



GOBIERNO DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.

A U T O R I Z A C I Ó N

DOCUMENTÓ: RÚBRICA
CD. CARMEN LUCIA CHÁVEZ VACA
CIRUJANO DENTAL

APROBÓ: RÚBRICA
DRA. D. GUADALUPE VILLANUEVA QUINTERO
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"

AUTORIZÓ: RÚBRICA
DR. JOSÉ FERNANDO BARBA GÓMEZ
DIRECTOR DEL INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"

INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO "DR. JOSÉ BARBA RUBIO"

CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 19 OCTUBRE 2012

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

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

Sello

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

Responsable de la información: Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"
 Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
 23 octubre 2012



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

Objetivo

Disminuir en un 20% la prevalencia de enfermedades bucodentales, con base en los principios de prevención de la salud bucal, a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, protección específica, tratamiento, rehabilitación y control de dichas enfermedades.

Límites del procedimiento:

Alcance

Inicia.- En el momento en el que se acondiciona el consultorio y la recepcionista indica al paciente que espere a que lo llamen.
Termina.- Cuando se le informa al usuario los lugares en los que le pueden realizar el estudio o se le entrega recibo para que le realicen el estudio.

Áreas que intervienen:

Este procedimiento aplica al personal de recepción, caja, trabajo social, subdirector médico y administrador de la red.

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. Todos los pacientes deben considerarse como potencialmente infecciosos sin excepción.
3. Se debe evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra, de paciente a paciente, del profesional de la salud al
4. Se debe capacitar al personal en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar, así como contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio odontológico.
5. La atención a las necesidades de salud bucal se debe orientar con base a la prevención.
6. Los pacientes de primera vez se deben atender con ficha de consulta de 8:00 a 10:00 am, los pacientes citados se deben atender durante el resto de la jornada laboral.
7. Cuando los pacientes subsecuentes citados lleguen sin ficha se deben enviar a caja con una clave específica y se les debe realizar el procedimiento.
8. Operatoria se debe realizar de lunes a jueves a partir de las 10:00 am.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

Políticas

9. Detartrajes, profilaxis y aplicación de flúor se debe realizar de lunes a viernes con citas programadas. Solo en caso de pacientes foráneos se deben realizar el día que el paciente acuda al Instituto.
10. Extracciones y biopsias se deben realizar jueves y viernes.

Definiciones

Atención médica: Es el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

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.

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 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>Odontólogo</td> <td>Acondiciona y abastece el consultorio del material necesario a utilizar, realiza el acomodo de la ropa de lavandería recibida, coloque campos en charola para el instrumental, saque instrumental del esterilizador o autoclave y acomódelo en charolas, abre programa de consulta odontológica, verifica la existencia y orden de los expedientes clínicos asignados al día de consulta, orden que deberá llevarse para realizar la consulta.</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	Odontólogo	Acondiciona y abastece el consultorio del material necesario a utilizar, realiza el acomodo de la ropa de lavandería recibida, coloque campos en charola para el instrumental, saque instrumental del esterilizador o autoclave y acomódelo en charolas, abre programa de consulta odontológica, verifica la existencia y orden de los expedientes clínicos asignados al día de consulta, orden que deberá llevarse para realizar la consulta.	Recepcionista	Indica al paciente que espere a que lo llamen del consultorio en el que lo atenderán. Aplica siguiente actividad.
		¿Personal?	Entonces					
Odontólogo	Acondiciona y abastece el consultorio del material necesario a utilizar, realiza el acomodo de la ropa de lavandería recibida, coloque campos en charola para el instrumental, saque instrumental del esterilizador o autoclave y acomódelo en charolas, abre programa de consulta odontológica, verifica la existencia y orden de los expedientes clínicos asignados al día de consulta, orden que deberá llevarse para realizar la consulta.							
Recepcionista	Indica al paciente que espere a que lo llamen del consultorio en el que lo atenderán. Aplica siguiente actividad.							
2.	Odontólogo	Ingresa al paciente por orden de registro, en caso de traer familiar o tutor legal, también ingrésalo, saluda al paciente y familiares o tutores según proceda, ubícalos en el consultorio, preséntate, solicita su nombre y nivel de escolaridad.						
3.	Odontólogo	Determina si se trata de un paciente nuevo:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Nuevo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Realiza el procedimiento programado para el seguimiento del tratamiento del paciente, llena “registro diario de pacientes”, y “nota clínica” en la “historia clínica”, llena “solicitud de pago del servicio”, entrégalo al paciente e indícale pasar a caja a cubrir la cuota de recuperación y al concluir regresar al consultorio a entregar el recibo. Aplica actividad 6. Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud de pago del servicio, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le autoricen (de proceder) la solicitud. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>Solicita a los pacientes de primera vez recibo único de la cuota de recuperación o comprobante de exento, toma los datos y anótalos en el “registro diario de pacientes”, realiza exploración de cavidad oral (mucosa oral y piezas dentarias), elabora “historia clínica”, realiza diagnóstico, plan de tratamiento, nota médica, revisa y anota los datos de somatometría y signos vitales del paciente. Aplica actividad 8.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Nuevo?	Entonces	No	Realiza el procedimiento programado para el seguimiento del tratamiento del paciente, llena “registro diario de pacientes”, y “nota clínica” en la “historia clínica”, llena “solicitud de pago del servicio”, entrégalo al paciente e indícale pasar a caja a cubrir la cuota de recuperación y al concluir regresar al consultorio a entregar el recibo. Aplica actividad 6. Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud de pago del servicio, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le autoricen (de proceder) la solicitud. Aplica siguiente actividad.	Sí	Solicita a los pacientes de primera vez recibo único de la cuota de recuperación o comprobante de exento, toma los datos y anótalos en el “registro diario de pacientes”, realiza exploración de cavidad oral (mucosa oral y piezas dentarias), elabora “historia clínica”, realiza diagnóstico, plan de tratamiento, nota médica, revisa y anota los datos de somatometría y signos vitales del paciente. Aplica actividad 8.
		¿Nuevo?	Entonces					
No	Realiza el procedimiento programado para el seguimiento del tratamiento del paciente, llena “registro diario de pacientes”, y “nota clínica” en la “historia clínica”, llena “solicitud de pago del servicio”, entrégalo al paciente e indícale pasar a caja a cubrir la cuota de recuperación y al concluir regresar al consultorio a entregar el recibo. Aplica actividad 6. Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud de pago del servicio, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le autoricen (de proceder) la solicitud. Aplica siguiente actividad.							
Sí	Solicita a los pacientes de primera vez recibo único de la cuota de recuperación o comprobante de exento, toma los datos y anótalos en el “registro diario de pacientes”, realiza exploración de cavidad oral (mucosa oral y piezas dentarias), elabora “historia clínica”, realiza diagnóstico, plan de tratamiento, nota médica, revisa y anota los datos de somatometría y signos vitales del paciente. Aplica actividad 8.							
4.	Gestor del Seguro Popular o Encargado del MAO	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, autoriza la solicitud e indica a la recepcionista extender el recibo al usuario.						
5.	Recepcionista	Extiende “recibo único de cuotas de recuperación”, entrega al usuario el recibo.						



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página 4

Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD												
6.	Usuario	Recaba el recibo y lo entrega al odontólogo.												
7.	Odontólogo	Recaba el recibo de cuotas o comprobante de exento, captúralo en el “registro diario de pacientes”, programa nueva cita en “agenda”, en caso de que sea necesario.												
8.	Odontólogo	Determina si se requiere que el paciente acuda a algún otro servicio: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 25%;">¿Se requiere?</th> <th style="width: 75%;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td style="color: red;">Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td style="color: red;">Aplica actividad 10.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se requiere?	Entonces	Sí	Aplica siguiente actividad.	No	Aplica actividad 10.						
¿Se requiere?	Entonces													
Sí	Aplica siguiente actividad.													
No	Aplica actividad 10.													
9.	Odontólogo	Determina si el paciente requiere acudir a alguno de los siguientes servicios: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #d9ead3;"> <th style="width: 25%;">¿Servicio?</th> <th style="width: 75%;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Laboratorio</td> <td>Llena “Solicitud de estudios paraclínicos”, regístralo en el “historia clínica”, entrega la solicitud al paciente e infórmale que debe acudir al día siguiente hábil a caja a cubrir la cuota de recuperación para posteriormente pasar al laboratorio a que le realicen los estudios y cuando tenga los resultados, regrese al consultorio. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Radiografía</td> <td>Llena “solicitud estudios paraclínicos”, especificando la “<i>solicitud de estudio radiológico</i>” que se requiere, regístralo en el “historia clínica”, entrega la solicitud al paciente e infórmale al paciente que debe acudir a un laboratorio privado, firma la solicitud, séllala, entrégala al paciente e infórmale que le harán un descuento en los laboratorios con convenio. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Consulta Dermatológica</td> <td>Informa al paciente que será revisado por el especialista en consulta dermatológica, llena “hoja de solicitud de interconsulta”, entrégala al paciente e infórmale que saque ficha en caja el día hábil siguiente para ser atendido. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">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 siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ninguno</td> <td style="color: red;">Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: En todos los casos que se requiera un servicio, señala al paciente que se necesita cubrir la cuota de recuperación.</p>	¿Servicio?	Entonces	Laboratorio	Llena “ Solicitud de estudios paraclínicos ”, regístralo en el “ historia clínica ”, entrega la solicitud al paciente e infórmale que debe acudir al día siguiente hábil a caja a cubrir la cuota de recuperación para posteriormente pasar al laboratorio a que le realicen los estudios y cuando tenga los resultados, regrese al consultorio. Aplica siguiente actividad.	Radiografía	Llena “ solicitud estudios paraclínicos ”, especificando la “ <i>solicitud de estudio radiológico</i> ” que se requiere, regístralo en el “ historia clínica ”, entrega la solicitud al paciente e infórmale al paciente que debe acudir a un laboratorio privado, firma la solicitud, séllala, entrégala al paciente e infórmale que le harán un descuento en los laboratorios con convenio. Aplica siguiente actividad.	Consulta Dermatológica	Informa al paciente que será revisado por el especialista en consulta dermatológica, llena “ hoja de solicitud de interconsulta ”, entrégala al paciente e infórmale que saque ficha en caja el día hábil siguiente para ser atendido. Aplica siguiente actividad.	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 siguiente actividad.	Ninguno	Aplica siguiente actividad.
¿Servicio?	Entonces													
Laboratorio	Llena “ Solicitud de estudios paraclínicos ”, regístralo en el “ historia clínica ”, entrega la solicitud al paciente e infórmale que debe acudir al día siguiente hábil a caja a cubrir la cuota de recuperación para posteriormente pasar al laboratorio a que le realicen los estudios y cuando tenga los resultados, regrese al consultorio. Aplica siguiente actividad.													
Radiografía	Llena “ solicitud estudios paraclínicos ”, especificando la “ <i>solicitud de estudio radiológico</i> ” que se requiere, regístralo en el “ historia clínica ”, entrega la solicitud al paciente e infórmale al paciente que debe acudir a un laboratorio privado, firma la solicitud, séllala, entrégala al paciente e infórmale que le harán un descuento en los laboratorios con convenio. Aplica siguiente actividad.													
Consulta Dermatológica	Informa al paciente que será revisado por el especialista en consulta dermatológica, llena “ hoja de solicitud de interconsulta ”, entrégala al paciente e infórmale que saque ficha en caja el día hábil siguiente para ser atendido. Aplica siguiente actividad.													
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 siguiente actividad.													
Ninguno	Aplica siguiente actividad.													



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

Instituto Dermatológico de Jalisco “Dr. José Barba Rubio”



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
10.	Odontólogo	Determina si el paciente requiere de un tratamiento técnico especializado:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tratamiento?</th> <th>Acción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Prepara el material e instrumental, inicia tratamiento, previa anestesia si lo requiere, efectúa el tratamiento de acuerdo a la técnica especializada (ve protocolos médicos), llena “registro diario de pacientes”, y “nota clínica” en el “historia clínica”, llena “solicitud de pago del servicio”, entrégalo al paciente e indícale pasar a caja a cubrir la cuota de recuperación y al concluir regresar al consultorio a entregar el recibo. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tratamiento?	Acción	Sí	Prepara el material e instrumental, inicia tratamiento, previa anestesia si lo requiere, efectúa el tratamiento de acuerdo a la técnica especializada (ve protocolos médicos), llena “ registro diario de pacientes ”, y “nota clínica” en el “ historia clínica ”, llena “ solicitud de pago del servicio ”, entrégalo al paciente e indícale pasar a caja a cubrir la cuota de recuperación y al concluir regresar al consultorio a entregar el recibo. Aplica siguiente actividad.	No	Aplica siguiente actividad.
		¿Tratamiento?	Acción					
Sí	Prepara el material e instrumental, inicia tratamiento, previa anestesia si lo requiere, efectúa el tratamiento de acuerdo a la técnica especializada (ve protocolos médicos), llena “ registro diario de pacientes ”, y “nota clínica” en el “ historia clínica ”, llena “ solicitud de pago del servicio ”, entrégalo al paciente e indícale pasar a caja a cubrir la cuota de recuperación y al concluir regresar al consultorio a entregar el recibo. Aplica siguiente actividad.							
No	Aplica siguiente actividad.							
<p>Nota: Si el usuario está afiliado al seguro popular, llena “solicitud de estudios paraclínicos”, en lugar de solicitud de pago del servicio, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le autoricen (de proceder) la solicitud. Aplica actividad 18.</p>								
11.	Usuario	Recaba el recibo y lo entrega al odontólogo.						
12.	Odontólogo	Recaba el recibo de cuotas o comprobante de exento, captúralo en el “ registro diario de pacientes ”, programa nueva cita en “ agenda ”, en caso de que sea necesario.						
13.	Odontólogo	Otorga “ receta ” al paciente, anotando los medicamentos y las instrucciones para su autocuidado, indica al paciente en detalle el uso adecuado y el consumo necesario de los medicamentos de su receta. Firma “ receta ”.						
14.	Odontólogo	Informa al paciente su enfermedad y estado de salud de la boca. Aclara todas las dudas y menciona los cuidados que debe tener el paciente.						
15.	Odontólogo	Otorga citas subsecuentes al paciente, si se requieren, anótalo en la “ libreta de programación de estomatología ”.						
		<p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el usuario está afiliado al seguro popular y le otorgaste receta médica, indícale que acuda al módulo del seguro popular para que le sellen la receta. Aplica actividad 18. • 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 18. • En caso de haber solicitado estudios y éstos se realicen fuera del Instituto, indícale al usuario que al finalizar la consulta acuda a trabajo social. Aplica actividad 21. 						



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD										
16.	Odontólogo	Lava el instrumental con suficiente agua y jabón, introdúcelo en solución esterilizante y esterilízalo en el autoclave de acuerdo a las especificaciones técnicas, sácalo e identifícalo como esterilizado.										
17.	Odontólogo	Realiza revisión de expedientes físicos de cada paciente, verifica notas clínicas, en “historia clínica” , fírmalas, elabora “solicitud de expedientes para archivo” , entrega a archivo clínico, al final de la jornada, expedientes clínicos y solicitud. Cierra registro al terminar la consulta, apaga unidades dentales, amalgamador, computadora.										
18.	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 o 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 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 21.</td> </tr> <tr> <td>Biopsia o Citología</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 CAUSES o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así autoriza la solicitud e indica a la recepcionista extender el recibo. Aplica actividad 20.</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 esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), de ser así regresa receta al usuario, deriva 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 Estomatología.</td> </tr> <tr> <td>Tratamiento de Dental</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 CAUSES o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así, autoriza la solicitud e indica a la recepcionista extender el recibo. Aplica actividad 20.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Servicio?	Entonces	Estudios de Laboratorio o 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 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 21.	Biopsia o Citología	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 CAUSES o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así autoriza la solicitud e indica a la recepcionista extender el recibo. Aplica actividad 20.	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 esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), de ser así regresa receta al usuario, deriva 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 Estomatología.	Tratamiento de Dental	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 CAUSES o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así, autoriza la solicitud e indica a la recepcionista extender el recibo. Aplica actividad 20.
¿Servicio?	Entonces											
Estudios de Laboratorio o 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 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 21.											
Biopsia o Citología	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 CAUSES o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así autoriza la solicitud e indica a la recepcionista extender el recibo. Aplica actividad 20.											
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 esté contemplado en el catálogo universal de servicios de salud (CAUSES), de ser así regresa receta al usuario, deriva 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 Estomatología.											
Tratamiento de Dental	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 CAUSES o en el acuerdo de gestión vigente, de ser así, autoriza la solicitud e indica a la recepcionista extender el recibo. Aplica actividad 20.											



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
19.	Gestor del Seguro Popular o Encargado del MAO	<p>Determina si los estudios se realizan dentro del IDJ:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Dentro?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Autoriza la póliza e indica a la recepcionista capturar los datos del paciente. 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 y copia de su póliza. Fin del Procedimiento para Estomatología.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Dentro?	Entonces	Sí	Autoriza la póliza e indica a la recepcionista capturar los datos del paciente. 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 y copia de su póliza. Fin del Procedimiento para Estomatología.
¿Dentro?	Entonces							
Sí	Autoriza la póliza e indica a la recepcionista capturar los datos del paciente. 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 y copia de su póliza. Fin del Procedimiento para Estomatología.							
20.	Recepcionista	<p>Extiende “recibo único de cuotas de recuperación”, entrega al usuario la solicitud y el recibo y le indicas que acuda al área correspondiente en los horarios establecidos para la realización del evento.</p> <p>Fin del Procedimiento para Estomatología.</p> <p>Nota: Cuando se trate de un tratamiento odontológico, Aplica actividad 11.</p>						
21.	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 para Estomatología.</p>						

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS	
Asesorado por:	Lic. Claudia Judith González Ochoa
PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN	



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 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 Historia clínica
	Anexo 04 Hoja de solicitud de interconsulta
	Anexo 05 Libreta de programación de estomatología
	Anexo 06 Receta
	Anexo 07 Recibo único de cuotas de recuperación
	Anexo 08 Registro diario de pacientes
	Anexo 09 Solicitud de estudios paraclínicos
	Anexo 10 Solicitud de expedientes para archivo
	Anexo 11 Solicitud de pago del servicio



ANEXOS

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
10

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 02: AGENDA

Jueves, 09 de Agosto de 2012 - Sunbird

Edit View Go Tools Help

New Task Edit Delete Today Find Events

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	Event 1	Event 2	Event 3
07:00 a.m.			
08:00 a.m.			
09:00 a.m.	MONROY CORTES MARIA GUADALUPE- 0010069706- P.B. LEUCOPLAQUIA Y PROBLABE ABESOS PERIODONTAL. DRA. CHAVEZ	DR. X XXXX SOTO JIMENEZ RAMON EXP. 1110821419 REVISION RX. LIMPIEZA	AGILAR NAZARTE 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. 1205846574 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.			

Inicio Jueves, 09 de Agosto de 2012 10:24



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página 12

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 03: HISTORIA CLÍNICA (ANVERSO)

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA HISTORIA CLÍNICA		FECHA: _____ día _____ mes _____ año																																																																																							
UNIDAD:	No. DE EXPEDIENTE: _____																																																																																								
NOMBRE: _____ DERECHOABENCIA: IMSS <input type="checkbox"/> SEGURO PRIVADO <input type="checkbox"/> ISSTE <input type="checkbox"/> SEGURO POPULAR <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> SECMAR <input type="checkbox"/>																																																																																									
DATOS DEL PACIENTE Género: _____ Nombre (E): _____ Edad: _____ Teléfono: _____ Domicilio: _____ Escuela: _____																																																																																									
ANTECEDENTES MÉDICOS 1.- ¿Esta bajo tratamiento médico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 2.- ¿Es usted alérgico a la penicilina u otro medicamento? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 3.- ¿Ha tenido alguna vez hemorragia excesiva que requirió de tratamiento especial? 4.- ¿Sufre frecuentemente dolor de dientes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 5.- ¿Lo han anestesiado anteriormente en la boca? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 6.- ¿Ha tenido complicaciones con la anestesia local? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 7.- ¿Padece de convulsiones? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 8.- ¿Fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 9.- ¿Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades? Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Afección renal <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos <input type="checkbox"/> 10.- ¿Ha presentado o presenta algún problema de la Articulación Temporomandibular? 11.- ¿Cuál es el motivo de la consulta o padecimiento actual? _____																																																																																									
ANTECEDENTES FAMILIARES Alguno miembro de su familia ha padecido o padece de: Diabetes SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____ Hipertensión Arterial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____ Problemas Cardíacos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____ Cáncer SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____																																																																																									
ESTOMATOLÓGICO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2">TEMPORALES</td> <td>COÓLICO TOTAL</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>RODIO</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">PERMANENTES</td> <td>COÓLICO TOTAL</td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>RODIO</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">FLUOROSIS</td> <td>COÓLICO TOTAL</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>RODIO</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			TEMPORALES	COÓLICO TOTAL	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	RODIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERMANENTES	COÓLICO TOTAL	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	RODIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FLUOROSIS	COÓLICO TOTAL	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38	RODIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEMPORALES	COÓLICO TOTAL	18		17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																							
	RODIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																								
PERMANENTES	COÓLICO TOTAL	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																														
	RODIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																														
FLUOROSIS	COÓLICO TOTAL	71	72	73	74	75	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																											
	RODIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																											
EXAMEN CLÍNICO 0. NORMAL 1. DUDOSO, CUESTIONABLE 2. MUY LEVE 3. LEVE 4. MODERADO 5. SEVERO X. EXLUÍDO PLACA BACTERIANA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MOVILIDAD DENTAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PISO DE LA BOCA NORMAL ANORMAL <input type="checkbox"/> SARRO SUPRAGINGIVAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> BOLSAS PERIODONTALES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MEJILLAS <input type="checkbox"/> SARRO INFRAGINGIVAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ABCESO PERIODONTAL SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PALADAR DURO <input type="checkbox"/> GINGIVITIS SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REAVSORCIÓN ÓSEA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> LENGÜA <input type="checkbox"/>																																																																																									



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 03: HISTORIA CLÍNICA (REVERSO)

DIAGNÓSTICO:		MANIFIESTO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS ANTERIORMENTE SON VERDADEROS, Y QUE ESTOY DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO DENTAL _____ NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE DEL NIÑO _____ NOMBRE Y FIRMA DEL ODONTÓLOGO NOTA: Este documento cumple con los requerimientos establecidos por la NOM-013-SSA2-1994 (6 de enero 1995) Para la prevención y control de enfermedades bucales
PLAN DE TRATAMIENTO:		
PRONÓSTICO:		
NOTAS DE EVOLUCIÓN E INDICACIONES ODONTOLÓGICAS		
FECHAS Y SIGNOS VITALES	ANOTACIONES	EJECUTÓ SUPERVISÓ



DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 04: HOJA DE SOLICITUD DE INTERCONSULTA

 <p>O.P.D. Servicios de Salud Jalisco Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio" Federalismo Norte 3102 Col. Altamiraj del Valle, Zapopan Jalisco, México CP 44190 Tel. 30004536</p>		 <p>SE-401-2012</p>	
Hoja de solicitud de interconsulta			
Datos de identificación de paciente			
CURP	Expediente	Fecha y hora	
Nombre	Edad	Sexo	
Apellido paterno	Derechohabencia		
Apellido materno	Número de afiliación		
Médico solicitante	Consultorio de origen		
Servicio de origen			
Servicio de destino			
Peso kg.	Talla/Longitud Cm.	Signos vitales: 7.1.2	
Temperatura °C	Pulso	Índice de masa corporal	Estado nutricional
	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria	Tensión arterial
		Diagnóstico presuntivo clínico y/o definitivo de envío	
Topografía			
Morfología			
Tratamientos previos			
Estudios de gabinete			
Diagnóstico histopatológico y número de biopsia(s)			
Motivo de interconsulta			
Médico solicitante			



SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 05: LIBRETA DE PROGRAMACIÓN DE ESTOMATOLOGÍA

Calendar View: Thursday 9 Aug. CW: 32 Day Week Multweek Month

Time	Appointment
07:00 a.m.	
08:00 a.m.	
09:00 a.m.	MONROY CORTES MARIA GUADALUPE 0010069706- P.B. LEUCOPLACIA Y PROBLABE ACCESO PERIODONTAL. DRA. CHAVEZ
10:00 a.m.	PR DE CANDIDOS. DRA. CHAVEZ
11:00 a.m.	DR. GOMEZ LAZO YELA MARIA GUADALUPE EIP: 120684574 OSTURACIONES
12:00 p.m.	
01:00 p.m.	
02:00 p.m.	
03:00 p.m.	
04:00 p.m.	
05:00 p.m.	

Tasks List:

- Show completed Tasks
- Title



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 06: RECETA

 O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO RECETA	 Salud Seguro Popular	FOLIO 1429044051	DIA _____ MES _____ AÑO _____
NOMBRE DE LA UNIDAD: INSTITUTO DERMATOLÓGICO DE JALISCO "DR. JOSÉ BARBA RUBIO" CLAVE (CLUES): JCSSA007013 DOMICILIO: AV. FEDERALISMO NTE. No. 3192 COL. ATENAJAC DEL VALLE ZARAGOZA, JAL. TEL. 3000-4536 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 GÉNÉRICO: _____ PRESENTACIÓN: _____ INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
			
CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____ NOMBRE GÉNÉRICO: _____ PRESENTACIÓN: _____ INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____			
CLAVE: _____ CANTIDAD CON LETRA: _____ NOMBRE GÉNÉRICO: GOBIERNO DE JALISCO PRESENTACIÓN: PODER EJECUTIVO INDICACIONES: (Dosis, Vía de administración, Frecuencia, Tiempo de duración del tratamiento y Recomendaciones)			
CANTIDAD RECIBIDA: _____ FIRMA DEL PACIENTE: _____ Nombre del médico: _____ Cédula profesional: _____ Universidad: _____ Horario de atención: _____			
SELO DE LA UNIDAD SECRETARÍA DE SALUD			135-046-9581
Original blanco: Farmacia Subrogada			



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
 FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
 FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 07: RECIBO ÚNICO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN

Organismo Público Descentralizado
"Servicios de Salud Jalisco"
Recibo Único de Cuotas de Recuperación
 Dr. Saenz Alzaga No. 107, Zona Centro,
 C.P. 44100, Guadalajara, Jalisco

Folio **000 000 000**
 Debito de Expediente:

Fecha: ___/___/___
 Turno: ___ Hora: ___
 Cve. Unidad: ___

Unidad	_____	
Municipio	_____	
ID Cuota	No. Expediente	_____
Pagador	R.F.C. _____	
Operador	_____	

Condición de Pago			
Evaluación Socioeconómica	Exención	Ortodoxia	Concepto
No. S. S. S. _____	<input type="radio"/> Por Salario Socioeconómico <input type="radio"/> Por Dirección	_____	_____
Nombre de Autorizador _____	_____	_____	_____
Clave _____	Concepto _____	Costo _____	Subsidio _____
Totales \$		_____	_____

Nombre y Firma del Representante de recibir la cuota

Datos de la Imprenta



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 08: REGISTRO DIARIO DE PACIENTES

DIA	FECHA	N°	SEXO	NOMBRE	TELEFONO	N° FICHA	EXPEDIENTE
josto							
				agosto			



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
19

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002

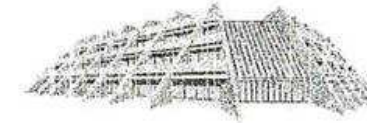
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 09: 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
20

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"



PROCEDIMIENTO PARA ESTOMATOLOGÍA.



CÓDIGO: DOM-P165-I2-002
FECHA DE EMISIÓN: ENERO 2005
FECHA DE ACTUALIZACIÓN: OCTUBRE 2012

ANEXO 09: SOLICITUD DE ESTUDIOS PARACLÍNICOS (SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOLÓGICO)



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
Edad	Género	Diagnóstico	Apellido materno
Fecha de nacimiento	Servicio solicitante		
Exámenes solicitados			
Radiografía Panorámica (Se envía a Dentometric, donde se tiene Convenio)			
Observaciones	Nombre, cedula y firma de médico	Nombre, firma de Trabajadora Social y Sello de la Institución	



SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA



ANEXO 11: SOLICITUD DE PAGO DEL SERVICIO

Códigos de Pago

031-02 Amalgama

031-03 Resina

031-04 Exodoncia Simple

031-30 Detartraje

38-00 Extracción Niños

SELLO



DOCUMENTO DE REFERENCIA

