

**GOBIERNO  
DE JALISCO**

**SECRETARÍA DE SALUD**

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS

## AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ: RÚBRICA  
LIC. ANA CECILIA VELÁZQUEZ CONCHAS.  
PSICÓLOGA CLÍNICA

Vo. Bo.: RÚBRICA RÚBRICA  
LIC. MYRTA FAVIOLA DÍAZ CASTRO DRA. MARÍA XÓCHITL GONZÁLEZ DELGADO  
COORDINADORA DE PSICOLOGÍA JEFA DE CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD  
INTEGRAL ESTANCIA BREVE

APROBÓ: RÚBRICA  
DR. EDUARDO VALLE OCHOA  
DIRECTOR DEL CENTRO DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL ESTANCIA BREVE

AUTORIZÓ: RÚBRICA  
DR. DANIEL OJEDA TORRES  
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL

CÓDIGO: DOM P341 - I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
No./FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE 2009  
FECHA DE AUTORIZACIÓN: 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2009  
COPIA No.: \_\_\_\_\_

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Sello  | <b>DOCUMENTO DE REFERENCIA</b> |
| 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: Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve  
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos  
Fecha de Publicación 25 enero 2016

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

## Objetivo

Brindar atención inmediata ante situaciones de crisis de pacientes que se presentan en la unidad

## Alcance

**Límites el procedimiento:** Desde que solicita atención inmediata hasta la derivación del área correspondiente.

**Áreas que intervienen:** Psicología, Trabajo Social y Archivo.

## 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. Se deberá utilizar el sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes para la derivación oportuna a otros niveles de atención.
3. Se deberá de contestar de manera inmediata por quien valore el caso la hoja de referencia que llegue esta institución, y enviar a trabajo social para continuar con el procedimiento de referencia y contrarreferencia.
4. Todo paciente que acuda al servicio de psiquiatría en consulta externa se debe derivar al departamento de psicología para evaluación y tratamiento psicoterapéutico.

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
2

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

## Definiciones

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

**Consulta externa de primera vez** Proceso inicial de diagnóstico y tratamiento del padecimiento mental de primera vez.

**Consulta externa subsecuente** Procedimiento de revaloraciones Psiquiátricas y Psicológicas programadas mediante cita con el objetivo de manejar el tratamiento adecuado y llegar a la estabilización del padecimiento y la funcionalidad del paciente.

**Paciente psiquiátrico** Toda aquella persona que requiera y obtenga servicios de atención médico-psiquiátrica por enfermedad mental.

**Paciente** Beneficiario directo de la atención médica.

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
3

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

| No. ACT   | RESPONSABLE                           | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|---|---------------------------------------|--|------------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------|-------------------|----------------------------|---|-----------------------------|--|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| 1.  | Psicología de Intervención en Crisis. | Recibe y tiende al paciente/familiar, valora su situación emocional y psicológica  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
| 2.  | Psicología de Intervención en Crisis. | Notifique al paciente/familiar su impresión diagnóstica y su posible tratamiento.  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
| 3.  | Psicología de Intervención en Crisis. | Determina el área o institución a la que deriva al paciente para iniciar el tratamiento, de acuerdo a la siguiente tabla   |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Área a la que se envía?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencias</td> <td><b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>Cita a Psicología</td> <td><b>Aplica actividad 9.</b></td> </tr> <tr> <td>Consulta externa de primera vez en Psiquiatría.</td> <td><b>Aplica actividad 12.</b></td> </tr> <tr> <td>Consulta externa subsecuente a Psiquiatría</td> <td><b>Aplica actividad 14.</b></td> </tr> <tr> <td>Otra institución.</td> <td><b>Aplica actividad 15.</b></td> </tr> <tr> <td>Aviso a ministerio público por violencia intrafamiliar.</td> <td><b>Aplica actividad 16.</b></td> </tr> </tbody> </table> | ¿Área a la que se envía?           | Entonces. | Urgencias | <b>Aplica actividad siguiente.</b> | Cita a Psicología | <b>Aplica actividad 9.</b> | Consulta externa de primera vez en Psiquiatría. | <b>Aplica actividad 12.</b> | Consulta externa subsecuente a Psiquiatría | <b>Aplica actividad 14.</b> | Otra institución. | <b>Aplica actividad 15.</b> | Aviso a ministerio público por violencia intrafamiliar. | <b>Aplica actividad 16.</b> |
|   |                                       | ¿Área a la que se envía?   | Entonces.                          |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       | Urgencias  | <b>Aplica actividad siguiente.</b> |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       | Cita a Psicología  | <b>Aplica actividad 9.</b>         |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       | Consulta externa de primera vez en Psiquiatría.  | <b>Aplica actividad 12.</b>        |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       | Consulta externa subsecuente a Psiquiatría   | <b>Aplica actividad 14.</b>        |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
| Otra institución.                                       | <b>Aplica actividad 15.</b>           |  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
| Aviso a ministerio público por violencia intrafamiliar. | <b>Aplica actividad 16.</b>           |  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       |  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       |  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       |  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
|   |                                       |  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
| 4.  | Psicología de Intervención en Crisis. | <p>Derive al paciente/familiar a caja para realizar el pago, notifique al médico de urgencias la problemática que presenta el paciente.</p> <p><b>Nota:</b><br/>Si el paciente manifiesta no poder pagar, canalice al mismo a trabajo social para valoración socioeconómica y que posteriormente pase a caja. <b>Aplica procedimiento de Apoyos Económicos</b></p>   |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |
| 5.  | Psicología de Intervención en Crisis  | Elabore el “ <b>formato de intervención en crisis</b> ” y lo entrega al médico de urgencias  |                                    |           |           |                                    |                   |                            |   |                             |  |                             |                   |                             |   |                             |

