



# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

## Objetivo

Otorgar atención integral en salud mental con calidad y calidez, a través de la atención interdisciplinaria.

## Alcance

**Límites el procedimiento:** Inicia cuando acude a evaluar por primera vez al paciente hospitalizado y termina cuando el paciente se da de alta, se concreta el abandono hospitalario, defunción y cuando el paciente no regresa de la referencia.  
**Áreas que intervienen:** Enfermería, Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.

## Políticas

- 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.
- Todo paciente hospitalizado debe ser valorado por el área de Psiquiatría, Medicina General, Psicología, Trabajo Social y Enfermería.
- Se debe realizar por lo menos dos notas de evolución semanal por el área de Psiquiatría, Medicina General, Psicología y Trabajo Social
- El médico responsable de la atención debe proporcionar al usuario, familiar o responsable la información necesaria, pertinente y suficiente acerca de la enfermedad, el manejo y rehabilitación.
- Para todo diagnóstico psiquiátrico, medico y psicológico se debe utilizar la formulación multiaxial estandarizada de la CIE-10.

## Definiciones

**Incidencia** Circunstancia o suceso secundarios que ocurren en el desarrollo de una enfermedad.  
**Estudio socioeconómico** Análisis de factores económicos, sociales y culturales que determinan el nivel socioeconómico del usuario.  
**Inter consulta** Solicitud a servicios médicos especializados.

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
2

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

| No. ACT             | RESPONSABLE  | ESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD  |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|---------------------|--|---|---|-----------|----------------|---|-------------|---|---------------|----------------------------|---------------------|---|------------------|--|-----------------|---|
| 1.                  | Personal   | Determine el tipo de atención del usuario:  |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Atención del usuario?</th> <th>Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td><b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>Enfermería</td> <td><b>Aplica actividad 3.</b></td> </tr> <tr> <td>Psicología</td> <td><b>Aplica actividad 7.</b></td> </tr> <tr> <td>Psiquiatría</td> <td><b>Aplica procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por psiquiatría.</b></td> </tr> <tr> <td>Medicina General</td> <td><b>Aplica procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por medicina general.</b></td> </tr> <tr> <td>Intento de fuga</td> <td><b>Aplica procedimiento para el caso de intento de abandono hospitalario.</b></td> </tr> </tbody> </table> | ¿Atención del usuario?  | Entonces. | Trabajo Social | <b>Aplica siguiente actividad.</b>  | Enfermería  | <b>Aplica actividad 3.</b>  | Psicología    | <b>Aplica actividad 7.</b> | Psiquiatría         | <b>Aplica procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por psiquiatría.</b> | Medicina General | <b>Aplica procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por medicina general.</b> | Intento de fuga | <b>Aplica procedimiento para el caso de intento de abandono hospitalario.</b> |
|                     |  | ¿Atención del usuario?  | Entonces.   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | Trabajo Social  | <b>Aplica siguiente actividad.</b>  |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | Enfermería  | <b>Aplica actividad 3.</b>  |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | Psicología  | <b>Aplica actividad 7.</b>  |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | Psiquiatría   | <b>Aplica procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por psiquiatría.</b>   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| Medicina General    | <b>Aplica procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por medicina general.