

GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.

AUTORIZACIONES

RÚBRICA

DOCUMENTÓ: DR. ISMAEL CORTES GUTIÉRREZ
MÉDICO GINECOOBSTETRA

RÚBRICA

APROBÓ: DR. ALFREDO MACHAIN LOERA
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "ESPERANZA LÓPEZ MATEOS".

RÚBRICA

AUTORIZÓ: DR. FÉLIX RAFAEL HUERTA CASILLAS
DIRECTOR DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "ESPERANZA LÓPEZ MATEOS".

CÓDIGO: DOM-P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

No./FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 12 NOVIEMBRE 2007

COPIA No.: _____

Sello

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

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

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: Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
Fecha de Publicación 11 enero 2016

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Objetivo

Otorgar atención médica ambulatoria a pacientes externos que requieran servicios de Ginecoobstetricia, Planificación Familiar y Pediatría, con un enfoque tanto preventivo como curativo, con excelente calidad y trato digno al usuario.

Alcance

Este procedimiento se aplica al Servicio de Consulta Externa del Hospital Materno – Infantil “Esperanza López Mateos”.

Políticas

1. El presente procedimiento es de observancia obligatoria para todo el personal que labora en el Servicio de la Consulta Externa.
2. Todo paciente que ingrese al Servicio de la Consulta Externa deberá recibir un trato digno, respetuoso y oportuno.
3. El Servicio se brindará a los pacientes preferentemente con cita previa, ya sea que acudan espontáneamente o que sean canalizados por los Servicios de Urgencias u Hospitalización, o por otro nivel de atención médica a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia; a excepción de los usuarios provenientes de lugares lejanos, dentro del área de influencia del hospital, los que serán atendidos preferentemente el día que se presenten o a la brevedad posible.
4. Todo paciente que reciba atención médica en el Servicio de la Consulta Externa deberá de tener integrado el expediente clínico en conformidad con lo estipulado por la NOM-168-SSA1-1998.
5. El Hospital proporciona consulta externa exclusivamente en las siguientes ramas de la Medicina: Control Prenatal, en los turnos matutino y vespertino con un solo consultorio, Ginecoobstetricia, Clínica de Displasias, Adolescentes, Planificación Familiar, Enfermedades de Transmisión Sexual y consulta de clínica de mama en el turno vespertino Se otorga consulta de Pediatría solamente a Neonatos y Lactantes nacidos en este Hospital y con cita indicada por Médico Pediatra al egreso. Durante el primer año de vida.
6. Todo interrogatorio y exploración física de pacientes se realizará entre el personal médico y el paciente, y en caso necesario con un familiar, contando con la presencia de personal de enfermería.
7. Los médicos del Servicio de Consulta Externa tienen la facultad de ordenar el internamiento de los pacientes al Servicio de Hospitalización si se considera procedente, apegándose estrictamente a la normatividad y a cumplir los ordenamientos de la Dirección del hospital.
8. Los pacientes derivados a otra unidad de atención médica deberán de llevar nota médica y hoja de referencia elaborada por el médico tratante, en donde se indique de manera detallada el motivo de envío y el plan terapéutico implementado.
9. Cuando se presente un paciente sospechoso de tener una enfermedad infectocontagiosa de notificación obligatoria se deberá de informar a la Subdirección Médica y al Médico Epidemiólogo del Hospital para que tomen las medidas conducentes al respecto. Si el paciente es hospitalizado lo será en una área aislada.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Políticas

10. El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvico -vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.
11. El personal de la Consulta Externa al llamar a los pacientes para la atención médica, deberá respetar el orden establecido.
12. El pago, reducción y exención de la cuota de recuperación por los servicios recibidos se efectuará, en conformidad con lo establecido por el Manual General del Sistema de Cuotas de Recuperación 2004.
13. Los pacientes afiliados al Seguro Popular cubrirán el pago de los servicios recibidos, en conformidad con las políticas y lineamientos establecidos por éste.
14. Toda paciente y familiares recibirán información clara sobre los procedimientos médico-quirúrgicos a realizar, que entrañen algún riesgo.
15. La indicación de las cesáreas deberá aplicarse en conformidad a los lineamientos institucionales y científicos.
16. El manejo de los residuos peligrosos biológicos infecciosos se efectuará conforme a lo establecido por la normatividad vigente y conforme a los procedimientos institucionales.
17. Deberá mantenerse en todo momento el respeto a la privacidad, individualidad, pudor y confidencialidad de la paciente.
18. Deberá proporcionarse consejería sobre planificación familiar y recomendar método adecuado a cada caso.
19. Se deberá mantener una estrecha comunicación con el resto de los servicios.
20. Se deberá emplear el material de forma racional, buscando su economía, sin detrimento en la atención de los pacientes.
21. Se deberán aplicar los reglamentos de seguridad e higiene del hospital, tendientes a salvaguardar la integridad física y moral de los pacientes durante su estancia en el hospital.

Definiciones

Hospital: Institución integrante de la organización médico-social, cuyo objetivo consiste en proporcionar a la población servicios médicos y quirúrgicos, preventivos, curativos y de rehabilitación, los cuales se extienden hasta el ámbito comunitario y familiar; es también un centro de formación y capacitación de recursos humanos para la salud, investigación y difusión científica.

Atención médica: Es el conjunto de servicios que se proporcionan al paciente, con el fin de promover y restaurar su salud; así como desarrollar actividades de rehabilitación física, mental y social.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Definiciones

- Hoja de consentimiento informado:** Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o rehabilitatorios. Estos documentos se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones legales y sanitarias.
- Expediente clínico:** Es el conjunto de documentos escritos y/o gráficos o de cualquier otra índole relacionados con la atención a la salud de los pacientes, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con apego a las disposiciones sanitarias y legales.
- Hospitalización:** Es el servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.
- Interconsulta:** Es el procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.
- Paciente:** Es el beneficiario directo de la atención médica.
- Referencia-contrarreferencia:** Es el procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como de optimizar el aprovechamiento de los recursos disponibles.
- Resumen clínico:** Es el documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.
- Urgencia Médica:** Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función del cuerpo y que requiera atención inmediata.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD								
1.	Enfermera	Reciba los insumos, material, equipo y papelería, verifique concuerde con lo establecido en la “bitácora” y firme de recibido, recabe la ropa limpia de la ropería para el servicio, solicite y canjee el material y equipo necesario en CEYE, recoja los expedientes del archivo clínico, solicite la papelería faltante y efectúe el acomodo de todo lo recibido.								
2.	Personal de Archivo Clínico	<p>Entregue los expedientes clínicos y la papelería necesaria al personal de enfermería de la consulta externa. Llene “vale múltiple” fírmelo y recabe firma de la enfermera e intercámbielo por los expedientes clínicos, señalando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio solicitante. • Fecha. • Nombre del médico responsable. • Relación de expedientes clínicos solicitados. • Nombre y firma de la enfermera. • Nombre y firma del personal del archivo clínico que realiza la entrega. <p>Llene y ubique el “vale de control” en el espacio del archivo, que corresponde a los expedientes clínicos.</p> <p>Nota: Entregue los expedientes clínicos exclusivamente al médico tratante o personal de enfermería, autorizados.</p>								
3.	Paciente	Se presenta a Información solicitando consulta de primera vez.								
4.	Personal de Información	<p>Oriente a los usuarios que acudan por primera vez a solicitar servicio de consulta médica, proporcione información y determine el tipo de consulta que requieren conforme a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tipo de Consulta?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ginecoobstetricia, Clínica de Displasias, Adolescentes, Planificación Familiar y Enfermedades de Transmisión Sexual</td> <td>Envíelo directamente al consultorio respectivo, con la enfermera encargada del mismo. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Control Prenatal</td> <td>Envíela al archivo clínico. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Otro tipo de atención</td> <td>Proporcione información sobre otras unidades de atención o a Trabajo Social para orientación. Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tipo de Consulta?	Entonces	Ginecoobstetricia, Clínica de Displasias, Adolescentes, Planificación Familiar y Enfermedades de Transmisión Sexual	Envíelo directamente al consultorio respectivo, con la enfermera encargada del mismo. Aplique siguiente actividad.	Control Prenatal	Envíela al archivo clínico. Aplique siguiente actividad.	Otro tipo de atención	Proporcione información sobre otras unidades de atención o a Trabajo Social para orientación. Fin del Procedimiento de Consulta Externa.
¿Tipo de Consulta?	Entonces									
Ginecoobstetricia, Clínica de Displasias, Adolescentes, Planificación Familiar y Enfermedades de Transmisión Sexual	Envíelo directamente al consultorio respectivo, con la enfermera encargada del mismo. Aplique siguiente actividad.									
Control Prenatal	Envíela al archivo clínico. Aplique siguiente actividad.									
Otro tipo de atención	Proporcione información sobre otras unidades de atención o a Trabajo Social para orientación. Fin del Procedimiento de Consulta Externa.									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
5.	Personal de Información	<p>Reciba amablemente al paciente, pregunte el motivo de su consulta o solicítele la hoja de referencia y determine si se trata de una urgencia:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Urgencia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Canalicelo al Servicio de Urgencias (ver Procedimiento de Urgencias). Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Envíe al paciente al archivo clínico. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Urgencia?	Entonces	Sí	Canalicelo al Servicio de Urgencias (ver Procedimiento de Urgencias). Fin del Procedimiento de Consulta Externa.	No	Envíe al paciente al archivo clínico. Aplique siguiente actividad.
¿Urgencia?	Entonces							
Sí	Canalicelo al Servicio de Urgencias (ver Procedimiento de Urgencias). Fin del Procedimiento de Consulta Externa.							
No	Envíe al paciente al archivo clínico. Aplique siguiente actividad.							
6.	Personal de Archivo Clínico	<p>Determine si el paciente cuenta con cita:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cita?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Indique a la paciente que debe pasar a caja y después a la sala de espera hasta que le llamen. Aplique siguiente actividad. Nota: Tratándose de pacientes para la consulta de control prenatal aplique actividad 11.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Proporcione ficha de consulta o una cita de primera vez, indicándole: número de consultorio, nombre del médico, horario que le corresponde. Y que vuelva en la fecha y hora que le corresponda. Fin del Procedimiento de Consulta Externa. Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Si la paciente proviene de una población fuera del área metropolitana, proporcione preferentemente turno de consulta el mismo día. • En caso de que la cita sea para el mismo día, indique al paciente que pase a sala de espera hasta que lo llamen. Aplique siguiente actividad. • Tratándose de pacientes para consulta de control prenatal aplique actividad 11. </td> </tr> </tbody> </table>	¿Cita?	Entonces	Sí	Indique a la paciente que debe pasar a caja y después a la sala de espera hasta que le llamen. Aplique siguiente actividad. Nota: Tratándose de pacientes para la consulta de control prenatal aplique actividad 11.	No	Proporcione ficha de consulta o una cita de primera vez, indicándole: número de consultorio, nombre del médico, horario que le corresponde. Y que vuelva en la fecha y hora que le corresponda. Fin del Procedimiento de Consulta Externa. Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Si la paciente proviene de una población fuera del área metropolitana, proporcione preferentemente turno de consulta el mismo día. • En caso de que la cita sea para el mismo día, indique al paciente que pase a sala de espera hasta que lo llamen. Aplique siguiente actividad. • Tratándose de pacientes para consulta de control prenatal aplique actividad 11.
¿Cita?	Entonces							
Sí	Indique a la paciente que debe pasar a caja y después a la sala de espera hasta que le llamen. Aplique siguiente actividad. Nota: Tratándose de pacientes para la consulta de control prenatal aplique actividad 11.							
No	Proporcione ficha de consulta o una cita de primera vez, indicándole: número de consultorio, nombre del médico, horario que le corresponde. Y que vuelva en la fecha y hora que le corresponda. Fin del Procedimiento de Consulta Externa. Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Si la paciente proviene de una población fuera del área metropolitana, proporcione preferentemente turno de consulta el mismo día. • En caso de que la cita sea para el mismo día, indique al paciente que pase a sala de espera hasta que lo llamen. Aplique siguiente actividad. • Tratándose de pacientes para consulta de control prenatal aplique actividad 11. 							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
6

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001
 FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
7.	Personal de Archivo Clínico	<p>Determine si procede cobro de cuota de recuperación:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Procede?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Envíe al paciente a caja. Aplique siguiente actividad. Nota: Los únicos servicios que tienen cuota de recuperación son consulta de ginecología, laboratorio clínico, rayos x, ecosonografía y fisiología obstétrica.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Envíe al paciente con la enfermera del consultorio. Aplique actividad 11.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Procede?	Entonces	Sí	Envíe al paciente a caja. Aplique siguiente actividad. Nota: Los únicos servicios que tienen cuota de recuperación son consulta de ginecología, laboratorio clínico, rayos x, ecosonografía y fisiología obstétrica.	No	Envíe al paciente con la enfermera del consultorio. Aplique actividad 11.
¿Procede?	Entonces							
Sí	Envíe al paciente a caja. Aplique siguiente actividad. Nota: Los únicos servicios que tienen cuota de recuperación son consulta de ginecología, laboratorio clínico, rayos x, ecosonografía y fisiología obstétrica.							
No	Envíe al paciente con la enfermera del consultorio. Aplique actividad 11.							
8.	Cajera	<p>Determine si se exenta al paciente del cobro de la cuota o se reduce:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se exenta o reduce?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Envíe al paciente o acompañante a trabajo social. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicite el cobro de la cuota de recuperación de la consulta, de acuerdo con lo establecido en el Manual General del Sistema de Cuotas de Recuperación, elabore y entregue “recibo único de cuotas de recuperación” y envíe al paciente de nuevo al consultorio. Aplique actividad 11.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se exenta o reduce?	Entonces	Sí	Envíe al paciente o acompañante a trabajo social. Aplique siguiente actividad.	No	Solicite el cobro de la cuota de recuperación de la consulta, de acuerdo con lo establecido en el Manual General del Sistema de Cuotas de Recuperación , elabore y entregue “ recibo único de cuotas de recuperación ” y envíe al paciente de nuevo al consultorio. Aplique actividad 11.
¿Se exenta o reduce?	Entonces							
Sí	Envíe al paciente o acompañante a trabajo social. Aplique siguiente actividad.							
No	Solicite el cobro de la cuota de recuperación de la consulta, de acuerdo con lo establecido en el Manual General del Sistema de Cuotas de Recuperación , elabore y entregue “ recibo único de cuotas de recuperación ” y envíe al paciente de nuevo al consultorio. Aplique actividad 11.							
9.	Trabajadora Social	<p>Interrogue al paciente y determine si está afiliado al seguro popular:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Afiliado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Solicítele que le presente su póliza de afiliación al seguro popular, recíbala, verifique que se encuentre vigente, elabore “recibo único de cuotas de recuperación” marque el espacio de exento, registre en éste el número de póliza y entregue el recibo al paciente, indicándole que lo presente en el servicio que requiera para que lo exenten de la cuota de recuperación. Envíe al paciente con la enfermera del consultorio. Aplique actividad 11.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entreviste al paciente, familiar o representante legal que solicite el servicio. Según proceda, aplique el Procedimiento para la Evaluación Socioeconómica del Usuario (HOS-P07), para la disminución, reducción o exención de la cuota de recuperación. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Afiliado?	Entonces	Sí	Solicítele que le presente su póliza de afiliación al seguro popular, recíbala, verifique que se encuentre vigente, elabore “ recibo único de cuotas de recuperación ” marque el espacio de exento, registre en éste el número de póliza y entregue el recibo al paciente, indicándole que lo presente en el servicio que requiera para que lo exenten de la cuota de recuperación. Envíe al paciente con la enfermera del consultorio. Aplique actividad 11.	No	Entreviste al paciente, familiar o representante legal que solicite el servicio. Según proceda, aplique el Procedimiento para la Evaluación Socioeconómica del Usuario (HOS-P07) , para la disminución, reducción o exención de la cuota de recuperación. Aplique siguiente actividad.
¿Afiliado?	Entonces							
Sí	Solicítele que le presente su póliza de afiliación al seguro popular, recíbala, verifique que se encuentre vigente, elabore “ recibo único de cuotas de recuperación ” marque el espacio de exento, registre en éste el número de póliza y entregue el recibo al paciente, indicándole que lo presente en el servicio que requiera para que lo exenten de la cuota de recuperación. Envíe al paciente con la enfermera del consultorio. Aplique actividad 11.							
No	Entreviste al paciente, familiar o representante legal que solicite el servicio. Según proceda, aplique el Procedimiento para la Evaluación Socioeconómica del Usuario (HOS-P07) , para la disminución, reducción o exención de la cuota de recuperación. Aplique siguiente actividad.							

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
13.	Enfermera	<p>Localice y ordene los expedientes conforme al orden que les corresponda, reciba al paciente y solicítele la tarjeta de citas, si es consulta subsecuente, el comprobante del pago de la cuota de recuperación, si procede, el folio de exentos o el comprobante del Seguro Popular, si se encuentra afiliado al mismo. Coteje el nombre del paciente en la agenda de citas. Tome los signos vitales y somatometría a los pacientes y anótelos en la “tarjeta de signos vitales” antes de pasar a consulta (ver Instructivo de Enfermería de Consulta Externa); pase al paciente al consultorio y entregue al médico la tarjeta de signos vitales.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregue y registre la “cartilla nacional de salud de la mujer” a las pacientes que no cuenten con ella. • En caso de necesitar aplicar consulta no médica de enfermería vea “Procedimiento Técnico para el Otorgamiento de la Consulta Externa No Médica de Enfermería”.
14.	Médico	<p>Formule el encabezado de la “hoja diaria del médico”. Salude amablemente al paciente y al acompañante, según proceda; preséntese con ellos, solicite su nombre, solicite al paciente la hoja de referencia. Registre al paciente en la “hoja diaria del médico”. Elabore “historia clínica” o la “hoja de control prenatal” en los pacientes de primera vez y en los subsecuentes realice las anotaciones sobre la “evolución clínica” del mismo, en base al interrogatorio.</p> <p>Nota: Tratándose de una consulta de valoración preanestésica el médico Anestesiólogo debe solicitar al paciente el recibo de donación de sangre y anexarlo al expediente.</p>
15.	Médico	<p>Revise los datos sobre somatometría y signos vitales del paciente, realice la exploración física del paciente, valore los resultados de estudios de laboratorio y/o gabinete (en caso de existir) y llene la “hoja de notas médicas” del expediente clínico con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos obtenidos del interrogatorio, la somatometría, los signos vitales, la exploración física y los procedimientos realizados, • Asiente el diagnóstico probable o de certeza, • Señale el plan diagnóstico – terapéutico a seguir, • Establezca el estado de salud y el pronóstico. <p>Anote en la “hoja diaria del médico” el diagnóstico y las actividades realizadas.</p>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
9

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001
 FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
16.	Enfermera	Acompañe y apoye al Médico en la consulta.
17.	Médico	<p>Explique al paciente o a su familiar el diagnóstico clínico, el plan diagnóstico - terapéutico y el pronóstico, efectúe, en caso de requerirse, el o los procedimientos diagnósticos o terapéuticos de consultorio correspondientes (ver protocolos médicos).</p> <p>Nota: Elabore las “solicitudes de los estudios de laboratorio y/o de gabinete”, de considerarlo necesario.</p>
18.	Enfermera	Participe en el desarrollo de procedimientos diagnóstico – terapéuticos y/o cirugías menores ambulatorias que se realicen durante la consulta médica (ver instructivos de Enfermería de: Clínica de Displasias, Vasectomías, Planificación Familiar femenina, Consulta de Ginecología, Consulta de Prenatal, Consulta de Adolescentes).
19.	Médico y Enfermera	<p>Oriente y brinde consejería sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. • Promoción de la lactancia materna. • Detección oportuna del cáncer cérvico - uterino y de mama. • Detección de enfermedades crónico – degenerativas. • Nutrición. • Cuidados del recién nacido. • Métodos de Planificación familiar. • Aplicación de vacunas.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD																
20.	Médico	Determine la situación del paciente:																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Situación?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cita</td> <td>Elabore y entregue al paciente la “receta médica”, indíquelo las medidas a seguir, notifique a la enfermera el lapso de tiempo para la próxima cita. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Pasa a Urgencias</td> <td>Elabore “solicitud de atención en urgencias” y entréguela al paciente o a su familiar. Indíquelo como acceder al servicio. Aplique actividad 29.</td> </tr> <tr> <td>Pasa a Hospitalización</td> <td>Elabore las “indicaciones médicas de ingreso” e indique a la enfermera que acompañe al paciente, entréguele el expediente del paciente. Aplique actividad 29. Nota: •En caso de cirugía electiva, llene “solicitud de hospitalización” e intégreala al expediente. •Cuando se trate de cirugía electiva, de ser necesario el ingreso del paciente por urgencias (debido al horario), entréguele la solicitud al paciente y proporciónelo la información necesaria.</td> </tr> <tr> <td>Referencia</td> <td>Elabore “hoja de referencia” indicando de manera detallada el motivo de envío y el plan terapéutico implementado y envíe al paciente a Trabajo Social. Aplique actividad 32.</td> </tr> <tr> <td>Contrarreferencia</td> <td>Formule la “contrarreferencia”, señalando el diagnóstico, el plan terapéutico y las medias higiénico-dietéticas implementadas, entréguela al paciente y envíelo a Trabajo Social Aplique actividad 32.</td> </tr> <tr> <td>Estudios Subrogados</td> <td>Llene “solicitud de estudio y/ o de Laboratorio”, entregue al paciente, proporciónelo la información necesaria y envíelo con la trabajadora social. Aplique actividad 33.</td> </tr> <tr> <td>Sangre Disponible</td> <td>Llene “solicitud de pruebas cruzadas”, entregue al paciente e indíquelo que acuda con sus donadores al banco de sangre central. Fin del Procedimiento de Consulta Externa. Nota: En caso de que el paciente requiera mayor información envíelo con la trabajadora social. Aplique actividad 34.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Situación?	Entonces	Cita	Elabore y entregue al paciente la “ receta médica ”, indíquelo las medidas a seguir, notifique a la enfermera el lapso de tiempo para la próxima cita. Aplique siguiente actividad.	Pasa a Urgencias	Elabore “ solicitud de atención en urgencias ” y entréguela al paciente o a su familiar. Indíquelo como acceder al servicio. Aplique actividad 29.	Pasa a Hospitalización	Elabore las “ indicaciones médicas de ingreso ” e indique a la enfermera que acompañe al paciente, entréguele el expediente del paciente. Aplique actividad 29. Nota: •En caso de cirugía electiva, llene “ solicitud de hospitalización ” e intégreala al expediente. •Cuando se trate de cirugía electiva, de ser necesario el ingreso del paciente por urgencias (debido al horario), entréguele la solicitud al paciente y proporciónelo la información necesaria.	Referencia	Elabore “ hoja de referencia ” indicando de manera detallada el motivo de envío y el plan terapéutico implementado y envíe al paciente a Trabajo Social. Aplique actividad 32.	Contrarreferencia	Formule la “ contrarreferencia ”, señalando el diagnóstico, el plan terapéutico y las medias higiénico-dietéticas implementadas, entréguela al paciente y envíelo a Trabajo Social Aplique actividad 32.	Estudios Subrogados	Llene “ solicitud de estudio y/ o de Laboratorio ”, entregue al paciente, proporciónelo la información necesaria y envíelo con la trabajadora social. Aplique actividad 33.	Sangre Disponible	Llene “ solicitud de pruebas cruzadas ”, entregue al paciente e indíquelo que acuda con sus donadores al banco de sangre central. Fin del Procedimiento de Consulta Externa. Nota: En caso de que el paciente requiera mayor información envíelo con la trabajadora social. Aplique actividad 34.
		¿Situación?	Entonces															
		Cita	Elabore y entregue al paciente la “ receta médica ”, indíquelo las medidas a seguir, notifique a la enfermera el lapso de tiempo para la próxima cita. Aplique siguiente actividad.															
		Pasa a Urgencias	Elabore “ solicitud de atención en urgencias ” y entréguela al paciente o a su familiar. Indíquelo como acceder al servicio. Aplique actividad 29.															
		Pasa a Hospitalización	Elabore las “ indicaciones médicas de ingreso ” e indique a la enfermera que acompañe al paciente, entréguele el expediente del paciente. Aplique actividad 29. Nota: •En caso de cirugía electiva, llene “ solicitud de hospitalización ” e intégreala al expediente. •Cuando se trate de cirugía electiva, de ser necesario el ingreso del paciente por urgencias (debido al horario), entréguele la solicitud al paciente y proporciónelo la información necesaria.															
		Referencia	Elabore “ hoja de referencia ” indicando de manera detallada el motivo de envío y el plan terapéutico implementado y envíe al paciente a Trabajo Social. Aplique actividad 32.															
		Contrarreferencia	Formule la “ contrarreferencia ”, señalando el diagnóstico, el plan terapéutico y las medias higiénico-dietéticas implementadas, entréguela al paciente y envíelo a Trabajo Social Aplique actividad 32.															
		Estudios Subrogados	Llene “ solicitud de estudio y/ o de Laboratorio ”, entregue al paciente, proporciónelo la información necesaria y envíelo con la trabajadora social. Aplique actividad 33.															
Sangre Disponible	Llene “ solicitud de pruebas cruzadas ”, entregue al paciente e indíquelo que acuda con sus donadores al banco de sangre central. Fin del Procedimiento de Consulta Externa. Nota: En caso de que el paciente requiera mayor información envíelo con la trabajadora social. Aplique actividad 34.																	
Nota: En caso de que el paciente solicite constancia de atención médica aplique actividad 35.																		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
21.	Enfermera	Oriente al paciente o al familiar sobre los cuidados que requiere y las medidas dietéticas a seguir, conforme a la patología y a las indicaciones del médico tratante; proporcione cita para consulta médica, verificando los días y horarios disponibles.						
22.	Enfermera	<p>Determine si el paciente cuenta con tarjeta de citas y número de expediente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cuenta?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Anote en la “tarjeta de citas”: Nombre del médico, número del consultorio, día y hora en que debe de presentarse a la consulta y registre la cita en la “agenda del consultorio”, señalando en la misma: Nombre del paciente y número de expediente clínico. Aplique actividad 25.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Envíelo al Archivo Clínico, para asignación de número de expediente clínico o elaboración de tarjeta de citas y al regresar anote los datos en la tarjeta y en la agenda Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Cuando el paciente tenga solicitud de estudios de laboratorio o gabinete, remítalo al servicio correspondiente para solicitar cita.</p>	¿Cuenta?	Entonces	Sí	Anote en la “ tarjeta de citas ”: Nombre del médico, número del consultorio, día y hora en que debe de presentarse a la consulta y registre la cita en la “ agenda del consultorio ”, señalando en la misma: Nombre del paciente y número de expediente clínico. Aplique actividad 25.	No	Envíelo al Archivo Clínico, para asignación de número de expediente clínico o elaboración de tarjeta de citas y al regresar anote los datos en la tarjeta y en la agenda Aplique siguiente actividad.
¿Cuenta?	Entonces							
Sí	Anote en la “ tarjeta de citas ”: Nombre del médico, número del consultorio, día y hora en que debe de presentarse a la consulta y registre la cita en la “ agenda del consultorio ”, señalando en la misma: Nombre del paciente y número de expediente clínico. Aplique actividad 25.							
No	Envíelo al Archivo Clínico, para asignación de número de expediente clínico o elaboración de tarjeta de citas y al regresar anote los datos en la tarjeta y en la agenda Aplique siguiente actividad.							
23.	Personal de Archivo Clínico	Pregunte amablemente, al paciente, su nombre completo y cotéjelo en el tarjetero, si el paciente tiene expediente previo, proceda a localizarlo; en caso negativo, abra un “ expediente ” nuevo; elabore y entregue al paciente su “ tarjeta de citas ”, explíquelo la importancia de cuidar dicho documento y envíelo con la enfermera del consultorio respectivo y archive el expediente en el lugar correspondiente.						
24.	Enfermera	Reciba al paciente y aplique actividad 22.						
25.	Enfermera	<p>Lave el material y el instrumental del servicio, al terminar la consulta, retire la ropa sucia y entréguela en la ropería, ordene el consultorio al concluir la consulta médica, Recoja los expedientes clínicos y la hoja diaria del médico al concluir la consulta, y entréguelos al Archivo Clínico, verificando la cancelación del vale correspondiente. Aplique siguiente actividad.</p> <p>Nota: Solicite al personal de intendencia que asee el consultorio y recoja las basuras generadas aplique actividad 27.</p>						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
12

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
26.	Personal de Archivo Clínico	<p>Reciba y acomode los expedientes clínicos, intercámbielos por los vales de control en los anaqueles del archivo clínico. Entregue las hojas diarias del Médico al Estadígrafo del hospital.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</p> <p>Nota: Si se detecta la falta de algún expediente clínico, efectúe su seguimiento.</p>						
27.	Personal de Intendencia	<p>Recoja los desechos de los botes, teniendo cuidado en mantener los contenidos de las bolsas rojas y negras separados (ver Procedimiento para el Manejo de Residuos Peligrosos Biológico – Infecciosos “RPBI”), realice el aseo de los equipos, muebles, muros, pisos, sanitarios, etc. Y coloque el material higiénico faltante (toallas de papel, jabón para manos, papel higiénico). Al finalizar, informe a la Enfermera del consultorio para que lo cierre.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es necesario reponga las bolsas de los botes. • Verifique si el contenedor de material punzocortante aún tiene capacidad, de lo contrario cámbielo. 						
28.	Enfermera	<p>Cierre el consultorio con llave y entréguela a la supervisora.</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</p>						
29.	Médico	<p>Determine si el paciente requiere ser trasladado en camilla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Camilla?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Solicite al personal de camillería que traslade al paciente. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entregue el expediente a la enfermera e indíquele que acompañe al paciente al servicio. Aplique actividad 31.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Camilla?	Entonces	Sí	Solicite al personal de camillería que traslade al paciente. Aplique siguiente actividad.	No	Entregue el expediente a la enfermera e indíquele que acompañe al paciente al servicio. Aplique actividad 31.
¿Camilla?	Entonces							
Sí	Solicite al personal de camillería que traslade al paciente. Aplique siguiente actividad.							
No	Entregue el expediente a la enfermera e indíquele que acompañe al paciente al servicio. Aplique actividad 31.							

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
13

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
30.	Camillero	<p>Pídale a la paciente que se pase o ayúdela a pasarse a la camilla, solicite a la enfermera el expediente clínico de la paciente y llévelo junto con la paciente, al área indicada y ayúdele a colocarse o colóquela sobre la cama asignada; y entregue el expediente a la enfermera del servicio (ver Procedimiento de Urgencias u Hospitalización).</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</p> <p>Nota: Tratándose de pacientes inconscientes o que lo considere necesario, pida apoyo para pasar a la paciente a la cama.</p>
31.	Enfermera	<p>Acompañe a la paciente al servicio de urgencias u hospitalización y entréguela junto con el expediente clínico a la supervisora del turno, cuando así lo indique el médico (ver Procedimiento de Urgencias u Hospitalización).</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</p>
32.	Trabajadora Social	<p>Registre la referencia o contrarreferencia en la “libreta de referencias y contrarreferencias” correspondiente, selle el formato y oriente al usuario sobre lo procedente (ver Procedimiento de Referencia y Contrarreferencia).</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</p> <p>Nota: Invite al paciente y/o su familiar a acudir a pláticas educativas, proporcionando horario de las mismas.</p>
33.	Trabajadora Social	<p>Revise la solicitud de estudios subrogados del médico, elabore y entregue el formato del laboratorio que corresponda de acuerdo a la solicitud de los estudios requeridos por el médico, llénelo, fírmelo y colóquelo el sello del hospital, entréguelo al paciente y oriéntelo sobre a donde y como acudir a realizarse los estudios (ver Procedimiento de Servicios Subrogados).</p> <p>Fin del Procedimiento de Consulta Externa.</p> <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invite al paciente y/o su familiar a acudir a pláticas educativas, proporcionando horario de las mismas. • Si la paciente requiere orientación sobre otras unidades, proporciónela. Si se requiere, solicite asesoría de la Subdirección Médica.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
14

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
34.	Trabajadora Social	Brinde información sobre la donación de sangre, en conformidad con lo establecido por la NOM-003-SSA2-1993, así como del proceso a seguir para ello, de acuerdo a lo indicado por la Dirección del Hospital. Fin del Procedimiento de Consulta Externa.
35.	Trabajadora Social	Elabore “ constancia de atención médica ”, y entréguela al paciente. Fin del Procedimiento de Consulta Externa.
36.	Trabajadora Social	Programe cita al paciente para clínica de displasias en la “ agenda del consultorio ”, e indíquela la fecha y la hora en que debe presentarse. Fin del Procedimiento de Consulta Externa. Nota: En caso de que el paciente sea foráneo, asigne cita (de ser posible) para el mismo día y de ser así envíe al paciente al consultorio correspondiente. Aplique actividad 11.

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS

Asesorado por: Lic. Claudia Judith González Ochoa

PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN

- Dr. Ismael Cortés Gutiérrez
- Dr. Alfredo Machain Loera
- Dr. Francisco Cervantes Sánchez
- Ligia Elizalde Munguía
- María Guadalupe Vergara.
- TS. Gabriela Orozco Hernández

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
15

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM – M01	Manual de Organización General del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco.
	Manual de Organización Hospital Materno Infantil “Esperanza López Mateos”.
HOS-P07	Procedimiento para la Evaluación Socio-Económica del Usuario.
	Tabulador Único de Cuotas de Recuperación.
	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.
NOM-003-SSA2-1993	Norma oficial mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
NOM-007-SSA2-1993.	Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
NOM-010-SSA2-1993	Norma oficial mexicana para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Marzo 2002.
NOM-014-SSA2-1994	Norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria marzo 1998.
NOM-016-SSA2-1994	Norma oficial mexicana para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
NOM-017-SSA2-1994	Norma oficial mexicana para la vigilancia epidemiológica.
NOM-031-SSA2-1999	Norma oficial mexicana para la atención a la salud del niño enero 2001.
NOM-030-SSA2-1999.	Norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
NOM-017-SSA2-1994,	Norma oficial mexicana para la obesidad, hipercolesterolemia, osteoporosis e hipertensión arterial.
NOM-028-SSA2-1999.	Norma oficial mexicana para la detección, consejería y referencia de adicciones.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
16

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Documentos de Referencia

Código	Documento
NOM-026-SSA2-1998.	Norma oficial mexicana para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
NOM-168-SSA1-1998	Norma oficial mexicana del expediente clínico.
NOM-178-SSA1-1998	Norma oficial mexicana que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
NOM-190-SSA1-1999	Norma oficial mexicana para la prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.
NOM-039-SSA2-2002	Norma oficial mexicana para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
NOM-087-ECOL-SSA1-2002	Norma oficial mexicana para la protección ambiental -residuos peligrosos biológico-infecciosos-clasificación y especificación de manejo.
	Manual de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Nosocomiales. Dirección General de Epidemiología, 1998.
	Manual de Organización y Funcionamiento de Unidades Hospitalarias del Tercer Nivel. 1997.

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Diagrama de Flujo
	Anexo 02 Bitácora.
	Anexo 03 Vale múltiple.
	Anexo 04 Vale de control.
	Anexo 05 Recibo único de cuotas de recuperación.
	Anexo 06 Tarjeta de signos vitales.
	Anexo 07 Cartilla nacional de salud de la mujer.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
17

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
Anexo 08	Hoja diaria del médico.
Anexo 09	Historia clínica.
Anexo 10	Hoja de control prenatal.
Anexo 11	Evolución clínica.
Anexo 12	Hoja de notas médicas.
Anexo 13	Solicitud de exámenes de laboratorio.
Anexo 14	Solicitud de gabinete.
Anexo 15	Receta médica.
Anexo 16	Solicitud de atención en urgencias.
Anexo 17	Indicaciones médicas de ingreso.
Anexo 18	Solicitud de hospitalización.
Anexo 19	Hoja de referencia.
Anexo 20	Contrarreferencia.
Anexo 21	Solicitud de pruebas cruzadas.
Anexo 22	Tarjeta de citas.
Anexo 23	Agenda del consultorio.
Anexo 24	Expediente.
Anexo 25	Libreta de referencias y contrarreferencias.
Anexo 26	Constancia de atención médica.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
18

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

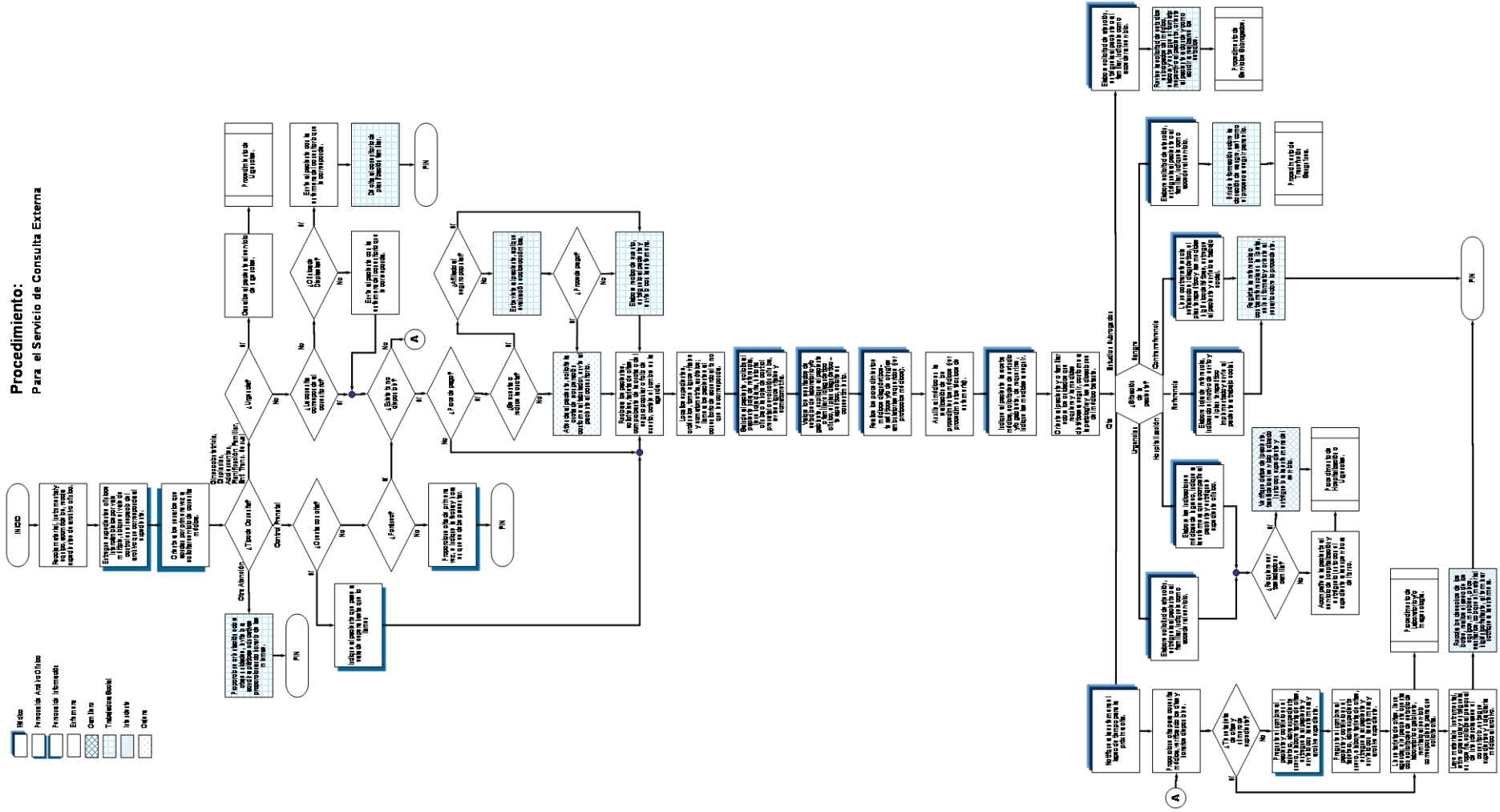
CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Diagrama de Flujo

Procedimiento: Para el Servicio de Consulta Externa



SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

H M I E L M
VALE MÚLTIPLE

VALE DE SERVICIO DE _____

MATERIAL O INSTRUMENTAL _____

TURNO _____

NOMBRE _____ FIRMA _____

SUPERVISORA DE TURNO _____

GUADALAJARA, JAL. _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
20

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

H M I E L M
VALE DE CONTROL

VALE DE SERVICIO DE _____

MATERIAL O INSTRUMENTAL _____

TURNO _____

NOMBRE _____

FIRMA _____

SUPERVISORA DE TURNO _____

GUADALAJARA, JAL. _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO


PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007



GOBIERNO DE JALISCO
PODER EJECUTIVO
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD JALISCO

RECIBO UNICO DE CUOTAS DE RECUPERACION
DR. BAEZA ALZAGA No. 107 ZONA CENTRO
GUADALAJARA, JAL.

FOLIO


1012377

R.F.C. SSJ-970331-PM5

UNIDAD			
NOMBRE DEL USUARIO		DÍA	MES AÑO
DOMICILIO			
TIPO DE CUOTA	CONSULTA		
NIVEL		CLAVE	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE		CLAVE	
		CLAVE	
		CLAVE	
		CLAVE	
		MEDICAMENTO	
		TOTAL	
<p style="font-size: 14px; margin: 0;">IMPORTE CON LETRA</p>			

LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA DE ESTE COMPROBANTE CONSTITUYE UN DELITO EN LOS TERMINOS DE LAS DISPOSICIONES FISCALES.
REPRODUCCION AUTORIZADA EN EL ESTADO DE JALISCO POR EL SISTEMA DE RECIBOS UNICOS DE CUOTAS DE RECUPERACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD JALISCO, EN EL MARCO DE LA AUTORIZACION PAGINA DE INTERNET DEL SAT. PRIMARIO 2002.

NOTYFORMAS DE COOTE S.A. DE C.V. R.F.C. 020-811223-844
 TEL. 3666-6280 FAX. 3666-9206 METALURGIA No. 2346
 FRACC. INDUSTRIAL EL ALAMO TLAQUEPAQUE, JALISCO C.P. 44400
 FECHA DE AUTORIZACION PAGINA DE INTERNET DEL SAT. 06/MARZO/2002





13/05/07
3666Vest2H

USUARIO

SELLO


DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001
 FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007



Organismo Público Descentralizado
"Servicios de Salud Jalisco"
Recibo Único de Cuotas de Recuperación
 Dr. Baeza Alzaga No. 107, Zona Centro,
 CP. 44100, Guadaluajara, Jalisco

Folio 000 000 000

Datos de Expedición:

Fecha: ____/____/____ AÑO
 Turno: ____ Hora: ____
 Cve. Unidad: ____

Unidad	Apellido Paterno		
Usuario	Nombre (o)	Apellido Materno	
ID Usuario	No. Expediente		
Pagador	R. F. C.		
Domicilio			

Condición de Pago			
Evaluación Socioeconómica	Exención	Gratuidad	Convenio
No. E. S. E.	Por Examen Sociocómico	Nivel de Tabulador	
Nivel de tabulador:	Por la Dirección	Política de gratuidad No. _____	

Clave	Concepto	Costo	Subsidio	Cantidad a pagar


Médico:

Totales \$

Cantidad con letra

Nombre y firma del responsable de recibir la cuota

Datos de la Imprenta



PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
HOJA DE REGISTROS DE ENFERMERÍA

N.º DE EXPEDIENTE
NOMBRE
EDAD
SEXO
CAMA
SERVICIO
DIAGNÓSTICO
FECHA DE INGRESO

UNIDAD
LUGAR

SIGNOS VITALES	FECHA							LUBRILLOS DE ENFERMERÍA	FECHA							
	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	21	22
PARAMETROS								HAUSIUS EXTERIOR								
P.V.C.								BIANO								
P.T.A.								SASIBALGO								
R								CORTE DE UÑAS								
T								CAMBIO DE POSICIÓN								
42°C								RE-OSO ABSOLUTO								
41°C								SOLITOMETRÍA								
40°C								PESO								
39°C								TALIA								
40								PERIMETRO CEFÁLICO								
38°C								PERIMETRO TORÁCICO								
37°C								PERIMETRO ABDOMINAL								
36°C								CHEQUEO CURRIBICO								
35°C								AYUNO								
								VENOJAJE M.I.								
								FRICCIÓN M.I.								
								PROTESIS								
								VIGILAR ISMIRADO								
								OTROS								
DIETA																

CONTROL DE LIQUIDOS	FECHA							FECHA								
	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	21	22
INGRESOS EN (ML)								TOTAL								
VIA ORAL																
SOLUCIONES I.V.																
HEMODERIVADOS																
SONDA																
OTRO																
TOTAL INGRESOS																
EGRESOS (ML)																
ORINA																
EVACUACIÓN																
COLISTOMIA																
VOMITO																
SONDAS																
CANALIZACIÓN																
HEMORRAGIA																
PERIODIAS																
INSENSIBLES																
TOTAL																
BALANCE DE LIQUIDOS EN 24 HORAS																
TOTAL DE INGRESOS																
TOTAL DE EGRESOS																
RESULTADO																
DIURESIS MEDIA HORARIA																

REACTIVO	FECHA							FECHA								
	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20	21	22
DEXTROSTIX								REACTIVO								
INSULINA RÁPIDA								DEXTROSTIX								
INSULINA INTERMEDIA								INSULINA RÁPIDA								
MULTISTIX								INSULINA INTERMEDIA								
RESULTADOS								MULTISTIX								
								RESULTADOS								

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

158-046-1336

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

NOTAS DE ENFERMERÍA

FECHA		FECHA	
MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES PARENTERALES	HORA	MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES PARENTERALES	HORA
ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES		ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES	
SIGNOS Y SINTOMAS MEDIDAS ASISTENCIALES		SIGNOS Y SINTOMAS MEDIDAS ASISTENCIALES	
VERSO			
RESPUESTA Y EVOLUCIÓN		RESPUESTA Y EVOLUCIÓN	

NOMBRE Y DIGNIDAD DE LA ENFERMERA (DIGNIDAD COMPLETA)

ENFERMERA JEFE DE SERVICIO	ENFERMERA
T.M.	T.M.
T.X	T.X
T.M.	T.M.

Nota: Las abreviaturas significan: T.M. Turno matutino. T.V. Turno vespertino. T.N. Turno nocturno.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

<p>Mastografía</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Fecha	Resultado													<p>Peso Recomendable (INDICE DE MASA CORPORAL)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Talla</th> <th colspan="2">Peso (Kg)</th> </tr> <tr> <th>Mínimo</th> <th>Máximo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.46</td><td>38.40</td><td>53.10</td></tr> <tr><td>1.48</td><td>39.40</td><td>54.50</td></tr> <tr><td>1.50</td><td>40.50</td><td>56.00</td></tr> <tr><td>1.52</td><td>41.60</td><td>57.50</td></tr> <tr><td>1.54</td><td>42.70</td><td>59.00</td></tr> <tr><td>1.56</td><td>43.80</td><td>60.60</td></tr> <tr><td>1.58</td><td>44.90</td><td>62.20</td></tr> <tr><td>1.60</td><td>46.10</td><td>63.70</td></tr> <tr><td>1.62</td><td>47.20</td><td>65.30</td></tr> <tr><td>1.64</td><td>48.40</td><td>66.00</td></tr> <tr><td>1.66</td><td>49.60</td><td>68.00</td></tr> <tr><td>1.68</td><td>50.80</td><td>70.00</td></tr> <tr><td>1.70</td><td>52.00</td><td>72.00</td></tr> <tr><td>1.72</td><td>53.20</td><td>73.70</td></tr> <tr><td>1.74</td><td>54.50</td><td>75.40</td></tr> <tr><td>1.76</td><td>55.80</td><td>77.10</td></tr> <tr><td>1.78</td><td>57.00</td><td>78.90</td></tr> <tr><td>1.80</td><td>58.30</td><td>80.70</td></tr> <tr><td>1.82</td><td>59.70</td><td>82.50</td></tr> <tr><td>1.84</td><td>60.90</td><td>84.30</td></tr> <tr><td>1.86</td><td>62.30</td><td>86.10</td></tr> <tr><td>1.88</td><td>63.60</td><td>88.00</td></tr> <tr><td>1.90</td><td>65.00</td><td>89.90</td></tr> </tbody> </table> <p>Anotar talla</p> <p>Anotar peso</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>fecha</th> <th>peso</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>¡ACTÍVATE! Camina, trota, corre o realiza cualquier actividad física para controlar tu peso, presión arterial y mejorar tu salud.</p>		Talla	Peso (Kg)		Mínimo	Máximo	1.46	38.40	53.10	1.48	39.40	54.50	1.50	40.50	56.00	1.52	41.60	57.50	1.54	42.70	59.00	1.56	43.80	60.60	1.58	44.90	62.20	1.60	46.10	63.70	1.62	47.20	65.30	1.64	48.40	66.00	1.66	49.60	68.00	1.68	50.80	70.00	1.70	52.00	72.00	1.72	53.20	73.70	1.74	54.50	75.40	1.76	55.80	77.10	1.78	57.00	78.90	1.80	58.30	80.70	1.82	59.70	82.50	1.84	60.90	84.30	1.86	62.30	86.10	1.88	63.60	88.00	1.90	65.00	89.90	fecha	peso																																														
Fecha	Resultado																																																																																																																																										
Talla	Peso (Kg)																																																																																																																																										
	Mínimo	Máximo																																																																																																																																									
1.46	38.40	53.10																																																																																																																																									
1.48	39.40	54.50																																																																																																																																									
1.50	40.50	56.00																																																																																																																																									
1.52	41.60	57.50																																																																																																																																									
1.54	42.70	59.00																																																																																																																																									
1.56	43.80	60.60																																																																																																																																									
1.58	44.90	62.20																																																																																																																																									
1.60	46.10	63.70																																																																																																																																									
1.62	47.20	65.30																																																																																																																																									
1.64	48.40	66.00																																																																																																																																									
1.66	49.60	68.00																																																																																																																																									
1.68	50.80	70.00																																																																																																																																									
1.70	52.00	72.00																																																																																																																																									
1.72	53.20	73.70																																																																																																																																									
1.74	54.50	75.40																																																																																																																																									
1.76	55.80	77.10																																																																																																																																									
1.78	57.00	78.90																																																																																																																																									
1.80	58.30	80.70																																																																																																																																									
1.82	59.70	82.50																																																																																																																																									
1.84	60.90	84.30																																																																																																																																									
1.86	62.30	86.10																																																																																																																																									
1.88	63.60	88.00																																																																																																																																									
1.90	65.00	89.90																																																																																																																																									
fecha	peso																																																																																																																																										
<p>Prevención y atención durante la menopausia</p> <p>Después de los 40 años, si tienes alguno de estos síntomas, acude con tu médico:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Síntomas</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bochornos o sudoración nocturna</td><td> </td></tr> <tr><td>Angustia, ansiedad, irritabilidad, depresión o tristeza</td><td> </td></tr> <tr><td>Trastornos del sueño</td><td> </td></tr> <tr><td>Resequedad, comezón en la vagina ó dolor durante la relación sexual</td><td> </td></tr> <tr><td>Desinterés por la actividad sexual</td><td> </td></tr> <tr><td>Irregularidad de la regla</td><td> </td></tr> <tr><td>Ausencia de regla</td><td> </td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Terapia hormonal de reemplazo</th> <th>Fecha de inicio</th> <th>Fecha de término</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Síntomas	Fecha	Bochornos o sudoración nocturna		Angustia, ansiedad, irritabilidad, depresión o tristeza		Trastornos del sueño		Resequedad, comezón en la vagina ó dolor durante la relación sexual		Desinterés por la actividad sexual		Irregularidad de la regla		Ausencia de regla		Terapia hormonal de reemplazo	Fecha de inicio	Fecha de término																			<p>Esquema de Vacunación</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>VACUNA</th> <th>Enfermedad que previene</th> <th>DOSIS</th> <th>Fechas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Td*</td> <td>Tétanos Difteria</td> <td>Primera Segunda Refuerzo</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>SR</td> <td>Sarampión Rubeola</td> <td>Adicional</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Otras</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>*Refuerzo cada 10 años ó en cada embarazo.</p>		VACUNA	Enfermedad que previene	DOSIS	Fechas	Td*	Tétanos Difteria	Primera Segunda Refuerzo		SR	Sarampión Rubeola	Adicional		Otras																																																																																						
Síntomas	Fecha																																																																																																																																										
Bochornos o sudoración nocturna																																																																																																																																											
Angustia, ansiedad, irritabilidad, depresión o tristeza																																																																																																																																											
Trastornos del sueño																																																																																																																																											
Resequedad, comezón en la vagina ó dolor durante la relación sexual																																																																																																																																											
Desinterés por la actividad sexual																																																																																																																																											
Irregularidad de la regla																																																																																																																																											
Ausencia de regla																																																																																																																																											
Terapia hormonal de reemplazo	Fecha de inicio	Fecha de término																																																																																																																																									
VACUNA	Enfermedad que previene	DOSIS	Fechas																																																																																																																																								
Td*	Tétanos Difteria	Primera Segunda Refuerzo																																																																																																																																									
SR	Sarampión Rubeola	Adicional																																																																																																																																									
Otras																																																																																																																																											
<p>Examen de Agudeza Visual</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Fecha</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Detección y Control</th> <th>Fecha</th> <th>Resultado</th> <th>Fecha</th> <th>Resultado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diabetes mellitus (Medición de glucosa en sangre)</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>Presión arterial alta (Toma de presión arterial)</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>Otras</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Fecha	Resultado													Detección y Control	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Diabetes mellitus (Medición de glucosa en sangre)					Presión arterial alta (Toma de presión arterial)					Otras					<p>Salud Bucal</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>20</th> <th>20</th> <th>20</th> <th>20</th> <th>20</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Detección de placa dento-bacteriana</td> </tr> <tr> <td>1er. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>2do. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">Adiestramiento en técnica de cepillado</td> </tr> <tr> <td>1er. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>2do. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">Adiestramiento en uso de hilo dental</td> </tr> <tr> <td>1er. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>2do. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">Profilaxis</td> </tr> <tr> <td>1er. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>2do. semestre</td> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="6">Atención Bucal a Embarazadas</td> </tr> <tr> <td>Embarazo No.</td> <td>Edad</td> <td colspan="4">Mes de embarazo</td> </tr> <tr> <td>Embarazo No.</td> <td> </td><td colspan="4"> </td> </tr> <tr> <td>Embarazo No.</td> <td> </td><td colspan="4"> </td> </tr> </tbody> </table>		Año	20	20	20	20	20	Detección de placa dento-bacteriana						1er. semestre						2do. semestre						Adiestramiento en técnica de cepillado						1er. semestre						2do. semestre						Adiestramiento en uso de hilo dental						1er. semestre						2do. semestre						Profilaxis						1er. semestre						2do. semestre						Atención Bucal a Embarazadas						Embarazo No.	Edad	Mes de embarazo				Embarazo No.						Embarazo No.					
Fecha	Resultado																																																																																																																																										
Detección y Control	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado																																																																																																																																							
Diabetes mellitus (Medición de glucosa en sangre)																																																																																																																																											
Presión arterial alta (Toma de presión arterial)																																																																																																																																											
Otras																																																																																																																																											
Año	20	20	20	20	20																																																																																																																																						
Detección de placa dento-bacteriana																																																																																																																																											
1er. semestre																																																																																																																																											
2do. semestre																																																																																																																																											
Adiestramiento en técnica de cepillado																																																																																																																																											
1er. semestre																																																																																																																																											
2do. semestre																																																																																																																																											
Adiestramiento en uso de hilo dental																																																																																																																																											
1er. semestre																																																																																																																																											
2do. semestre																																																																																																																																											
Profilaxis																																																																																																																																											
1er. semestre																																																																																																																																											
2do. semestre																																																																																																																																											
Atención Bucal a Embarazadas																																																																																																																																											
Embarazo No.	Edad	Mes de embarazo																																																																																																																																									
Embarazo No.																																																																																																																																											
Embarazo No.																																																																																																																																											

El uso del condón protege de infecciones por transmisión sexual y de embarazos no planeados.

Visita a tu dentista cada seis meses.
Presenta siempre esta Cartilla al acudir a un Servicio de Salud.

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

de la MUJER (20 a 59 años) CURP

DATOS GENERALES

Nombre
 nombre(s)
 apellido materno
 apellido paterno

Domicilio
 estado
 municipio o delegación
 colonia o localidad
 calle y número

Fecha de Nacimiento
 grupo
 Rh
 día
 mes
 año

Lugar de Nacimiento
 estado
 municipio

Edad
 nombre

En caso de urgencia avisar a
 teléfono

Fecha de entrega
 día
 mes
 año

Antecedentes

	Personales	Familiares
Cáncer de la matriz		
Cáncer de mama		
Hipertensión ó patología cardiovascular		
Diabetes		
Tuberculosis		
Cirugías previas		
Tabaquismo		
Alcoholismo		
Otros		

Fumar causa cáncer.

Antecedentes Gineco-obstétricos

Embarazos	Partos	Abortos	Cesáreas

Último Parto/Cesárea/Aborto	Nacidos	
	Vivos	Muertos
Fecha		

Edad de menstruación	Ciclos	Normal	Oligomenorrea	Poliomenorrea
		(entre 25 y 35 días)	(> 45 días)	(< 25 días)
Primera				
Última				
	Cantidad	Normal	Abundante	Escasa

Edad al embarazo	
Primero	Último

Planificación Familiar

Método	Tipo	Inicio	Término
Temporal	Hormonales orales		
	Hormonales inyectables		
	DIU		
	Otros		
Permanente	Vasectomía (en la pareja)		
	Oclusión Tubaria Bilateral		

Planificar la familia es un derecho. Solicita información.

Resultados de laboratorio durante el control prenatal

Tipo de estudio	No. de Embarazo		No. de Embarazo		No. de Embarazo	
	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado	Fecha	Resultado
Anemia						
Proteínas en la orina						
Glucosa en la sangre						
V.D.R.L.						
Otros						

Tienes derecho a un embarazo saludable. Asiste a todas tus consultas.

Si sufres alguna de estas molestias durante el embarazo, acude de inmediato con tu médico.

EMBARAZO (S)	No.		No.		No.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Vómito muy frecuente						
Dolor (cólico) muy intenso en bajo vientre						
Sangrado por la vagina						
Presión arterial alta						
Hinchazón de pies y piernas						
No sientes los movimientos del bebé después del 5o. mes						
Fiebre (calentura)						
Incremento excesivo de peso						

Lactancia Materna

Después del nacimiento de tu hijo	No.		No.		No.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Lactancia materna exclusiva						
Número de meses						

La leche materna es el mejor alimento para tu bebé.

Detección oportuna de cáncer en la mujer

Estudio de Papanicolaou

Fecha toma	Fecha resultado	RESULTADOS	Próxima toma

El cáncer de mama y de la matriz son curables, cuando se detectan a tiempo.

Examen clínico de mama

Fecha	Resultados		Próxima cita
	Negativo	Suspechoso	

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA MEDICO

No. DE FOLIO DEL REGISTRO NACIONAL DE CONSULTAS EXTERNAS	PACIENTE				CENTRO		SERVICIO			HISTORIA CLÍNICA				EXAMENES			FAMILIAR		OTROS				TOTAL		
	Nombre				Calle		Tipo			Historia Clínica				Exámenes			Familiar		Otros				Total		
	Categoría				Código		Servicio			Síntomas				Exámenes			Familiar		Otros				Total		
	Diagnóstico				Código		Servicio			Historia Clínica				Exámenes			Familiar		Otros				Total		
DIAGNOSTICO																									

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO SECRETARIA DE SALUD

Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007



SECRETARIA DE SALUD JALISCO
SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATROS
ORDEN PARA LA HOSPITALIZACION DE PACIENTES

SERVICIO _____ No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DE LA PACIENTE _____
CIRUGIA PROYECTADA _____
SE HOSPITALIZA EL DIA _____ A LAS _____ HRS.
SE OPERA EL DIA _____

INDICACIONES A SU INGRESO.

Ayuno a partir de las 22:00 Hrs.
Tensión arterial cada 4 horas anotar por favor.
Vendaje de miembros inf.
Sol hartman PVP a las 6:00 hrs.
Tricotomía
Enema a las 22:00 y a las 6:00 hrs.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO.- _____

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO


PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007


SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS
SERVICIO DE PLANIFICACION FAMILIAR
HISTORIA CLINICA

H.M.I.F.M.
 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

FECHA: _____
 NOMBRE: _____ APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____
 DIRECCION: _____ CALLE N°: _____ CUBO: _____ ESTADO: _____
 EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____
 GESTA: _____ PARA: _____ ABORTOS: _____
 F. DE ULTIMO PARTO: _____ HIJOS VIVOS: _____ HIJOS MUJER*OS: _____
 METODO ANTICONCEPTIVO PREVIO: _____ RELIGION: _____
 INICIO ACTIVIDAD SEXUAL: _____ MENARCA: _____ RITO MENSTRUAL: _____
 ANTECEDENTES: _____
 EXPLORACION FISICA: _____
 REPORTE QUIRURGICO: _____
 CIRUJANO: _____
 ANESTESIOLOGO: _____
 INDICACIONES: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Fecha _____

BAJO ANALGESIA SEDACION
PREVIO ASEO DE LA REGION ABDOMINAL
COLOCACION DE TEXTILES ESTERILES
INSICION _____ Y DISECCION POR PLANOS HASTA
CAVIDAD ABDOMINAL.
SE LOCALIZAN AMBAS SALIPINGES LAS CUALES SE PINZAN, SE LIGAN
CON CC - 0 Y SE CORTAN. VERIFICACION DE SANGRADO Y CIERRE
DE PARED ABDOMINAL POR PLANOS EN FORMA HABITUAL

ACCIDENTES O INSIDENTES _____

SANGRADO APROXIMADO _____ CC

RECUENTO DE GASAS _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
32

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007



**HOSPITAL MATERNO INFANTIL
"ESPERANZA LOPEZ MATEOS"
SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO**

FECHA: _____

NOMBRE _____ EDAD Y SEXO _____

No. DE EXPEDIENTE _____ No. DE CAMA _____ SERVICIO _____

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO _____

EXAMENES SOLICITADOS _____

OBSERVACIONES _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
34

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Materno - Infantil		CURP	
DATOS GENERALES			
Nombre de la madre		apellido paterno	apellido materno
Domicilio		colonia o localidad	municipio
Edad			
Ocupación			
Nombre del padre		apellido paterno	apellido materno
Edad			
Domicilio		colonia o localidad	municipio
Ocupación			
UNIDAD RESPONSABLE			
Centro o Casa de Salud		No. Exp.	
Región Sanitaria			
Médico Tratante			

Evaluación del riesgo reproductivo			
Factores de riesgo Marque o cruce el correspondiente	5- GESTA 1 a 2 0 Primigesta más de 3 1 gemelar 4 6- PARA menos de 3 0 3 o más de 3 4 7- ABORTOS 1 0 2 2 3 o más 4 8- CESAREA NO 0 SI 4 9- INTERVALO INTERGENESICO 13 a 60 meses 0 menor de 13 meses 0.5 más de 60 meses 0.5	10- ANTECEDENTES OBSTETRICOS Marque o cruce el correspondiente	11- ANTECEDENTES PERSONALES PSYCOLOGICOS Ninguno 0 Hipertensión Arterial 4 Diabetes 4 Infección sistémica 4 Cardiopatía 4 Tabaquismo 1 Alcoholismo 1 otros
3- PESO KILOS 50 o más 0 menos de 50 1 obesidad + 1		SUMA DE FACTORES Suma total de factores de riesgo 6 y más puntos; embargo de alto riesgo, referir a segundo nivel	

ESTADO ACTUAL: CONTROL PRENATAL										
DIA	MES	AÑO	SEMANA	PESO KILOS	ALTIMETRO UTERINO ANTERIOR CMs.	FOFO MONUMENTAL FETAL	TONSIÓN ARTERIAL	SANGRADO GENITAL	EMBARSA	ACTUALIZACIÓN DE RIESGO
1									(+) (-)	
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
Incremento de peso por trimestre 1er. Trimestre 100 grs. por mes 2o. Trimestre 1 kg. por mes 3er. Trimestre 2 kg. por mes.										
Incremento mayor a lo esperado en dos consultas consecutivas + 4										
Suma de puntuaciones en el riesgo actual (6 y más puntos) referir a segundo nivel a segunda nivel										

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

CONSULTA DE SALUD BUCAL

FECHA	TRIMESTRE	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO

Anota o marca con una cruz.

Atención del parto

Fecha del parto			Tipo de parto			Lugar del parto		

Anticoncepción Post-Parto

DTB	DIU	VASECTOMIA	PRESERVATIVOS	OTROS

Atención del Recién Nacido

Foto constante de nacimiento		Sexo	Talla cms.	Peso grs.

Parto en casita	Parto en clínica	Señales gestación	Condiciones del recién nacido
			VIVO / MUERTO

Algunos otros datos

Lactancia materna

Inicio	Intensidad	Tiempo	Exclusiva	Volumen

Inicio de Lactancia materna Inmediata

Inicio	Intensidad	Tiempo	Exclusiva	Volumen

ACCIONES ESENCIALES EN EL CONTROL DE EMBARAZO

PERIODICIDAD

Orientación y consejo mensual	Lactancia Materna	PF	Fu. Fe.	Fu. Fe.	Acido Fólico	Otros	Mensual		1ra. Consulta Un Mes después		1ra. Consulta Semanas: 24, 28, 32 y 36	
							Mensual		1ra. Consulta Un Mes después		1ra. Consulta Semanas: 24, 28, 32 y 36	

Trimestres 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

ESTRATEGIA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DURANTE LA LINEA DE VIDA/ESTADO DE VIDA

Demanda las siguientes acciones durante las consultas de tu embarazo.

- 1.- Valoración física completa.
- 2.- Identificación de signos y síntomas de alarma.
- 3.- Exámenes de laboratorio: VDRL, general de orina, grupo sanguíneo y Rh, biometría.
- 4.- Acido fólico, fumarato ferroso y suplemento alimentación.
- 5.- Vacuna de Td.
- 6.- Con tu pareja, orientación-consejería en planificación familiar para seleccionar el método que utilizarás después de tu parto.
- 7.- Vigilancia de tu peso y tensión arterial.
- 8.- Consulta de salud bucal.
- 9.- Información sobre infecciones de transmisión sexual.
- 10.- Asesoría sobre la alimentación de tu futuro hijo.

IDENTIFICACION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

Acude inmediatamente a tu centro de salud si presentas:

- 1.- Dolor de cabeza, zumbido de oídos y visión borrosa o con luces.
- 2.- Hinchazón de piernas, manos y cara.
- 3.- Sangrado o salida de líquido por tu vagina.
- 4.- Fiebre y malestar general.
- 5.- Dolor de trabajo de parto en cualquier mes del embarazo
- 6.- Flujo vaginal maloliente, comezón y ardor al orinar.

¡LLEVA CONTIGO A TODAS TUS CONSULTAS LA CARTILLA DE ATENCION MATERNO INFANTIL!

¡CUMPLE CON TUS CITAS Y CON LAS RECOMENDACIONES QUE SE TE DEN!

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
Hospital Materno Infantil Esperanza López Mateos.
NOTAS DE EVOLUCION

NOMBRE DE PACIENTE _____		DIAGNOSTICO _____	
EDAD _____	FECHA _____	HORA _____	PRESION ARTERIAL _____
Temperatura _____	FC _____	X min. _____	FR _____
RESULTADO DE PARACLINICOS _____			
PRONOSTICO _____			
PLAN DE MANEJO _____			
NOMBRE Y REGISTRO DEL MEDICO _____		FIRMA _____	
FECHA _____	FECHA _____	HORA _____	PRESION ARTERIAL _____
Temperatura _____	FC _____	X min. _____	FR _____
RESULTADO DE PARACLINICOS _____			
PRONOSTICO _____			
PLAN DE MANEJO _____			
NOMBRE Y REGISTRO DEL MEDICO _____		FIRMA _____	

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.





GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

 <p>SERVICIOS DE SALUD JALISCO HOSPITAL MATERNO – INFANTIL “ESPERANZA LÓPEZ MATEOS” SERVICIO DE FISIOLÓGIA OBSTÉTRICA</p> <p>ECOSONOGRAMA PELVICO</p>
Paciente: _____ Solicitante: _____ Motivo de la solicitud: _____ Edad: _____ a. F.U.M.: _____
RESULTADOS DEL ESTUDIO: Fecha: _____ Hora: _____ Se efectúa rastreo ecosonográfico en tiempo real por vía abdominal de pelvis, encontrando: Útero con diámetros: longitudinal _____ mm, anteroposterior _____ mm, transversal _____ mm, con las siguientes características: _____ _____ _____ Anexos: _____ Fondo de saco posterior: _____ Observaciones: _____
DIAGNÓSTICO ECOSONOGRÁFICO: _____ _____ Realizó: _____
 <p>SERVICIOS DE SALUD JALISCO HOSPITAL MATERNO – INFANTIL “ESPERANZA LÓPEZ MATEOS” SERVICIO DE FISIOLÓGIA OBSTÉTRICA</p> <p>ECOSONOGRAMA PELVICO</p>
Paciente: _____ Solicitante: _____ Motivo de la solicitud: _____ Edad: _____ a. F.U.M.: _____
RESULTADOS DEL ESTUDIO: Fecha: _____ Hora: _____ Se efectúa rastreo ecosonográfico en tiempo real por vía abdominal de pelvis, encontrando: Útero con diámetros: longitudinal _____ mm, anteroposterior _____ mm, transversal _____ mm, con las siguientes características: _____ _____ _____ Anexos: _____ Fondo de saco posterior: _____ Observaciones: _____
DIAGNÓSTICO ECOSONOGRÁFICO: _____ _____ Realizó: _____

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
HOSPITAL MATERNO – INFANTIL “ESPERANZA LÓPEZ MATEOS”
SERVICIO DE FISIOLÓGIA OBSTÉTRICA

ECOSONOGRAMA OBSTÉTRICO

Nombre de la paciente: _____ Edad: _____ años

F.U.M.: _____ con/tabi: Sí No Solicitante: _____

Motivo(s) de la solicitud: _____

RESULTADOS DEL ESTUDIO:

Fecha: _____ Hora: _____

Se efectúa rastreo ecsonográfico de útero gestante e n tiempo real por vía abdominal, encontrando:

Feto(s) en Situación: _____ Presentación: _____

Curso hacia: _____ Frecuencia cardíaca fetal: _____ L.P.M.

Biometría: _____

Líquido amniótico: _____

Placenta(s): _____

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO ECOSONOGRÁFICO:

Realizó: _____

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
HOSPITAL MATERNO – INFANTIL “ESPERANZA LÓPEZ MATEOS”
SERVICIO DE FISIOLÓGIA OBSTÉTRICA

ECOSONOGRAMA OBSTÉTRICO

Nombre de la paciente: _____ Edad: _____ años

F.U.M.: _____ con/tabi: Sí No Solicitante: _____

Motivo(s) de la solicitud: _____

RESULTADOS DEL ESTUDIO:

Fecha: _____ Hora: _____

Se efectúa rastreo ecsonográfico de útero gestante en tiempo real por vía abdominal, encontrando:

Feto(s) en Situación: _____ Presentación: _____

Curso hacia: _____ Frecuencia cardíaca fetal: _____ L.P.M.

Biometría: _____

Líquido amniótico: _____

Placenta(s): _____

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO ECOSONOGRÁFICO:

Realizó: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

[Empty box for stamp]

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
HOSPITAL MATERNO – INFANTIL "ESPERANZA LÓPEZ MATEOS"
SERVICIO DE FISIOLÓGIA OBSTÉTRICA

PERFIL BIOFÍSICO FETAL

Nombre de la paciente: _____ Edad: _____ años

F.U.M.: _____ confiable: Sí No Solitante _____

Motivo(s) de la solicitud: _____

Fecha y hora del estudio: _____

ECOSONOGRAMA OBSTÉTRICO:

Encuentra: _____ Feto(s) en Situación: _____ Dorso hacia: _____

orientación: _____ Movimientos respiratorios: Sí No Tono Muscular Normal: Sí No

Simetría: _____

Ruido amniótico: _____

Identidad(s): _____

Observaciones: _____

AGNOSTICO ECOSONOGRÁFICO:

REGISTRO CARDIOTOCOGRAFICO:

Duración del registro: _____ minutos Frecuencia cardíaca fetal basal: _____ L.P.M.

variabilidad: _____

Actividad fetal: _____

stimulación fetal: Sí No manual vitro-ecústica

ritmididad uterina: _____

crisis de la F.C.F.: _____

crisis de la F.C.F.: _____

observaciones: _____

PORTE CARDIOTOCOGRAFICO:

RESULTADO DEL PERIL BIOFÍSICO: _____

Realizó: _____

OBSERVACIONES:

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

AGENDA 2007 LUNES 1 DE ENERO 2007

N° PROGR ESIVO	NÚMERO DE EXPEDIENTE	NOMBRE	HORA	CITA 1a VEZ	CITA SUB	OBSERVACIONES	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
 PROGRAMA DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE SANGRE
 Y SUS COMPONENTES
 AV. ZOQUIAPAN # 1050, TEL. 656-46-01 y 636-74-67
 ZAPOPAN, JALISCO, CP. 44170

LUGAR Y FECHA: _____

C. DR. JUAN CARLOS LOPEZ HIDEZ
 RESPONSABLE DEL BANCO DE SANGRE
 CENTRO JALISCIENSE DE LA TRANSFUSION SANGUINEA

SOLICITO A USTED SE NOS PROPORCIONE _____ UNIDADES DE _____ PARA SER
 TRANSFUNDIDOS AL PACIENTE _____ DE GRUPO _____ Y Rh _____
 CON DIAGNOSTICO _____ EDAD _____
 CON HB _____ G. dl y Hto _____ %, MEDICAMENTOS QUE RECIBE _____
 CAMA _____ REGISTRO _____ ESPECIALIDAD _____
 INDICADA POR _____

Con el consentimiento de que se exhiben Donadores y cubrir de buena forma el "costo" de los insumos utilizados para la obtención, Estudio, procesamiento y certificación de la vida sanguínea y a los hemocomponentes.

ATENTAMENTE

 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA TRANSFUSION

H M I E L M
 NOMBRE DEL HOSPITAL
 DIRECCION AV. CONSTITUYENTES 1075 TEL. 36 19 06 35
 O SERVICIO DE TRANSFUSION DR. ISMAEL GORTES
 LICENCIADO EN _____ 00000 21 R

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

25 - DIAGNÓSTICO		PATOLOGIA ACCESSION		F.R.
C 1		6		
C 2		7		
N 3		8		
S 4		9		
U 5		10		
L 6				
T 7				
A 8				
S 9				
* PATOLOGÍA ACICIDA * HEMATURIA * OBSTRUCCIÓN * INFECCIÓN SISTEMICA				
* CATEGORÍA * HISTERIA				
ENVIÓ FOLIO PATOLÓGICO				
* SI ESTÁN ANOTADOS EN AMBOS QUE NO SEAN REVISADOS LOS AMBOS				
26.- TRATAMIENTO SOLICITADO EN EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO				
C 1		6		
N 2		7		
S 3		8		
U 4		9		
L 5		10		
REOTRO TRATAMIENTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
MEDICAMENTO DE PREVENCIÓN COMPLETADA EN EL EMBARAZO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
27.- FEMOCITOSINA EN ORINAS				
EN C/ANOS NÚMERO DE LA CONSULTA PATOLÓGICA				
ALTA SI NO				
BACTERIAS SI NO				
28.- EXAMEN GENERAL DE ORINA ALTA SI NO				
BACTERIAS SI NO				
29.- UROCULTIVO: 30 GLUCOSIA ALTA SI NO				
BACTERIAS SI NO				
31 FACTOR RH SI POSITIVO COMPATIBLE CON EL EMBRION VALOR EN... POSITIVO				
32 V. D. R. L. INICIA POSITIVO				
33.- EMBARAZO INTERCARRANDO EN SEMANA No.				
COPIA DE LA CARTILLA				
34.- CONTROL DEL ALBERCULO (debe y debe ser)				
INICIAL PARA...				
35.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
36.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
37.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
38.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
39.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
40.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
41.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
42.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
43.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
44.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
45.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
46.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
47.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
48.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
49.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
50.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
51.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
52.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
53.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
54.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
55.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
56.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
57.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
58.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
59.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
60.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
61.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
62.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
63.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
64.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
65.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
66.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
67.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
68.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
69.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
70.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
71.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
72.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
73.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
74.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
75.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
76.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
77.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
78.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
79.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
80.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
81.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
82.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
83.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
84.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
85.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
86.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
87.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
88.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
89.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
90.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
91.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
92.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
93.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
94.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
95.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
96.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
97.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
98.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
99.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				
100.- CONTROL DE LOS ANTEROS				
SI... NO...				

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
 AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

FORMA DE SOLICITUD CANTIDAD FECHA DE SOLICITUD NOMBRE DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE
 AUTORIZO A LOS MÉDICOS DE LA SECRETARÍA DE SALUD JALISCO A QUE EFECTUEN LAS INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS QUE SON NECESARIAS PARA EL ALIVIO O CURACIÓN DE MIS PACIENTES, EN LA DEPENDENCIA QUE ME DEBE CONOCIDO LOS MÉDICOS A QUE QUEDÓ SUJETO POR EL P. ORDENAMIENTO QUIRÚRGICO Y ANESTESIA CO.

SOLICITUD DE OPERACIÓN

Nombre completo: _____
 Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Lugar de nacimiento: _____
 Estado de nacimiento: _____
 Grupo sanguíneo: _____
 Tipo de sangre: _____
 Fecha de admisión al Hospital: _____
 Lugar de admisión: _____
 Tipo de admisión: _____
 Fecha de alta: _____
 Lugar de alta: _____
 Tipo de alta: _____
 Fecha de ingreso al Hospital: _____
 Lugar de ingreso: _____
 Tipo de ingreso: _____

PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO

Fecha de programación: _____
 Hora de programación: _____
 Lugar de programación: _____
 Tipo de programación: _____
 Fecha de programación: _____
 Hora de programación: _____
 Lugar de programación: _____
 Tipo de programación: _____

REGISTRO DE OPERACIÓN

Fecha de registro: _____
 Hora de registro: _____
 Lugar de registro: _____
 Tipo de registro: _____
 Fecha de registro: _____
 Hora de registro: _____
 Lugar de registro: _____
 Tipo de registro: _____

AUTORIZACIÓN, SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Fecha de emisión: _____
 Hora de emisión: _____
 Lugar de emisión: _____
 Tipo de emisión: _____
 Fecha de emisión: _____
 Hora de emisión: _____
 Lugar de emisión: _____
 Tipo de emisión: _____

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

DESCRIPCION DE TECNICA (1), HALLAZGOS OPERATORIOS (2),
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS (3), Y OBSERVACIONES (4).

mentaje (mali)

Dicto u operable

Para el Control

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001
 FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
 HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEL MATEOS
 COORDINACION DE HOSPITALES

HOJA DE AUTORIZACION DE ANTICONCEPCION VOLUNTARIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

La que suscribe solicita ser intervenida por el procedimiento de "OCLUSION TUBARIA BILATERAL" (OTB)

ESTOY ENTERADA Y ACEPTO QUE:

- 1) La Oclusión Tubaria es un procedimiento quirúrgico y los riesgos y desajustes sobre ella me han sido explicados ampliamente.
- 2) Si la operación es efectiva, yo estaré imposibilitada para procrear más hijos.
- 3) Se me informó que la Oclusión Tubaria es irreversible
- 4) Eximo al cirujano y a la Institución de cualquier responsabilidad legal derivada de este procedimiento.
- 5) Estoy enterada y acepto que este procedimiento en algunos casos como puede ser el mío, tiene un porcentaje bajo de falla y No obtener el resultado deseado.

FIRMA _____

A. Se me informó también que existen métodos temporales de anticoncepción que puedo utilizar en lugar de la Oclusión Tubaria para planificar la familia.

B. ACEPTO METODO TEMPORAL DE ANTICONCEPCION	(SI)	(NO)
• D.I.U.	()	()
• HORMONALES	()	()
• PRESERVATIVOS	()	()

FIRMA _____

NO ACEPTO NINGUN METODO ANTICONCEPTIVO _____

FIRMA _____

Guadalajara, Jalisco., a _____ de 200__

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

SSJ

ATENCIÓN MÉDICA PRENATAL Y RIESGO REPRODUCTIVO

Nº. DE EXPEDIENTE

FAMILIA: APELLIDO PATRINO APELLIDO MATERNO

PACIENTE: A. PATRINO A. MATERNO NOMBRE

CIRCULE DONDE HAYA CUADROS

1.- EDAD (EN AÑOS)

2.- PESO HABITUAL (kilos)

3.- TALLA (CENTÍMETROS)

4.- ESCOLARIDAD MATERNA

5.- FUM

6.- FPP

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

7.- GESTA

8.- PÁRA

9.- ACERTOS

10.- CESAREA

11.- INTERVALO ENTRE EL ÚLTIMO PARTO Y EL ACTUAL (MESES)

EL ÚLTIMO EMBARAZO

12.- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

13.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

14.- TABAQUISMO

15.- ALCOHOLISMO OTRA TOXICOMANIA

FECHA	16. CONSULTAS PRENATALES	17. SEMANAS DE AVANCE	18. MEDICIÓN DE TRÁFICO	19. ATURBA	20. FOCO FETAL	21. ANÁLISIS DE URINA	22. T. A. QUÍMICA	23. HEMOGRAFIAS	24. EDAD GESTACIONAL
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Debe presentarse en: _____

Fecha: _____

Hora: _____

DR. _____

Nombre del paciente _____ Exp. _____

Edad _____ Fecha de estudio _____

Diagnóstico _____

Motivo de Consulta _____

Hallasgos _____

Interpretación _____



SECRETARIA DE SALUD JALISCO

SOLICITUD DE RADIOLOGIA

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
49

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

N° DE FOLIO B.1.751213	SECRETARIA DE SALUD JALISCO	DIA MES AÑO
UNIDAD: _____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	N° DE EXPEDIENTE: _____	
CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	
CANTIDAD	PRESENTACIÓN	
INDICACIONES: _____		
CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	
CANTIDAD	PRESENTACIÓN	
INDICACIONES: _____		
CLAVE	NOMBRE GENÉRICO	
CANTIDAD	PRESENTACIÓN	
INDICACIONES: _____		
NOMBRE DEL MEDICO: DOMICILIO DE LA UNIDAD: CEDULA PROFESIONAL: UNIVERSIDAD:		SELLO DE LA UNIDAD
FIRMA: _____		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARIA DE SALUD JALISCO
SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS
ORDEN PARA LA HOSPITALIZACION DE PACIENTE EN URGENCIAS

SERVICIO _____ No. DE EXPEDIENTE _____
NOMBRE DE LA PACIENTE _____
CIRUGIA PROYECTADA _____
SE HOSPITALIZA EL DIA _____ A LAS _____ HRS.
SE OPERA EL DIA _____

INDICACIONES A SU INGRESO.

Ayuno a partir de las 22:00 Hrs.
Tensión arterial cada 4 horas anotar por favor.
Vendaje de miembros ínfis.
Sol hartman PVP a las 6:00 hrs.
Tricotomía
Enema a las 22:00 y a las 6:00 hrs.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO.-

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARIA DE SALUD JALISCO

SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA



NOMBRE: _____ EDAD: _____ REG. _____ FECHA: _____

ESTADO CIVIL: S. C. U.L. D. VDA. OCUPACION _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ANTECEDENTES: HEREDITARIOS PERSONALES PATOLOGICOS Y NO PATOLOGICOS
 DIABETICOS _____ HIPERTENSOS _____ CARDIOPATIAS _____
 NEFROPATIAS _____ ENDOCRINOS _____ VASCULARES _____
 SENSIB. A MEDIC. _____ NEOPLASICOS _____ ALERGICOS _____
 NEUROLÓGICOS _____ ALCOHOLISMO _____ TABAQUISMO _____
 TRANSFUSIONALES _____ TOXICOMANIAS _____ RESPIRATORIOS _____
 FIMICOS _____ INFECCIOSOS _____ TRAUMATICOS _____

OTROS: _____

QUIRURGICOS _____

MENARCA A LOS _____ AÑOS. CICLOS REGULARES. IRREGULARES. RITMO _____ TENSION PREMENSTRUAL _____

SI NO DISMENORREA SI NO SANGRADO: ESCASO, NORMAL, ABUNDANTE, COAGULOS SI NO. _____

VIDA SEXUAL A LOS _____ AÑOS GESTA _____ PARA _____ P. A TERMINO _____ P. PREMATUROS _____

ABORTOS _____ EMBARAZO MOLAR _____ ECTOPICOS _____ CESAREAS _____ CAUSAS _____

HOSPITAL CONOCIDO SI NO MEDICO CONOCIDO SI NO INSTITUCION _____

INFECCIONES POST-CESAREAS SI NO OTRAS: _____ HIJOS NACIDOS VIVOS _____

NACIDOS MUERTOS _____ HIJOS VIVOS ACTUALMENTE NORMALES _____ CON MALFORMACIONES _____

PRODUCTOS ANTERIORES: PESO MENOR _____ PESO MAYOR _____ LACTANCIA SI NO POR CUANTO TIEMPO _____ MASTITIS PUERPERAL SI NO ANTECEDENTES DE INFECCIONES EN GESTACIONES ANTERIORES SI NO TOXEMIA SI NO. FECHA ULTIMO PAPANICOLAOU _____ F.U.M. _____

F.P.P. _____ F.U.P. _____ F.U.A. _____ F.U.C. _____ F.U.L. _____

LEUCORREA SI NO BLANQUECINA AMARILLENTA SANGUINOLENTA FETIDA PRURRIGINOSA. TIEMPO DE EVOLUCION _____ TRATAMIENTO PREVIO SI NO METORRAGIAS SI NO INICIO _____ SINUSORRAGIA SI NO DISPAREUNIA SI NO ESTADO GENERAL: BUENO REGULAR MALO _____

PAL' DEZ DE TEGUMENTOS SI NO PESO _____ TALLA _____ T.A. _____ F.C. _____ F.R. _____

AM - 1343

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE VISITA: _____ FECHA DE ALTA: _____

SE LE ATENDIÓ: SI NO ¿POR QUÉ? _____

CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO: SI NO ¿POR QUÉ? _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

OBSERVACIONES: _____



SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOJA DE CONTRARREFERENCIA

UNIDAD MÉDICA QUE REMITE: _____

NOMBRE: _____ CLAVE: _____

DOMICILIO: _____ SERVICIO: _____ FECHA: _____

MANEJO DEL PACIENTE:
RESUMEN CLÍNICO: _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: _____

CONTROL DEL PACIENTE:
TRATAMIENTO CONCLUIDO: _____ CONTINUAR TRATAMIENTO: _____

ENVÍO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
57

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

EXPLORACION GINECOLOGICA

MAMA DERECHA TUMOR SI NO

MAMA IZQUIERDA TUMOR SI NO

ABDOMEN _____

PELO GENITAL: NORMAL ANDROIDE VULVA _____ LABIOS MENORES _____

LABIOS MAYORES _____ MEATO URETRAL NEG. POS. GLAND. SKENE NEG. POS. CLITORIS _____

HIMEN: INTEGRO ROTO CARUNCULAS MIRTIFORMES _____ GLAND. DE BARTHOL. NEG. POS. ORIFICIO VULVO-VAGINAL _____

PERINE: INTEGRO DESGARRO DE I II III GRADO _____

VAGINA _____

CERVIX: ANTERIOR MEDIO POSTERIOR _____

CUERPO UTERINO _____

OVARIO DERECHO _____

OVARIO IZQUIERDO _____

TACTO RECTAL _____

PARAMETRIO DERECHO _____

PARAMETRIO IZQUIERDO _____

IMPRESION CLINICA _____

EXAMENES SOLICITADOS BH. GRUPOS. R.H. V.D.R.L. GLUCEMIA EX. GRAL. DE ORINA _____

OTROS EXAMENES _____

INDICACIONES Y TRATAMIENTO _____

OBSERVACIONES _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO _____

A.M. 4942

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE VISITA: _____ FECHA DE ALTA: _____
SE LE ESPERA: (X) SI () NO () NO SE SE () NO SE SE
CÓMO HA SIDO EL MANEJO MEDICO (SI) (NO) (NO SE SE)
INDICACIONES DE MANEJO
OBSERVACIONES

RESULTADO DE LA VISITA
CORTESIA DEL
PARTICIPANTE

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOJA DE CONTRARREFERENCIA

UNIDAD MEDICA QUE REHIRTE
NOMBRE _____ SEXO _____
DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____
MAYOR DEL PACIENTE
RESUMEN CLÍNICO

INDICACIONES DE MANEJO
INDICACIONES DE MANEJO
RECOMENDACIONES Y RECOMENDACIONES REVISAR, según las necesidades de los niveles de atención

CONTROL DEL PACIENTE
INDICACIONES DE MANEJO
INDICACIONES DE MANEJO DE

INDICACIONES Y FECHA DEL MÉDICO PACIENTE _____
INDICACIONES Y FECHA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD _____

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

NOTAS DE ENFERMERÍA	
FECHA	
ECHEA	HORA
MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES PARENTERALES	MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES PARENTERALES
ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES	ESTUDIOS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES
SIGNOS Y SINTOMAS; MEDIDAS ASISTENCIALES	SIGNOS Y SINTOMAS MEDIDAS ASISTENCIALES
VERSO	
RESPUESTA Y EVOLUCIÓN	RESPUESTA Y EVOLUCIÓN
ENFERMERA JEFES DE SERVICIO	
ENFERMERA	ENFERMERA
ENFERMERA JEFE DE SERVICIO	
ENFERMERA JEFE DE SERVICIO	
ENFERMERA JEFE DE SERVICIO	

Nota: Las abreviaturas significan: T.M. Turno matutino. T.V. Turno vespertino. T.N. Turno nocturno

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

Recuerde usted que:

El establecimiento fue creado para mantener, proteger y mejorar la salud física y mental de usted y los suyos.

Cada cita que se le anota fue hecha después de estudiar su caso y para su conveniencia. Su puntualidad será siempre en beneficio de usted, sus familiares y la comunidad.

El emisor del establecimiento a su hogar es la "Enfermera Visitadora" cuya misión es la de velar por su salud y la de su familia. Reciba con toda confianza.



AM-073

HOSPITAL MATERNO INFANTIL LOPEZ MATEOS.-
ESTABLECIMIENTO

GUADALAJARA, JAL.
LOCALIDAD

TARJETA DE CITAS

APELLIDO PATERNO _____

APELLIDO MATERNO _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO

DIRECCION _____

NUMERO DE EXPEDIENTE	CLASIF. DE TRABAJO SOCIAL

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
61

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

CITAS

FECHA	HORA	SERVICIO	MEDICO	FECHA	HORA	SERVICIO	MEDICO

CITAS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
62

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

**CARTA DE CONSENTIMIENTO O AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE
PROCEDIMIENTOS MÉDICO QUIRÚRGICOS
CON FINES DE DIAGNÓSTICO O TERAPÉUTICOS**



C. DIRECTOR DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS
DEPENDIENTE DE SERVICIOS DE SALUD JALISCO.

P R E S E N T E :

Yo _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Nombre(s) _____
Con mi carácter de: () Paciente, () Familiar, () Tutor, () Representante Legal, del paciente _____ Nombre (\$) _____
() identificándome con _____
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____
Domicilio en: _____ Calle _____ No. _____
Col.C.P. _____ Municipio _____ Teléfono _____

Conocedor del contenido y alcance legal de este documento, de los beneficios esperados y de los riesgos, que se me han explicado y que se expresan al reverso de éste, autorizo al personal de Servicios de Salud Jalisco, para que me (le) practique con fines de diagnóstico o terapéuticos, los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios de acuerdo a mis (sus) condiciones de salud, así como el uso de anestésicos que considere necesarios el anestesiólogo la aplicación de procedimientos que se requieran por alguna situación no sospechada en el momento de la valoración médica inicial, dada la imposibilidad de predecir complicaciones que se pudieran presentar.
De manera especial le autorizo para:

En GUADALAJARA _____ Jalisco, a _____ de _____ de _____ Año
Localidad _____ Día _____ Mes _____ Año _____

A T E N T A M E N T E
() Paciente, () Familiar, () Tutor, () Representante Legal

Nombre y Firma _____
TESTIGOS

Por el Hospital _____
Nombre y Firma _____ Por el () Paciente, () Familiar, () Tutor, () Representante Legal _____
Domicilio _____ Nombre y Firma _____
Identificación _____ Domicilio _____
Identificación _____

Cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente para otorgar la autorización y, en ausencia de su familiar, tutor o representante legal, los médicos autorizados del hospital o maternidad, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que al caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico.
Nombre y Firma _____ Nombre y Firma _____
Dr. _____ Dr. _____

NOTA: El presente se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del Hospital y otro en poder del paciente.

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
UNIDAD MÉDICA

CLAVE

NOMBRE _____ No. EXP _____

8 _____
7 _____
6 _____
5 _____
4 _____
3 _____
2 _____
1 _____

PEGUE LA HOJA DE RESULTADOS DE LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS EN ORDEN CRONOLÓGICO, UTILIZANDO LOS RENGLONES DE ABAJO HACIA ARRIBA.

AM - 1337 HOJA PARA RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



CÓDIGO: DOM – P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

REGISTRO DE REFERENCIA DE PACIENTES

UNIDAD _____ LOCALIDAD: _____ JURISDICCIÓN _____

No. De Control	Fecha de la Referencia	Nombre del Paciente	Domicilio del Paciente	Edad	Sexo	Impresión Diagnóstica	Unidad a la que se Refiere	Nivel de Atención	Responsable de la Referencia	Trabajador Social que Refiere	Observaciones

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.





Código: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

CONSTANCIA DE ATENCIÓN MÉDICA

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO  

UNIDAD MÉDICA: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

SERVICIO: _____

FECHA: _____

A QUIEN CORRESPONDA:

SE HACE CONSTAR QUE EL (LA) C. _____

ESTÁ SIENDO ATENDIDO(A) EN ESTA INSTITUCIÓN, HABIENDO PERMANECIDO DE _____ A _____ POR MOTIVO DE _____

DEBERÁ VOLVER A SU CITA EL DÍA _____ DEL MES DE _____ A LAS _____ HRS.

SELO DE LA UNIDAD

ATENTAMENTE

MÉDICO TRATANTE

135-046-1397

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE LA CONSULTA EXTERNA.



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

CÓDIGO: DOM - P328-HM2_001

FECHA DE EMISIÓN: ABRIL 2005

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / SEPTIEMBRE 2007

CIRCULE LAS RESPUESTAS PRECODIFICADAS FOLIO

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN SIS-SS-14-P

UNIDAD **H.M.I.E.L.M.** CLUES: **JALISCO**

NOMBRE: _____ APELLIDO MATERNO: _____ RESIDENCIA HABITUAL: _____
 ENTIDAD: **JALISCO** MUNICIPIO: _____ LOCALIDAD: _____
 NOMBRE (BY): _____

EDAD CUMPLIDA AL INGRESO: _____ SEXO: _____
 MASCULINO (L) FEMENINO (L) INDEFINIDO (L)

DERECHO HABIENTE
 HORAS (en meses de 30 días) _____ GOB. ESTATAL (L) _____
 DÍAS (en meses de 30 días) _____ SEGURO PRIVADO (L) _____
 MESES (en meses de 3 años) _____ ISSSTE (L) _____
 AÑOS (1 año y más) _____ PEMEX (L) _____
 Si el paciente es menor a 15 años completar:
 PADRE EN EL HOSPITAL? _____ SEÑORA (L) _____
 SI (L) NO (L) NINGUNA (L)

INGRESO: _____ Hrs. _____
 EGRESO: _____ Hrs. _____

DÍAS ESTANCIA: _____
 ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO:
 SALA DE LABOR _____ HORAS _____
 SALA DE EXPULSIÓN _____ HORAS _____
 SALA DE RECUPERACIÓN _____ HORAS _____
 TERAPIA INTENSIVA _____ HORAS _____
 TERAPIA INTERMEDIA _____ HORAS _____

PROCESIDENCIA:
 CONSULTA EXTERNA (L) _____
 URGENCIAS _____
 REFERIDO _____ CLUES _____
 OTRO _____

MOTIVO DEL EGRESO:
 CURACIÓN (L) PASE A OTRO HOSPITAL (L) _____
 MEJORA (L) DEFUNCIÓN (L) _____
 VOLUNTARIO (L) OTRO MOTIVO (L) _____

AFECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)
 DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____
 AFECCIÓN PRINCIPAL: _____
 TERCERA: _____
 CUARTA: _____
 QUINTA: _____
 SEXTA: _____
 COMPLICACIONES 1: _____
 COMPLICACIONES 2: _____
 PRIMERA VEZ (L) SUBSECUENTE (L) SI SU RESPUESTA FUE DE CUANTAS VECES POR EL MISMO PROCEDIMIENTO (L)

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS

	TIPO DE ANESTESIA	EN HRS MIN	FUERA	CÓDIGO CIE-9 MC
1.-		1 : 2	2	
2.-		1 : 2	2	
3.-		1 : 2	2	
4.-		1 : 2	2	
5.-		1 : 2	2	
6.-		1 : 2	2	
7.-		1 : 2	2	99.27
8.-		1 : 2	2	99.29

ANESTESIA: 1. GENERAL 2. REGIONAL 3. SEDACIÓN 4. LOCAL 5. COMBINADA 6. NO USÓ RESECCIÓN INTRAHOSPITALARIA SI (L) NO (L)

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (TRANSCRIPCIÓN EXACTA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN)
 FOLIO DEL CERTIFICADO: _____
 FOLIO DEL EXPEDIENTE DE LA MADRE: _____

DEFUNCIÓN

ATENCION OBSTETRICA

NÚMERO DE GESTACIONES	EXPULSIÓ EL PRODUCTO	TIPO DE ATENCIÓN	CON PRODUCTO		CON PRODUCTO		CON PRODUCTO		CON PRODUCTO		CON PRODUCTO		CON PRODUCTO		CON PRODUCTO		CON PRODUCTO	
			ABORTO	PARTO	ÚNICO	MÚLTIPLE	ÚNICO	MÚLTIPLE	ÚNICO	MÚLTIPLE	ÚNICO	MÚLTIPLE	ÚNICO	MÚLTIPLE	ÚNICO	MÚLTIPLE	ÚNICO	MÚLTIPLE
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		

DEFUNCIÓN

LESIÓN

SELECCIÓN DE CAUSA BÁSICA:
 PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 INSERCIÓN DU _____ NO (L) _____
 SOLO HORMONAL _____ OTRO (L) _____
 OCCLUSIÓN TUBARIA _____

CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO:
 VIVO _____
 ALTA CON LA MADRE _____
 MUERTO _____

EN EL CASO DE UN ECEN NACIDO HOSPITALIZADO, ASIGNE FOLIO EN EL CASO DE DEFUNCIÓN DEL RECIÉN NACIDO, ASIGNE FOLIO DE DEFUNCIÓN

DESCRIBA LA CIF CUANTAS VECES EN QUE SE PRODUCIÓ LA LESIÓN:

TIPO ACCIDENTAL (L) AUTOFULCIDO (L) VIA PÚBLICA (L) CLUB, CANTINA, BAR (L)
 INTENCIONAL (L) DESASTRE NATURAL (L) HOGAR (L) TRANSPORTES PÚBLICO (L) CLUB, CANTINA, BAR (L)
 OTRA VIOLENCIA (L) SE IGNORA (L) VIOLENCIA FAMILIAR (L) ESCUELA (L) RECREACIÓN Y DEPORTE (L) TRABAJO (L)
 VIOLENCIA INTERFAMILIAR (L) SE IGNORA (L) RECREACIÓN Y DEPORTE (L) PRAYÓN (L) TRABAJO (L) OTRO (L)

NOMBRE DEL MÉDICO RESPONSABLE: _____ FIRMA: _____

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO