Nombre: Sexo: Estado Civil: Ocupación: Edad: Reg. Domicilio: Tel. Cons. Origen: peso: Kgrs. T/A / mm hg Realizo la historia: Diagnóstico de envío: Topografía: Mortología: Evolución: Tto. o cirugías previas: Enf. Crónico-degenerativas: Tratamiento: Alergias: Adicción a drogas: Medicamentos:

Diagnóstico Pre-operatorio: Cierre directo Injerto Colgajo Biopsia Amputación Otro

Riesgo Qx: Urgente Electiva Ambulatoria Ayuno de 8 hrs. Ayuno 6 horas Desayunado B.H. Q.S. T.P. T.S. T.C. E.K.G. Rx BAAF. Otros

Exámenes de laboratorio: B.H. Q.S. T.P. T.S. T.C. E.K.G. Rx BAAF. Otros

Resultados:

Valoración Pre-anestésica: Fecha DIA / MES / AÑO

Riesgo Qx:

Plan anestésico:



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 09: FORMATO DE AUTORIZACIÓN Y CONTROL DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS (REVERSO)

Nota de ingreso a cirugía: _____

Causa de suspensión de la cirugía: _____

NOTA POST-QUIRÚRGICA

Fecha: ____ / ____ / ____
 DIA / MES / AÑO

T/A ____ / ____ mm Hg.

Anestesia: Local Regional Sedación

Operación realizada: Cierre directo Injerto Colgajo Biopsia Otro

Descripción de la técnica quirúrgica: _____

Diagnóstico post-operatorio: _____

Hallazgos trans-operatorios: _____

Complicaciones: _____

Cuidados post-operatorios: _____

Cirujano: _____ Ayudante: _____

Cirulante: _____ Anestesiólogo: _____

Estudio histopatológico: Trans-operatorio Estudio Mohs Estudio diferido No. Piezas: _____

Resultado histopatológico: _____



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 10: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 1)



Secretaría de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
"Dr. José Barba Rubio"

Federalismo Norte 3102 Col. Ahumada del Valle Zapopan Jalisco México CP 46190 Tel. 39304536



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

6.1. Historia Clínica Expedientes: Nombre: Apellido paterno: Apellido materno:

6.1.1. Interrogatorio

6.1.1.1 Ficha de identificación

Fecha de registro: Consultorio asignado: Fecha de nacimiento: Edad:

Sexo: Edo. civil: Derechohabiencia: Escolaridad:

Domicilio (Calle y Número):

Tipo de asentamiento: Asentamiento: CP:

Municipio: Estado: Teléfono:

Originaria de: Ocupación:

Lucares de residencia:

6.1.1.1b Responsable del paciente (Menores de edad, discapacitados)

Nombre: Parentesco:

Domicilio: Teléfono: CP:

6.1.1.2 Antecedente heredo familiar

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enf. Genéticas | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Alergias | |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> Nefropatías | <input type="checkbox"/> Toxicomanías | |

6.1.1.3 Antecedentes personales

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Nefropatías | <input type="checkbox"/> Enf. Drogadicto | <input type="checkbox"/> Promiscuidad | <input type="checkbox"/> Hacimamiento |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias | <input type="checkbox"/> Cardiopatías | <input type="checkbox"/> Enf. Fumador | <input type="checkbox"/> No cuenta con servicios básicos | <input type="checkbox"/> No cuenta con servicios básicos |
| <input type="checkbox"/> Febre reumática | <input type="checkbox"/> Enf. Genéticas | <input type="checkbox"/> Enf. Alcohólico | <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene inadecuados | <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene inadecuados |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Enf. Infecciosas | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Exposición a radiación solar | <input type="checkbox"/> Exposición a radiación solar |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enf. Parasitarias | <input type="checkbox"/> Enf. Trans. Sexual | <input type="checkbox"/> Exposición a químicos | <input type="checkbox"/> Esquema incompleto de inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Trastufiones | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Otros antecedentes personales no patológicos. | <input type="checkbox"/> Otros antecedentes personales no patológicos. |

6.1.1.4 Padecimiento actual

Tabaquismo Drogadicción Alcoholismo Diabetes VIH/SIDA Hepatitis C

Continúa en la siguiente página ->

EXP-168-2009

Impreso el día:

Página 1 de 5



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 10: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 2)