</b> |   |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| Intento de fuga     | <b>Aplica procedimiento para el caso de intento de abandono hospitalario.</b>                  |   |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| 2.                  | Trabajo social   | <p>Aplica procedimientos técnicos de Trabajo Social como la entrevista inicial, la entrevista continua y entrevista familiar con su respectiva nota de evolución de acuerdo a la norma, <b>aplica actividad anterior.</b></p> <p><b>Nota:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En caso de que el paciente o familiar solicite el estudio socioeconómico entonces realícelo.</li> <li>En caso de que el equipo tratante solicite la ínter consulta, visita domiciliaria, traslados o solicitud de medicamentos aplique procedimientos de trabajo social.</li> </ul>  |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| 3.                  | Enfermería de Hospitalización  | Aplica procedimientos técnicos de enfermería e indicaciones médicas psiquiátricas, determina si se presenta alguna incidencia:  |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Incidencias?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Medicas</td> <td>Notifica a medicina general, ver procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por medicina general.<br/><b>Fin de procedimiento.</b></td> </tr> <tr> <td>Psiquiatría</td> <td>Notifica vía telefónica o personal al responsable de Psiquiatría de la incidencia que se presenta, <b>aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>No incidencia</td> <td><b>Aplica actividad 1.</b></td> </tr> <tr> <td>Intento de abandono</td> <td><b>Aplica procedimiento para el caso de intento de abandono hospitalario.</b></td> </tr> </tbody> </table>   | ¿Incidencias?   | Entonces  | Medicas        | Notifica a medicina general, ver procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por medicina general.<br><b>Fin de procedimiento.</b> | Psiquiatría | Notifica vía telefónica o personal al responsable de Psiquiatría de la incidencia que se presenta, <b>aplica actividad siguiente.</b> | No incidencia | <b>Aplica actividad 1.</b> | Intento de abandono | <b>Aplica procedimiento para el caso de intento de abandono hospitalario.</b>             |                  |  |                 |   |
|                     |  | ¿Incidencias?   | Entonces  |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | Medicas   | Notifica a medicina general, ver procedimiento para seguimiento de casos en hospitalización por medicina general.<br><b>Fin de procedimiento.</b> |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
|                     |  | Psiquiatría   | Notifica vía telefónica o personal al responsable de Psiquiatría de la incidencia que se presenta, <b>aplica actividad siguiente.</b>             |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| No incidencia       | <b>Aplica actividad 1.</b>   |   |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| Intento de abandono | <b>Aplica procedimiento para el caso de intento de abandono hospitalario.</b>                  |   |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| 3.                  | Enfermería de Hospitalización  | Aplica procedimientos técnicos de enfermería e indicaciones médicas psiquiátricas, determina si se presenta alguna incidencia:  |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| 3.                  | Enfermería de Hospitalización  | Aplica procedimientos técnicos de enfermería e indicaciones médicas psiquiátricas, determina si se presenta alguna incidencia:  |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |
| 3.                  | Enfermería de Hospitalización  | Aplica procedimientos técnicos de enfermería e indicaciones médicas psiquiátricas, determina si se presenta alguna incidencia:  |   |           |                |   |             |   |               |                            |                     |   |                  |  |                 |   |

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
3

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

| No. ACT | RESPONSABLE   | ESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD   |                                    |           |    |  |    |   |
|---------|---|--|------------------------------------|-----------|----|--|----|---|
| 4.      | Psiquiatría   | Acude a valorar al paciente y determine si fallece el paciente:  |                                    |           |    |  |    |   |
|         |   | <table border="1"> <tr> <th>¿Fallece?</th> <th>Entonces.</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td><b>Aplica siguiente actividad.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad 6.</b></td> </tr> </table>   | ¿Fallece?                          | Entonces. | Si | <b>Aplica siguiente actividad.</b>   | No | <b>Aplica actividad 6.</b>  |
|         |   | ¿Fallece?  | Entonces.                          |           |    |  |    |   |
| Si      | <b>Aplica siguiente actividad.</b>  |  |                                    |           |    |  |    |   |
| No      | <b>Aplica actividad 6.</b>  |  |                                    |           |    |  |    |   |
|         |   |  |                                    |           |    |  |    |   |
| 5.      | Psiquiatría   | Notifica a Jefatura de Hospitalización del fallecimiento para que aplique el procedimiento para defunción.<br><b>fin de procedimiento</b>  |                                    |           |    |  |    |   |
| 6.      | Psiquiatría   | Determina si el paciente requiere de ínter consulta:   |                                    |           |    |  |    |   |
|         |   | <table border="1"> <tr> <th>¿Requiere ínter consulta?</th> <th>Entonces.</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Realiza procedimiento de referencia, <b>aplica actividad.1.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Realiza nota de valoración en la "<b>hoja de evolución medico psiquiatra</b>" y plan de tratamiento en la hoja de indicaciones médicas del "Expediente clínico" de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, notifica a enfermería para que proceda aplicar las indicaciones, <b>aplica actividad 3.</b></td> </tr> </table> | ¿Requiere ínter consulta?          | Entonces. | Si | Realiza procedimiento de referencia, <b>aplica actividad.1.</b>  | No | Realiza nota de valoración en la " <b>hoja de evolución medico psiquiatra</b> " y plan de tratamiento en la hoja de indicaciones médicas del "Expediente clínico" de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, notifica a enfermería para que proceda aplicar las indicaciones, <b>aplica actividad 3.</b> |
|         |   | ¿Requiere ínter consulta?  | Entonces.                          |           |    |  |    |   |
| Si      | Realiza procedimiento de referencia, <b>aplica actividad.1.</b>   |  |                                    |           |    |  |    |   |
| No      | Realiza nota de valoración en la " <b>hoja de evolución medico psiquiatra</b> " y plan de tratamiento en la hoja de indicaciones médicas del "Expediente clínico" de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168, notifica a enfermería para que proceda aplicar las indicaciones, <b>aplica actividad 3.</b> |  |                                    |           |    |  |    |   |
|         |   |  |                                    |           |    |  |    |   |
| 7.      | Psicología.   | Reciba asignación de caso por parte del equipo asignado de acuerdo a la sintomatología que presenta el usuario, revise expediente, aborde al usuario de manera individual, realiza nota de abordaje y/o evolución en el expediente clínico, determina si se requiere entrevista con familiar:  |                                    |           |    |  |    |   |
|         |   | <table border="1"> <tr> <th>¿Requiere entrevista con familiar?</th> <th>Entonces.</th> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Solicita por escrito a través del expediente clínico a Trabajo Social que concerté cita con familiar, <b>aplica actividad siguiente.</b></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td><b>Aplica actividad 10.</b></td> </tr> </table>   | ¿Requiere entrevista con familiar? | Entonces. | Si | Solicita por escrito a través del expediente clínico a Trabajo Social que concerté cita con familiar, <b>aplica actividad siguiente.</b> | No | <b>Aplica actividad 10.</b>   |
|         |   | ¿Requiere entrevista con familiar?   | Entonces.                          |           |    |  |    |   |
| Si      | Solicita por escrito a través del expediente clínico a Trabajo Social que concerté cita con familiar, <b>aplica actividad siguiente.</b>  |  |                                    |           |    |  |    |   |
| No      | <b>Aplica actividad 10.</b>   |  |                                    |           |    |  |    |   |
|         |   |  |                                    |           |    |  |    |   |
| 8.      | Trabajo Social.   | Concerta cita con familiar vía telefónica o personalmente si se encuentra en ese momento y registra el tramite en la hoja de evolución medico psiquiátrica, y notifica a Psicología ya sea vía telefónica o personalmente de que ya se programo la cita.   |                                    |           |    |  |    |   |

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
4

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

| No. ACT                         | RESPONSABLE  | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD  |                                 |           |    |  |    |                                   |
|---------------------------------|--|--|---------------------------------|-----------|----|--|----|-----------------------------------|
| 9.                              | Psicología.  | Realiza la entrevista, recaba información e informa de la condición clínica del usuario al familiar, y elabora nota de la entrevista en el expediente clínico.   |                                 |           |    |  |    |                                   |
| 10.                             | Psicología.  | <p>Realiza entrevista clínica con nota de evolución del paciente de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168 del expediente clínico mínimo dos veces por semana, determina si el paciente es candidato a terapia grupal:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #FFFF00;"> <th style="width: 30%; text-align: center;">¿Es candidato a terapia grupal?</th> <th style="text-align: center;">Entonces.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Si</td> <td>Integra al paciente al programa <b>y aplica procedimiento de terapia grupal.</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td><b>Aplica terapia individual.</b></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Nota:</b><br/>En caso de que el equipo interdisciplinario requiera de pruebas psicométricas, entonces determina de acuerdo al diagnóstico las pruebas a aplicar y realiza reporte en el expediente clínico.</p> <p><b>Fin de procedimiento.</b></p> | ¿Es candidato a terapia grupal? | Entonces. | Si | Integra al paciente al programa <b>y aplica procedimiento de terapia grupal.</b> | No | <b>Aplica terapia individual.</b> |
| ¿Es candidato a terapia grupal? | Entonces.  |  |                                 |           |    |  |    |                                   |
| Si                              | Integra al paciente al programa <b>y aplica procedimiento de terapia grupal.</b> |  |                                 |           |    |  |    |                                   |
| No                              | <b>Aplica terapia individual.</b>  |  |                                 |           |    |  |    |                                   |

## DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por:

## PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dr. Daniel Ojeda Torres.<br><input type="checkbox"/> Dr. Eduardo Valle Ochoa.<br><input type="checkbox"/> Dra. Angélica Ramírez Cárdenas.<br><input type="checkbox"/> Lic. Milagros Ascencio Guirado.<br><input type="checkbox"/> Lic. T.S Ana Rosa Mendoza Santiago. | <input type="checkbox"/> Enf. Jaime Cabrera.<br><input type="checkbox"/> Dr. Alfredo Torres Sánchez<br><input type="checkbox"/> Psc. Silvia Esther Pajarito Ríos.<br><input type="checkbox"/> Psc. Gonzalo Sánchez Solís.<br><input type="checkbox"/> Lic. T.S Marisela Esparza Rubio. |
|--|--|

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
5

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001  
FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

## Documentos de Referencia

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

## Formatos Utilizados (Ver anexos)

| Código   | Documento                           |
|----------|-------------------------------------|
| Anexo 01 | Diagrama de flujo                   |
| Anexo 02 | Expediente clínico                  |
| Anexo 03 | Hoja de evolución medico psiquiatra |
| Anexo 04 | Indicaciones médicas.               |

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
6

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001

FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

# ANEXOS

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página  
7

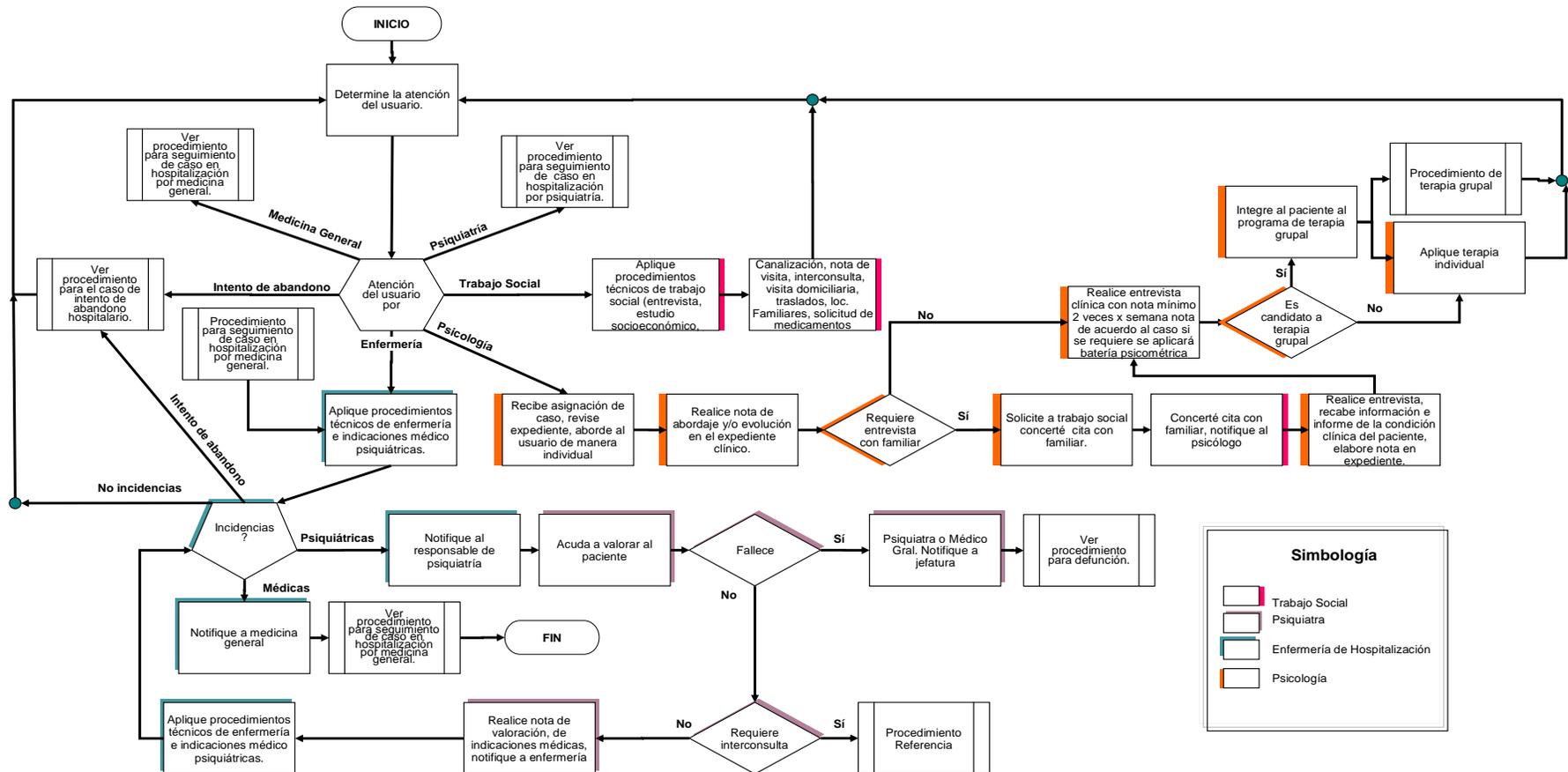
SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

## Anexo 01: Diagrama de Flujo



**Simbología**

- Trabajo Social
- Psiquiatría
- Enfermería de Hospitalización
- Psicología

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

## Anexo 02: Expediente Clínico.




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

**EXPEDIENTE CLINICO**

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

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



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

**HISTORIA CLÍNICA**

**FICHA CLINICA**

NÚMERO DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: M [ ] F [ ] EDAD: \_\_\_\_\_ años.  
 LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 ESCOLARIDAD: Analfabeta [ ] Primaria [ ] Secundaria [ ] Preparatoria [ ] Licenciatura [ ] Postgrado [ ] (anotar el número de años en cada espacio)  
 CREDO O RELIGIÓN: Católica [ ] Protestante/Cristiana [ ] otras [ ] cual: \_\_\_\_\_ PRACTICA: SI [ ] NO [ ]  
 OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: Soltero [ ] Casado [ ] Divorciado [ ] Unión Libre [ ] Viudez [ ]  
 VIVE CON LA PAREJA: SI [ ] No [ ]  
 CONDICIÓN DE EMPLEO: Empleado [ ] Desempleado [ ] Subempleado [ ]  
 FAMILIAR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_  
 FUENTE DE REFERENCIA: Espontáneo Voluntario [ ] Espontáneo Involuntario [ ]  
 REFIERE INSTITUCIÓN: SI [ ] No [ ] Cual: \_\_\_\_\_  
 EN CASO DE EMERGENCIA LLAMARA: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: [ LADA ] [ ]

**MOTIVO DE CONSULTA**

SÍNTOMA PRINCIPAL:  
 Alucinaciones [ ] Tipo: \_\_\_\_\_ Contenido: \_\_\_\_\_ Delirios [ ] Contenido: \_\_\_\_\_  
 Suicidio: Ideación [ ] Intento [ ] Como: \_\_\_\_\_  
 Estado de ánimo: Depresivo [ ] Ansioso [ ] Eufórico [ ] Ataque de Pánico [ ] Fobia [ ] Cual: \_\_\_\_\_  
 Obsesión [ ] Compulsión [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Problemas para dormir [ ] Cual: \_\_\_\_\_  
 Problemas de alimentación [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Problemas sexuales [ ] Cual: \_\_\_\_\_  
 Deterioro Cognitivo [ ] Función(es): \_\_\_\_\_ Otro(s) [ ] Cual (es): \_\_\_\_\_

**PADECIMIENTO ACTUAL**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

INSTITUTO JALISQUEÑO DE SALUD MENTAL

EVENTO DESENCADENANTE: \_\_\_\_\_  
 FACTORES AGRAVANTES: \_\_\_\_\_  
 NÚMERO DE EPISODIOS: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE LA ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

**EXAMEN MENTAL**

Signos Vitales:  
 F.R. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_  
 TA. de pie: \_\_\_\_\_ TA. de cubito: \_\_\_\_\_

**EXAMEN MEDICO**

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

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: \_\_\_\_\_  
 PSIQUIATRÍA: \_\_\_\_\_  
 PSICOLOGÍA: \_\_\_\_\_  
 MEDICA: \_\_\_\_\_  
 ESTUDIOS SOLICITADOS PARA COMPLEMENTAR EL DIAGNOSTICO: Si [ ] No [ ] \_\_\_\_\_  
 CUALES: \_\_\_\_\_

PROGRAMA DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

| Medicamento | Presentación | Indicación | Objetivo | Riesgo |
|-------------|--------------|------------|----------|--------|
|             |              |            |          |        |
|             |              |            |          |        |
|             |              |            |          |        |

PLAN DE MANEJO  
 CONSULTA EXTERNA: [ ] CLINICA: \_\_\_\_\_  
 HOSPITALIZACIÓN: [ ] CLINICA: \_\_\_\_\_  
 REFERENCIA: [ ]

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO PSIQUIATRA

**HISTORIA PERSONAL**

DESARROLLO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA: Embarazo: Normal [ ] Con Problemas [ ] : \_\_\_\_\_  
 Parto: Normal [ ] A término [ ] Con Problemas [ ] : \_\_\_\_\_  
 Peso y Talla: Normal [ ] Bajo [ ] Alto [ ] Primer Año: Normal [ ] Con problemas [ ] : \_\_\_\_\_  
 Reflejos: Normales [ ] Anormales [ ] : \_\_\_\_\_ Elimina reflejos: Si [ ] No [ ] : Edad: \_\_\_\_\_  
 Dientes: Crecimiento Normal [ ] Crecimiento Anormal [ ] : \_\_\_\_\_ Gateo: Si [ ] No [ ] : Edad: \_\_\_\_\_  
 Caminar: Sin asistencia [ ] Con asistencia [ ] : Edad: \_\_\_\_\_ Primera palabra: Edad: \_\_\_\_\_ Frases Comprensibles: Edad: \_\_\_\_\_  
 Control de esfínteres Normal [ ] Problemático [ ] : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Trastornos en los Primeros años de vida: Si [ ] No [ ]  
 Del lenguaje [ ] : \_\_\_\_\_ Intelectual [ ] : \_\_\_\_\_  
 Motor [ ] : \_\_\_\_\_ Auditivo [ ] : \_\_\_\_\_  
 De conducta [ ] : \_\_\_\_\_

Socialización en los primeros años de vida: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada [ ] Asistencia 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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Inetereses y Pasatiempos: \_\_\_\_\_

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

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

SELLO  
**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

SELLO

# PROCEDIMIENTO PARA SEGUIMIENTO DE CASOS EN HOSPITALIZACIÓN



CÓDIGO: DOM P348-I5\_001  
 FECHA DE EMISIÓN: JULIO DE 2009  
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/JULIO DE 2009

## HISTORIAL MEDICO

Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Ejercicio: Si [ ] No [ ] Cual: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Hábitos Alimenticios: Adecuados [ ] Inadecuados [ ] Regulares [ ]  
 Enfermedad(es) previa(s) Si [ ] No [ ] Diagnóstico (s): \_\_\_\_\_  
 Enfermedad(es) actual (es) Si [ ] No [ ] DESCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico (s): \_\_\_\_\_  
 DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS DONDE EXISTE ALTERACIÓN: \_\_\_\_\_  
 ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES: No [ ] Si [ ] (Anotar solo los problemas diferentes al padecimiento actual): \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

| Familiar       | Vive          | Edad (actual o en la que falleció) | Enfermedad Medica             | Enfermedad Psiquiátrica       |
|----------------|---------------|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Abuelo Paterno | Si [ ] No [ ] |                                    | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: |
| Abuela Paterna | Si [ ] No [ ] |                                    | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: |
| Padre          | Si [ ] No [ ] |                                    | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: |
| Abuela Materna | Si [ ] No [ ] |                                    | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: |
| Madre          | Si [ ] No [ ] |                                    | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: |
| Otro           | Si [ ] No [ ] |                                    | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: |
| Otro           | Si [ ] No [ ] |                                    | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: | Si [ ] No [ ]<br>Diagnóstico: |

## CONSUMO DE SUSTANCIAS

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

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

## HISTORIA ESCOLAR

Problemas Académicos: Si [ ] No [ ] Cuales: \_\_\_\_\_  
 Periodo escolar: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
 Problemas de Conducta (en la escuela): Si [ ] No [ ] Cuales: \_\_\_\_\_  
 Reportes y/o sanciones por "mala conducta": Si [ ] No [ ]: \_\_\_\_\_  
 Periodo Escolar: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_  
 Asignaturas Favoritas: \_\_\_\_\_  
 Asignaturas Dificiles: \_\_\_\_\_  
 Rendimiento Escolar: \_\_\_\_\_

## VIDA SEXUAL

Inicio de Vida sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Satisfacción Si [ ] No [ ]: \_\_\_\_\_  
 Orientación Sexual: Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] No. De parejas sexuales: \_\_\_\_\_  
 Conducta auto erótica: \_\_\_\_\_/mes o \_\_\_\_\_/año Frecuencia de coito: \_\_\_\_\_/mes o \_\_\_\_\_/año

| Fase       | Alteración |
|------------|------------|
| Deseo      | _____      |
| Excitación | _____      |
| Orgasmo    | _____      |
| Dolor      | _____      |

Acoso sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Abuso sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Violencia sexual: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Incesto: Si [ ] No [ ] Edad: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## DESCRIPCIÓN DE PERSONALIDAD

## SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

NÚMERO DE INTEGRANTES (Incluyendo Padres): \_\_\_\_\_ INTEGRACIÓN FAMILIAR: Si [ ] No [ ]  
 COMUNICACIÓN FAMILIAR: Adecuada [ ] Regular [ ] Inadecuada o Deficiente [ ]  
 VIVE CON: FAMILIA NUCLEAR [ ] UN FAMILIAR [ ]:  
 SOLO [ ] PAREJA [ ] FAMILIA [ ] AMIGOS [ ] OTRO [ ]  
 RELACIONES FAMILIARES: Buenas [ ]:  
 Regulares [ ]:  
 Malas [ ]:  
 REDES DE APOYO: Familia [ ]  
 Amigos [ ]  
 Pareja [ ]  
 Institucion [ ]

SELLO

**DOCUMENTO DE REFERENCIA**

Página 11

SELLO