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

| No. ACT | RESPONSABLE  | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD   |                             |           |    |                                    |    |  |
|---------|--|---|-----------------------------|-----------|----|------------------------------------|----|--|
| 6.      | Psicología de Intervención en Crisis.  | Acompaña al paciente al archivo para que se le abra o se busque el expediente clínico.<br><b>Nota:</b><br>Esté al pendiente del paciente para que no abandone el CAISAME Breve  |                             |           |    |                                    |    |  |
| 7.      | Archivo.   | Toma datos del paciente de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico para abrir el expediente o si ya tiene un expediente clínico pedir el nombre del paciente o pedir su tarjetón de citas para buscarlo en la base de datos de archivo y entregar el expediente clínico al área de urgencias.                                |                             |           |    |                                    |    |  |
| 8.      | Psicología de Intervención en Crisis.  | Acompaña al paciente a urgencias después de haber realizado sus trámites administrativos y lo entrega al médico de urgencias. <b>Aplica procedimiento de de urgencias.</b><br><b>Fin de Procedimiento</b>   |                             |           |    |                                    |    |  |
| 9.      | Paciente.  | Acude al área citas para agendar una cita de acuerdo a su clínica (Suicidio, Depresión, Ansiedad, Psicogeriatría, Clínica de niños y adolescentes).   |                             |           |    |                                    |    |  |
| 10.     | Área de citas  | Reciba solicitud y programa cita en la clínica de acuerdo a la necesidad del paciente.<br><b>Fin de Procedimiento</b>   |                             |           |    |                                    |    |  |
| 11.     | Psicología de Intervención en Crisis.  | Determine si hay fichas de primera vez  |                             |           |    |                                    |    |  |
|         |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hay fichas de primera vez?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indica al paciente que debe acudir a consulta externa para que se le de ficha.<br/><b>Fin de procedimiento.</b></td> </tr> </tbody> </table> | ¿Hay fichas de primera vez? | Entonces. | Si | <b>Aplica actividad siguiente.</b> | No | Indica al paciente que debe acudir a consulta externa para que se le de ficha.<br><b>Fin de procedimiento.</b> |
|         |  | ¿Hay fichas de primera vez?   | Entonces.                   |           |    |                                    |    |  |
| Si      | <b>Aplica actividad siguiente.</b>   |   |                             |           |    |                                    |    |  |
| No      | Indica al paciente que debe acudir a consulta externa para que se le de ficha.<br><b>Fin de procedimiento.</b> |   |                             |           |    |                                    |    |  |
|         |  |   |                             |           |    |                                    |    |  |
| 12.     | Psicología de Intervención en Crisis.  | Acompaña al paciente al archivo para la realización del expediente clínico.   |                             |           |    |                                    |    |  |
| 13.     | Archivo.   | Toma datos personales del paciente de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico abra expediente clínico o si el paciente ya cuenta con el expediente clínico sáquelo y lleve el expediente clínico a consulta de primera vez de psiquiatría, asigna consultorio al paciente.<br><b>Fin de Procedimiento</b>                    |                             |           |    |                                    |    |  |

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

| No. ACT | RESPONSABLE                           | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD  |
|---------|---------------------------------------|--|
| 14.     | Área de citas                         | Programa cita subsecuente con medico adscrito en psiquiatría de acuerdo a la clínica requerida (Ansiedad, Suicidio, Depresión, Paidopsiquiatría, Geriatría, Trastorno de la alimentación).<br><b>Fin de Procedimiento.</b>   |
| 15.     | Psicología de Intervención en Crisis. | Proporciona datos de la institución (Domicilio, Horarios de atención Teléfonos), al paciente.<br><b>Fin de Procedimiento.</b>  |
| 16.     | Psicología de Intervención en Crisis. | Entrega formato de Aviso al Ministerio Publico a Trabajo Social para que le asigne numero de folio e invite al paciente (a) si es violentado (a) al taller de violencia familiar y realiza nota en el expediente anota en la hoja diaria y en la base de datos de la computadora (Acceso directo a movimiento hospitalario reciente/Violencia familiar.) |
| 17.     | Trabajo Social                        | Reciba notificación asigna folio al aviso de ministerio publico registra el folio el la base de datos de acceso directo a movimiento hospitalario reciente/violencia familiar. Regresa notificación de aviso al Ministerio Público a Psicología de Intervención en Crisis.   |
| 18.     | Psicología de Intervención en Crisis. | Reciba formato de aviso al Ministerio Publico y elabora oficio a la Procuraduría con dos juegos de copias recabe copia con sello de recibido y al formato le saca dos copias.<br><b>Fin de Procedimiento.</b>  |

## DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. Laura Leticia Pérez Peralta

## PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

•

•

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
6

SELLO

# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

## Documentos de Referencia

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

## Formatos Utilizados (Ver anexos)

| Código   | Documento   |
|----------|---|
| Anexo 01 | Diagrama de Flujo                                 |
| Anexo 02 | Formato de Expediente Clínico                     |
| Anexo 03 | Formato de Referencia y Contra Referencia         |
| Anexo 04 | Formato de Aviso a Ministerio Público.            |
| Anexo 05 | Formato de Intervención en Crisis de primera vez. |
| Anexo 06 | Formato de Aviso a Procuraduría                   |