Secretaría de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
"Dr. José Barba Rubio"
Federalismo Norte 3102 Col. Atemajac del Valle Zapopan Jalisco México CP 44190 Tel. 30304816

Expediente: Nombre: Apellido paterno Apellido materno

Médico que interrogó Tipo de interrogatorio Fecha

6.1.1.5 Interrogatorio por aparatos y sistemas

Sintomas generales _____

Alteraciones en los sentidos _____

Aparato digestivo _____

Sistema cardiorrespiratorio _____

Sistema nervioso _____

Esfera psicosocial _____

Aparato urogenital _____

Sistema endocrino _____

Comentarios adicionales _____

6.1.2 Exploración física

Médico que exploró Fecha

Hábitus exterior _____

Somatometría
 Peso kgr. Talla / Long. Cm. Índice de masa corporal Estado nutricional
 Temperatura °C Pulso Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria Tensión arterial
 Piel y sus anexos _____

Ganglios linfáticos _____

Cabeza _____

Cuello _____

Tórax _____

EXP-168-2009

Impreso el día:

Página 2 de 5



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 10: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 3)



Secretaría de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
"Dr. José Barba Rubio"
 Federalismo Norte 5162 Col. Atemajac del Valle Zapopan Jalisco México CP. 44190 Tel. 39304836

Expediente: Nombre: 4. pedido de historia

Torax

Abdomen

Miembros

Genitales

Notas adicionales

6.1.3. Resultados de estudios de laboratorio, gabinete y otros

6.1.5 Diagnósticos o problemas clínicos

| Diagnóstico | Médico que diagnosticó | Fecha | Situación a la fecha |
|---|------------------------|-------|----------------------|
| 6.1.4. Terapéutica empleada y resultados obtenidos | | | |
| Nota: Revisar apartado 6.2 en la sección de interrogatorio | | | |

EXP-168-2009

Impreso el día:

Página 3 de 5



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 10: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 4)



Secretaría de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
 "Dr. José Barba Rubio"
Federalismo Norte 3192, CUI, Aguascalientes del Valle Zapopan, Jalisco México CP 44190 Tel. 39994336



Nombre: _____ Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____

6.2. Notas de evolución del diagnóstico

Fecha: _____ Situación a la fecha: _____ Confirmado: _____

Interrogatorio (incluye apartado 6.1.4.)

Topografía

Morfología

Responsable del diagnóstico

Nota del día _____ a las _____ para el seguimiento de _____

Responsable de la nota

Somatometría

Peso kg. _____ Talla / Long. Cm. _____ IMC _____ Estado nutricional _____

Temperatura °C _____ Pulso _____ Frec. cardíaca _____ Frec. respiratoria _____ Tensión arterial _____

El paciente fue referido No. de referencia _____

Percepción del paciente sobre su estado _____ Consultorio _____ Derechohabiential _____

Datos subjetivos

Datos objetivos

Análisis y valoración

Plan de tratamiento

Recomendaciones y cuidados especiales

EXP-168-2009

Impreso el día: _____

Página 4 de 5



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 10: HISTORIA CLÍNICA (HOJA 5)

| | | |
|-----------------|--|--------------------------|
| Nota del día | a las | para el seguimiento de |
| Nombre genérico | Medicamentos recetados en esta visita | |
| Concentración | Nombre comercial (utilizado bajo autorización) | Presentación |
| Dosis | via adm desc | Duración del tratamiento |

| | | |
|--------------|-----------------|---------------|
| EXP-158-2009 | Impreso el día: | Página 5 de 5 |
|--------------|-----------------|---------------|



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 15: HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA (ANVERSO)

| No. DE FOLIO DEL RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN O DEL COMPROBANTE DE EXENCIÓN | | FECHA: | | EDAD | SEXO | NÚMERO DE ASISTENCIA EN EL AÑO | CONTRA-REFERIDO | INTERCONSULTA | NO. CONSULTA EN PRIMERA VEZ | SUBSECUENTE | PROGRAMA | | | | | ESTADO DE NUTRICIÓN 0 A 15 AÑOS | | | | | PLANIFICACION FAMILIAR | | | | | DETECCIONES | | | | | CONSULTA CON PROCEDIMIENTO | | CONDICIONES PREVENCIÓN I.T.S. | DERECHOABENCIA | VIOLENCIA INTRAFAMILIAR | SITUACIONES ESPECIALES | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--|------|------|--------------------------------|----------------------|---------------|-----------------------------|-------------|-------------|----------------------|-------------------------|--------------------|------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------|-------|----------|------------------------|--------------------|----------|-------------------|-----------------------|-------------|----------------|--------------|---|--|--|-------|-------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------|----------------|----------------------|---------------------|-----|------------|--------------|------|---------|-------------|-------------|----------------|
| | | UNIDAD: | | | | | | | | | DIAGNÓSTICO | ENF. TRANSMISIBILES | ENF. CRONICOGENERATIVAS | OTRAS ENFERMEDADES | CONSULTA A SANOS | PLANIFICACION FAMILIAR | OBESIDAD Y SOBREPESO | CON DES-NUTRICION | | | METODO | | ATEN-GON | DIABETES MELLITUS | HIPERTENSION ARTERIAL | OBESIDAD | AGUDEZA VISUAL | OSTEOPOROSIS | HIPERPLASIA DE PROSTATA (A POSITIVOS DE CUESTIONARIO) | PROCEDIMIENTO QUIRURGICO AMBULATORIO Y/O PROCEDIMIENTO ADICIONAL | ANOTAR CLAVES DE LETRAS PARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO AMBULATORIO Y NUMEROS PARA PROCEDIMIENTO ADICIONAL Y LA ESPECIFICACION CORRESPONDIENTE | CLAVE | | | | | ESPECIFICACION | | | | | | | | | | |
| | | JURISDICCION: | | | | | | | | | | | | | | | | NORMAL | LIVRE | MODERADA | GRAVE | INYECTABLE MENSUAL | | | | | | | | | | | | | | | | INYECTABLE BIMENSUAL | IMPLANTE SUBCUTANEO | DIU | QUIRURGICO | PRESERVATIVO | OTRO | NINGUNO | PRIMERA VEZ | SUBSECUENTE | CANCER DE MAMA |
| | | LOCALIDAD: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERVICIO: | | DIAGNOSTICO | | | | | METODO | | | | | DETECCIONES | | | | | CONSULTA CON PROCEDIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONSULTORIO No: | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORA | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NUM. DE EXPEDIENTE | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | | | | | 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 16: INFORME

ITS. MARIA GUADALUPE CONDE
SUPERVISORA DE TRABAJO SOCIAL
AREA METROPOLITANA

Por medio de la presente, le envío un cordial saludo y los informes del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del mes de _____ del presente año.

Hago de su conocimiento, que el resultado fué el siguiente.

_____ Referencias a diversas Unidades

_____ Contrarreferencias, de las cuales todas fueron contestadas y enviadas las copias al Departamento de Trabajo Social Estatal.

ATENTAMENTE

DR. JOSE FERNANDO BARBA GOMEZ

ITS. VIRGINIA COVARRUBIAS VAZQUEZ

ANEXO: COPIA DE LOS INFORMES Y COPIAS DE LOS FORMATOS DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.

PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 17: LABORATORIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"
Laboratorio de Patología clínica
Solicitud de estudios



| | | | |
|---------------------|--------------------|-------------|------------------|
| Fecha | No. Expediente | No. Orden | |
| Nombre del paciente | Nombre(s) | | Apellido materno |
| Edad | Género | Diagnóstico | |
| Servicio de origen | Médico solicitante | | |

| | |
|---|---|
| <p>Hematología</p> <p><input type="checkbox"/> Citometría hemática parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Citometría hemática completa (f. diferencial)</p> <p><input type="checkbox"/> Velocidad de Sedimentación Globular VSG</p> <p>Pruebas de hemostasia</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo de protrombina TP</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo parcial de tromboplastina TPT</p> <p>Inmunología</p> <p><input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo y R.H.</p> <p><input type="checkbox"/> Prueba de embarazo (orina y/o sangre)</p> <p><input type="checkbox"/> Antistreptolisinas</p> <p><input type="checkbox"/> Proteína C reactiva PCR</p> <p><input type="checkbox"/> Factor reumatoide</p> <p><input type="checkbox"/> Reacciones febriles</p> <p><input type="checkbox"/> Reagína Plasmática Rápida RPR / VDRL</p> <p><input type="checkbox"/> VIH 1,2 determinación de anticuerpos (p/tamizaje)</p> <p>Parasitología</p> <p><input type="checkbox"/> Coproparasitoscópico 1 muestra</p> <p><input type="checkbox"/> Coproparasitoscópico seriado 2 muestras</p> <p><input type="checkbox"/> Coproparasitoscópico seriado 3 muestras</p> <p><input type="checkbox"/> Examen general de orina</p> | <p>Química sanguínea</p> <p><input type="checkbox"/> Glucosa</p> <p><input type="checkbox"/> Urea</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinina</p> <p><input type="checkbox"/> Acido úrico</p> <p><input type="checkbox"/> Bilirrubina total</p> <p><input type="checkbox"/> Aspartato transaminasa AST (TGO)</p> <p><input type="checkbox"/> Alanina aminotransferasa ALT (TGP)</p> <p><input type="checkbox"/> Proteínas totales</p> <p><input type="checkbox"/> Albúmina</p> <p><input type="checkbox"/> Globulina</p> <p><input type="checkbox"/> Relación A/G</p> <p><input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalina</p> <p><input type="checkbox"/> Deshidrogenasa láctica DHL</p> <p><input type="checkbox"/> Sodio (Na)</p> <p><input type="checkbox"/> Potasio (K)</p> <p><input type="checkbox"/> Cloro (Cl)</p> <p><input type="checkbox"/> Calcio (Ca)</p> <p>Lípidos</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol total</p> <p><input type="checkbox"/> Triglicéridos</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol alta densidad HDLC</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol baja densidad LDL</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol muy baja densidad VLDL</p> |
|---|---|

Indicaciones al paciente: si no se cumplen, NO podrán realizarse los exámenes.

Horario de 8:00 a 9:30 horas.

Muestras de orina: Aseo previo de la zona genito-urinaria, recolectar en frasco nuevo de plástico de boca ancha, tapadera de rosca, primera orina de la mañana o con un mínimo de tres horas sin haber orinado, tirar el primer chorro de orina, recolectar directo al frasco. En niños colocar bolsa recolectora.

Muestra de heces fecales: Recolectar en frasco limpio chico de plástico, tapadera de rosca, boca ancha, poca cantidad, mantener bien cerrado en lugar frío, si es seriado recolectar en diferente frasco.

Muestra de sangre: Ayuno de 8 horas, en perfil de lípidos 12 horas.

Firma del médico _____ SELPC 1.0



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 19: LIBRETA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA

INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
 "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"
 PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA DEL DÍA: JUEVES 20 DE SEPTIEMBRE DE 2012

Vacaciones a Yare!

SALA 1

| RUJANO | REGISTRO | APELLIDOS Y NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | DIAGNÓSTICO | TRATAMIENTO | A | TELÉFONO |
|--------|----------|--------------------|---------------------|------|-------------|-------------|---|----------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SALA 2

| | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Pomela | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SALA 3

| | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Merce | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SALA 4

| | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Yare! | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SALA 5

| | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Paty | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

QUIRÓFANO GRANDE Y COMODÍN

| | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Morandi | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 20: NOTA DE EVOLUCIÓN

HCD-004-2012

O.P.D. Servicios de Salud Jalisco
Instituto Dermatológico de Jalisco
"Dr. José Barba Rubio"
 Federalismo Norte 3102 Col. Atemajac del Valle, Zapopan Jalisco, México CP 44190. Tel. 30304536

6.2. Nota de evolución

| Datos de identificación de paciente | Fecha y hora |
|--|-------------------------------|
| Expediente _____ | |
| Edad _____ | |
| Derechohabilidad _____ | |
| Número de afiliación _____ | |
| Evolución y actualización del cuadro clínico 6.2.1. | |
| Abuso y dependencia de <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Sustancias psicoactivas | |
| Signos vitales 6.2.2 | |
| Peso kg. _____ | Índice de masa corporal _____ |
| Temperatura C° _____ | Frecuencia cardíaca _____ |
| Pulso _____ | Frecuencia respiratoria _____ |
| Estado nutricional _____ | |
| Tensión arterial _____ | |
| Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento 6.2.3. | |
| Diagnósticos o problemas clínicos 6.2.4. | |
| Pronóstico 6.2.5. | |
| Tratamiento e indicaciones médicas 6.2.6. | |
| Médico tratante | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 21: NOTA INFORMATIVA



Guadalajara Jal



DR. JOSE FERNANDO BARBA GOMEZ
DIRECTOR DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
"DR. JOSE BARBA RUBIO"

ATENCIÓN:

DRA GUADALUPE VILLANUEVA QUINTERO
SUBDIRECTORA DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
"DR. JOSE BARBA RUBIO"
PRESENTE

ASUNTO: NOTA INFORMATIVA

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
50

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 22: RECETA

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----|-----|-----|--|--|--|
|  O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO RECETA |  Salud Seguro Popular | FOLIO 1429044051 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">DÍA</td> <td style="width: 10%;">MES</td> <td style="width: 10%;">AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | DÍA | MES | AÑO | | | |
| DÍA | MES | AÑO | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE LA UNIDAD: INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO "DR. JOSÉ BARBA RUBIO" CLAVE (CLUES): JCSSA007013 DOMICILIO: AV. FEDERALISMO NTE. No. 3102 COL. ATENAJAC DEL VALLE ZAPOCAN, JAL. TEL. 3030-4536 EXT. 204 | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____ AFILIADO AL SEGURO POPULAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OPORTUNIDADES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No. DE EXPEDIENTE: _____ NÚMERO DE AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR: _____ DIAGNÓSTICO (CLAVE CAUSES): _____ | | | | | | | | | |
| CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____ NOMBRE GENÉRICO: _____ PRESENTACIÓN: _____ INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____ NOMBRE GENÉRICO: GOBIERNO DE JALISCO PRESENTACIÓN: PODER EJECUTIVO INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones) | | | | | | | | | |
| CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____ NOMBRE GENÉRICO: GOBIERNO DE JALISCO PRESENTACIÓN: SECRETARÍA DE SALUD INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones) | | | | | | | | | |
| CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ Nombre del médico: _____ SELLO DE LA UNIDAD Cédula profesional: _____ Universidad: _____ Horario de atención: _____ Firma: _____ | | | | | | | | | |

135-046-9581

Original blanco: Farmacia Subrogada



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 25: REGISTRO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
REGISTRO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Nº 0001

FECHA

| | |
|-----|-----|
| | |
| MES | AÑO |

UNIDAD: _____ LOCALIDAD: _____ JURISDICCIÓN: _____

| N° CONTROL | FECHA DE LA CONTRARREFERENCIA | NOMBRE DEL PACIENTE | N° EXPEDIENTE | DOMICILIO DEL PACIENTE | EDAD | SEXO | DIAGNÓSTICO MÉDICO | CODIGO CIE 10 | UNIDAD A LA QUE SE CONTRARREFIERE | NIVEL DE ATENCIÓN | RESPONSABLE DE LA CONTRARREFERENCIA | T.S. QUE CONTRARREFIERE | OBSERVACIÓN |
|------------|-------------------------------|---------------------|---------------|------------------------|------|------|--------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 27: REGISTRO DIARIO DE PACIENTES

GISIRO 2012.ods - OpenOffice.org Calc

Editar Ver Insertar Formato Herramientas Datos Ventana Ayuda

Arial 10 N C S

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I |
|------|--------|-------|----|------|--------|----------|----------|------------|---------------|
| 1 | 2012.. | | | | | | | | |
| 2 | DIA | FECHA | N° | SEXO | NOMBRE | TELEFONO | N° FICHA | EXPEDIENTE | IMSS ISSTE |
| 1401 | agosto | | | | agosto | | | | |
| 1402 | | | | | | | | | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 28: SERVICIOS

| | |
|---|---|
|  Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" |  SECRETARÍA DE SALUD GOBIERNO DE JALISCO |
| <h1>SERVICIOS</h1> | |
| FECHA: _____ | HORA: _____ |
| ELECTROFULGURACION | <input type="checkbox"/> |
| CRIOCIRUGIA | <input type="checkbox"/> |
| ESTUDIO HISTOPATOLOGICO | <input type="checkbox"/> |
| BIOPSIA | <input type="checkbox"/> |
| NOMBRE DEL DOCTOR _____ | |

PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 29: SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO
 INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
 "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"
 Servicio de Dermatopatología
 Solicitud de estudio histopatológico



| | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|
| Fecha | /08/12 | No. de expediente | No. Estudio |
| Nombre del paciente | Apellido paterno | | Apellido materno |
| Edad | Sexo | Ocupación | Nombre(s) |
| SOLICITUD | | | |
| Topografía | DERMATOSIS QUE AFECTA | | |
| Morfología | CONSTITUIDA POR | | |
| Resto de piel y anexos | FOTITPO | | |
| Tiempo de evolución | SI | NO | Números de referencia |
| Estudios previos | | | |
| Tratamientos previos | | | |
| Lugar de la biopsia | | | |
| Tipo de biopsia | SACABOCADO | | |
| Diagnóstico Clínico | | | |
| Servicio de origen | CONSULTORIO | Médico solicitante | Numero muestras |
| Observaciones | | | |
| RESULTADO | | | |
| Descripción microscópica | | | |
| Diagnóstico histopatológico | | | |

Médico responsable del diagnóstico

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 30: SOLICITUD DE ESTUDIO MICOLÓGICO



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO
 INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
 "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"
 CENTRO ESTATAL DE REFERENCIA EN MICOLOGÍA MÉDICA



| | | |
|---------------------|------------------|------------------|
| Fecha | No. Expediente | No. Estudio |
| Nombre del paciente | Apellido paterno | Apellido materno |
| Edad | Sexo | Ocupación |
| Municipio | Estado | |

SOLICITUD DE ESTUDIO MICOLÓGICO

Diagnóstico dermatológico: presuntivo

Topografía

Morfología

Resto de piel y anexos

Evolución

Tratamientos previos

Estudio solicitado

Médico solicitante

Institución

Observaciones

INDICACIONES

****Favor de anexar hoja de referencia y/o resumen clínico****

NOTA: Si existe un proceso bacteriano agregado en la lesión a estudiar, favor de manejar dicho cuadro antes de practicar el estudio micológico.

RECOMENDACIONES: Orientar al paciente para que se presente debidamente aseado el día del estudio, indicarle claramente que un día antes del estudio **"no debe aplicarse nada"**, además deberá suspender todo tipo de tratamiento tópico, por lo menos **una semana antes**. Lo anterior es con el objeto de proporcionar mejor resultado.

****La toma de muestras se realizará únicamente de lunes a viernes de 9:30 a 11:30 de la mañana.****

SEM 1.0

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 31: SOLICITUD DE ESTUDIOS PARACLÍNICOS



O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO
"DR. JOSÉ BARBA RUBIO"
Solicitud de estudios paraclínicos



SEP 1.0

| | | | |
|----------------------|----------------------------------|---|------------------|
| Fecha de solicitud | Fecha prox. consulta | No. Expediente | |
| Nombre del paciente | Nombre(s) | Apellido paterno | Apellido materno |
| Edad | Género | Diagnóstico | |
| Fecha de nacimiento | Servicio solicitante | | |
| Exámenes solicitados | | | |
| Observaciones | Nombre, cedula y firma de médico | Nombre, firma de Trabajadora Social y Sello de la Institución | |



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
60

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P157-I2_002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: AGOSTO 2012

ANEXO 33: TARJETA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA (ANVERSO)

PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA.

FECHA DE CIRUGÍA: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

PRESENTARSE A LAS 8:30 HORAS

CLAVE: _____ NIVEL: _____

ANESTESIA: () LOCAL () GENERAL () SEDACION.

AYUNO: () 8 HORAS () 6 HORAS () DESAYUNADO.

VALORACION CARDIOLOGICA: () SI () NO.

| CANTIDAD | MATERIAL |
|----------|---------------------------------------|
| () | SUTURA DERMALON O NYLON CALIBRE _____ |
| () | SUTURA DE DEXON CALIBRE _____ |
| () | SUTURA ELASTICA ANCHO _____ |
| () | VENDA DE YESO ANCHO _____ |
| () | ESTUDIO HISTOPATOLOGICO |

CURACIONES: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

CURACIONES: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

CURACIONES: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

CURACIONES: _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

CIRUJANO: _____

SALA: _____



Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio."

Av. Federalismo Nte. No. 3102
C.P. 45190 Atemajac del Valle, Zapopan, Jalisco, Mex.
Tel. Directo Cirugia (33) 3861-7255 Ext. 135
Tel. Conmutador (33) 3030-4536, 37, 38

PACIENTE:

REGISTRO:

LIBRETA DE PROGRAMACION DE CIRUGIA.

*DEBERA PORTAR SIEMPRE ESTA TARJETA Y PRESENTARLA EN CIRUGIA.

*EN LA PARTE POSTERIOR SE ENCUENTRA LA PROGRAMACION DE SU CIRUGIA Y LAS FECHAS DE SUS CURACIONES.

*EN LA PARTE INTERNA SE ENCUENTRAN LAS RECOMENDACIONES DE PRE-OPERATORIO FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE SU CONTENIDO.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 33: TARJETA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA (REVERSO)

RECOMENDACIONES DE
PRE-OPERATORIO.

- 1.- No haber tomado por lo menos tres semanas antes de la cirugía, medicamentos que contengan ácido acetil salicílico como: Aspirina, Aspirinita, Mejorales, Mejoralitos, Alkaseltzer, Disprina, Asa, Peptobismol, anticoagulantes, Vitamina "E" y Lecitina de soya.
- 2.- No traer pertenencias de valor, (Cadenas, pulseras, anillos, aretes, dinero, etc.).
- 3.- Presentarse recién bañado.
- 4.- Si tiene el pelo largo deberá traerlo recogido.
- 5.- Presentarse de preferencia con un familiar que lo acompañe, puntualmente a las 8:30 Hrs., al control de quirófanos, **no necesariamente entrará a esa hora, se le da preferencia a niños y personas de la tercera edad por ley, pero su puntualidad nos ayuda para sus trámites y adecuada atención.**
- 6.- En caso de anestesia general, regional o sedación; debe estar en ayuno de 8 Hrs. y presentar los exámenes de Laboratorio o Histopatología a la enfermera de quirófano, (Paciente de más de 40 años de edad, requieren valoración cardiológica).

- 7.- El día de la cirugía, deberá pasar a caja para hacer su pago correspondiente y presentarse con el comprobante a quirófanos y entregar su recibo a la enfermera.
- 8.- En caso de no poder asistir a su cirugía ó encontrarse enfermo, favor de avisar lo antes posible por vía telefónica al (33) 3861-7255, de 9:00 a 14:00 hrs. de Lunes a Viernes con objeto de Programar a otro paciente y no perder el turno de cirugía.
- 9.- Las curaciones serán de Lunes a Viernes de **8:00 a 9:00 Hrs.** frente al consultorio No. 19

ATENTAMENTE:

DR. JULIO M. BARBA GÓMEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA.

DRA. BERTHA A. HUERTA FRANCO
ENCARGADA DE QUIRÓFANOS.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 34: DERMATOSIS A TRATAR CON CRIOCIRUGÍA

- Queratosis actínicas
- Queratosis arsenicales
- Queratosis seborréicas
- Queilitis
- Leucoplasias
- Queloides
- Hemangiomas
- Verrugas virales cutáneas
- Condilomas acuminados
- Tumores de anexos benignos
- Carcinomas basocelulares sólidos menores a 2 cm.
- Carcinoma epidermoide menor de 2 cm.
- Enfermedad de Bowen
- Papulosis bowenoide
- Granulomas en las oricocriptosis
- Acné inflamatorio en combinación con tratamiento sistémico
- Lagos venosos
- Mucocelos
- Larva migrans, como segunda opción de tratamiento
- Molusco contagioso
- Nódulo de los ordeñadores
- Cromomicosis en combinación con tratamiento antimicótico

ANEXO 35: DERMATOSIS A TRATAR CON ELECTROFULGURACIÓN

Lesiones Cutáneas Benignas

- Queratosis seborreicas
- Queratosis actínicas
- Adenomas sebáceos
- telangiectasias
- Nevus epidérmicos
- Rinofima
- Hiperplasia sebácea
- Siringomas
- Tricoepiteliomas
- Verrugas
- Fibromas laxos
- Queratoacantomas
- Angiomas rubí
- Quistes sebáceos
- Quistes mucoides
- Neurofibromas
- Pápula fibrosa nasal

Lesiones Cutáneas Malignas

A pesar de que la electrofulguración no es la primera elección frente a las lesiones cutáneas malignas puede ser utilizada en:
Eliminar carcinomas basocelulares, seguida de curetaje, realizada solamente en lesiones nodulares y menores a 5 milímetros.
Obtención de piezas quirúrgicas para biopsia, con rasurado de lesiones pediculadas y electrofulguración de la base.

ANEXO 36: DERMATOSIS A TRATAR CON PUVATERAPIA

- Psoriasis
- Vitiligo
- Linfoma cutáneo células "T"
- Liquen plano
- Alopecia Areata
- Pitiriasis liquenoide
- Esclerodermia localizada
- Parapsoriasis
- Dermatitis atópica
- Colagenosis perforante
- Prurito por nefropatía