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
7

SELLO





# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS

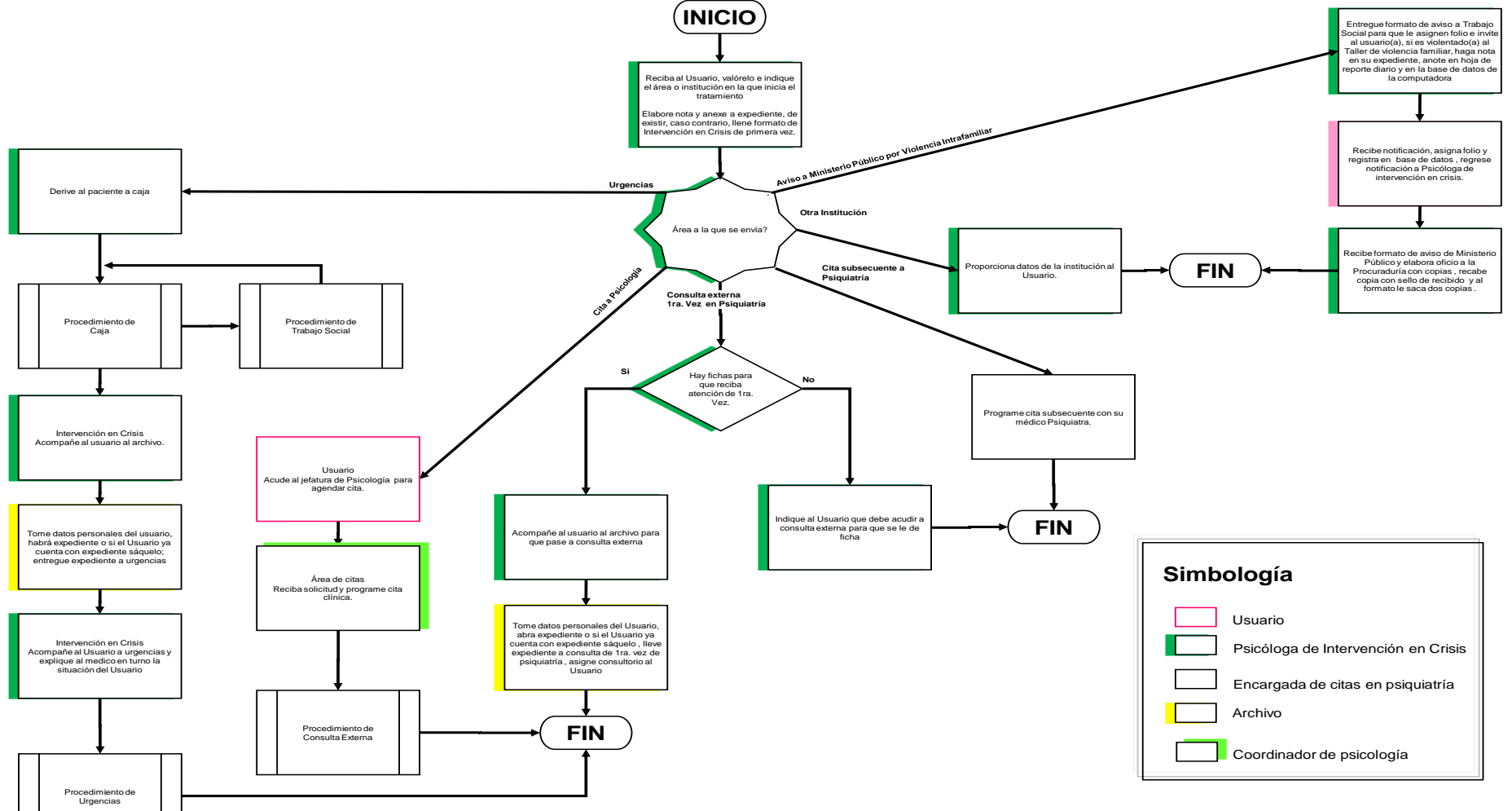


CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

## Anexo 01: Diagrama de Flujo



SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO



# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

NO./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

### HISTORIA PERSONAL

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

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

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

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

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

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

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

Trastornos en los Primeros años de vida: Si  No  : \_\_\_\_\_

Del lenguaje  : \_\_\_\_\_ Intelectual  : \_\_\_\_\_

Motor  : \_\_\_\_\_ Auditivo  : \_\_\_\_\_

De conducta  : \_\_\_\_\_

Socialización en los primeros años de vida: Adecuada  Regular  Inadecuada  Asistencia Médica en los primeros Años de vida: Si  No  : \_\_\_\_\_

Vacunación: Completa  Incompleta  Ninguna  : \_\_\_\_\_

Enfermedades de la infancia: \_\_\_\_\_

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

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

Uso de anestesia: Si  No  : \_\_\_\_\_

Higiene en los primeros años de vida: Adecuada  Regular  Inadecuada  : \_\_\_\_\_

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

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

Socialización en la adolescencia: Adecuada  Regular  Inadecuada  : \_\_\_\_\_

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

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

Con quién ( es ): \_\_\_\_\_

Agresión Física: Si  No  : \_\_\_\_\_

Actos ilegales: Si  No  : \_\_\_\_\_

Descripción: \_\_\_\_\_

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

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

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

### HISTORIAL MEDICO

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

Habitos Alimenticios: Adecuados  Regulares  Inadecuados  : \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

| Familiar       | Vive  | Edad<br>(actual o en la que falleció) | Enfermedad Médica   | Enfermedad Psiquiátrica   |
|----------------|---|---------------------------------------|---|---|
| Abuelo Paterno | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: |
| Abuela Paterna | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: |
| Padre          | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: |
| Abuela Materna | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: |
| Madre          | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: |
| Otro           | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: |
| Otro           | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                       | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/><br>Diagnostico: |

### CONSUMO DE SUSTANCIAS

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

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

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO





# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS




CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

## Anexo 03: Formato de Referencia y Contra Referencia



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

No. DE CONTROL: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F)  
AÑOS MESES \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
CALLE \_\_\_\_\_ LOCALIDAD/COLONIA \_\_\_\_\_  
URGENTE: (SI) (NO)  
ESPECIALIDAD O SERVICIO: \_\_\_\_\_  
SE REFIERE: \_\_\_\_\_ (VER GUIA DE REFERENCIA): \_\_\_\_\_

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

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

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

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

SERVICIO AL QUE SE ENVIA: \_\_\_\_\_

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

SOMATOMETRIA

|      |       |
|------|-------|
| PESO | TALLA |
| Kgs  | cms   |

SIGNOS VITALES:

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

IMPRESION DIAGNOSTICA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFIERE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE

AM-1266

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO



# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS




CÓDIGO: DOM P341-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

## Anexo 04: Formato de Aviso de Ministerio Público

|  <b>AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO</b><br>(VIOLENCIA FAMILIAR, APÉNDICE INFORMATIVO 1) |   | FOLIO: <b>Nº 20125</b>  |  |
|--|---|---|--|
| Nombre, razón o denominación social del establecimiento _____  |   |   |  |
| Institución _____  |   | Localidad _____ Municipio _____   |  |
| C.P. _____   |   | Entidad Federativa _____  |  |
| Servicio _____   |   | Cama _____ Fecha de elaboración _____   |  |
|  |   | Día _____ mes _____ año _____   |  |
| USUARIO(A) AFECTADO(A) DE VIF  | Nombre _____<br>Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____   |   | Edad _____<br>(años)   |
|  |   |   | Sexo <input type="checkbox"/><br>1. Masculino<br>2. Femenino |
|  | Dirección<br>Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____ Barrio o colonia _____ Código Postal _____<br>Localidad _____ Municipio _____ Entidad Federativa _____ |   |  |
| Fecha de atención médica _____   |   | Hora de recepción del usuario (a) afectado (a) _____  |  |
|  |   | Día _____ mes _____ año _____ horas _____ minutos _____   |  |
| Motivo de atención médica _____  |   |   |  |
| Diagnóstico (s) _____  |   |   |  |
| Evolución, acto notificado, reporte de lesiones, en su caso, reporte de probable causa de muerte: _____  |   |   |  |
| Plan:  |   |   |  |
| a) Farmacoterapia _____  |   |   |  |
| b) Exámenes de laboratorio y gabinete _____  |   |   |  |
| c) Canalización _____ Referencia _____   |   |   |  |
| Seguimiento del caso:  |   |   |  |
| Área de trabajo social _____   |   |   |  |
| Área de psicología _____   |   |   |  |
| Área de medicina preventiva _____  |   |   |  |
| Área de asistencia social _____  |   |   |  |
| Pronóstico _____   |   |   |  |
| Notificación   |   | Fecha _____<br>Día _____ mes _____ año _____  |  |
|  |   | Agencia del Ministerio Público <input type="checkbox"/> Nombre y cargo del receptor _____<br>Presidente Municipal _____<br>Jurisdicción Sanitaria <input type="checkbox"/> No. y Nombre Agencia del Ministerio Público _____<br>Especificar _____ |  |
|  |   | Otra instancia _____ <input type="checkbox"/><br>Especificar _____  |  |
| Original: Agente Ministerio Público  |   | Médico notificante: Nombre y Firma _____  |  |
| c.c.p. Expediente Clínico  |   |   |  |
| c.c.p. Minutario   |   |   |  |

135-046-0015

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
15

SELLO



# PROCEDIMIENTO DE CONSULTA EXTERNA EN INTERVENCIÓN EN CRISIS



CÓDIGO: DOM P341-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
No./ FECHA DE REVISIÓN: 001/ SEPTIEMBRE DE 2009

## Anexo 05: Formato de Intervención en Crisis de Primera Vez.

| SECRETARÍA DE SALUD JALISCO   |                                | SALME              |                      |
|---|--------------------------------|--------------------|----------------------|
| Gobierno del Estado de Jalisco<br>Secretaría de Salud Jalisco<br>Instituto Jalisciense de Salud Mental<br>CAUSAME ESTANCIA BREVE<br>PSICOLOGÍA INTERVENCIÓN EN CRISIS |                                |                    |                      |
| TURNO: _____  | HORA: _____                    | # EXPEDIENTE:      | <input type="text"/> |
| REFERIDO POR _____  | FECHA: _____                   |                    | <input type="text"/> |
| DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:  |                                |                    |                      |
| NOMBRE: _____   |                                |                    |                      |
| EDAD: _____   | FECHA DE NAC. _____            | SEXO: (F) (M)      |                      |
| ESCOLARIDAD: _____  |                                |                    |                      |
| OCUPACIÓN: _____  | LUGAR DE ORIGEN: _____         |                    |                      |
| DOMICILIO ACTUAL: _____   |                                |                    |                      |
| COLONIA Y MUNICIPIO: _____  | TELÉFONO: _____                |                    |                      |
| RELIGIÓN: _____   | EDO. CIVIL: _____              |                    |                      |
| _EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A:  |                                |                    |                      |
| TEL: _____  | DOMICILIO: _____               |                    |                      |
| MOTIVO DE CONSULTA:   |                                |                    |                      |
| DEPRESIÓN   | PROB. SEXUALES                 | DESASTRES          |                      |
| ANSIEDAD  | TRAST. PERSONALIDAD DE         | ENFERMEDAD         |                      |
| TRASTORNOS PSICÓTICOS   | VIOLENCIA INTRAFAMILIAR        | SIDA               |                      |
| IDEACIÓN Y TENTATIVA SUICIDA  | ADICCIONES                     | HOMICIDIOS         |                      |
| PROB. PAREJA  | DUELO                          | DELITOS            |                      |
| PROB. FAMILIARES  | ACCIDENTES                     | PROB. ALIMENTICIOS |                      |
| PROB. EGNÓMICOS   | PROB. COND. INFANTIL           |                    |                      |
| PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DE LA CRISIS:   |                                |                    |                      |
| _____<br>_____<br>_____   |                                |                    |                      |
| ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA SOBRE EL PADECIMIENTO:  |                                |                    |                      |
| _____<br>_____<br>_____   |                                |                    |                      |
| EXAMEN MENTAL:  |                                |                    |                      |
| _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____  |                                |                    |                      |
| IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:  |                                |                    |                      |
| _____<br>_____<br>_____   |                                |                    |                      |
| TIPO DE CRISIS:   |                                |                    |                      |
| AGOTAMIENTO   | CHOCUE                         | INDIVIDUAL         |                      |
| PAREJA  | FAMILIA                        | COLECTIVA          |                      |
| CANALIZACIÓN:   |                                |                    |                      |
| CONSULTA EXTERNA: _____   | REFERENCIA A OTRO LUGAR: _____ |                    |                      |
| URGENCIAS: _____  |                                |                    |                      |
| TRATAMIENTO:  |                                |                    |                      |
| _____<br>_____<br>_____   |                                |                    |                      |
| NOMBRE Y FIRMA DEL PSICÓLOGO ADSCRITO<br>CLÍNICA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS  |                                |                    |                      |

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página 16


SELLO





Anexo 06: Formato de Aviso a Procuraduría

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

  
 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

Zapopan, Jalisco., a 11 de Agosto del 2009.

LIC. ELIZABETH GUTIERREZ FAUSTO  
 COORDINADORA GENERAL DE ATENCION A LA VICTIMA DEL DELITO  
 Y SERVICIO A LA COMUNIDAD.  
 P R E S E N T E.

El Centro de Atención Integral en Salud Mental Estancia Breve, ha detectado \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ casos de Violencia Familiar, por lo cual me permito participarle los datos con los que se cuenta al respecto además de remitirle la información correspondiente.  
 Lo anterior con la finalidad de dar cabal cumplimiento a lo establecido en la Ley Estatal para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar mismo que señala:

(Numeral No. 2) TODO SERVIDOR PÚBLICO DE LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO EN EJERCICIO DE SUS FUNCIONES QUE TENGAN CONOCIMIENTO DE INCIDENTES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, DEBERA HACERLO DEL CONOCIMIENTO DEL CONSEJO O DE LA AUTORIDAD COMPETENTE ASI COMO, ( Numeral 28) REMITIR DE INMEDIATO AL MINISTERIO PÚBLICO AQUELLOS CASOS DONDE SE PREVEA LA EXISTENCIA DE UN DELITO.

Por ello procedo a hacer de su conocimiento los siguientes casos:


1.- Chávez Bracamontes Lilitana Isabel.

Sin más por el momento me despido agradeciendo su atención, quedando a sus órdenes para cualquier comentario adicional al respecto.

ATENTAMENTE

DR. EDUARDO VALLE OCHOA  
 DIRECTOR CAISAME ESTANCIA BREVE

C.c.p.- Archivo.

  
 Av. Zoquiapan No.1000-A Esq. Lago Titicaca Col. Zoquiapan, Zapopan, Jal. C.P. 45170  
 Teléfonos 3633-9383 3633-9535 3633-7494 fax. 3633-1901

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO