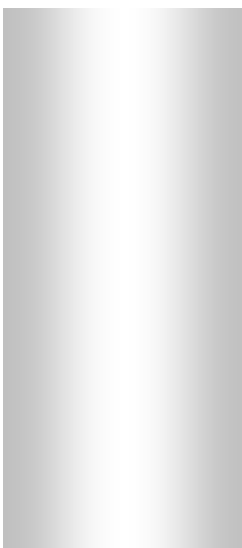


GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD



PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO FONIATRÍA

AUTORIZACIONES

DOCUMENTÓ:

RUBRICA

DRA. HILDA RIVERA GUZMÁN

JEFATURA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA

APROBÓ:

RUBRICA

DR. CLAUDIO A. ESTRADA RUÍZ

SUBDIRECTOR MÉDICO DEL INSTITUTO

AUTORIZÓ:

RUBRICA

DR. JOSÉ GERREROSANTOS

DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

CÓDIGO: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO 2008

NO./FECHA DE REVISIÓN:

001/JULIO 2008

FECHA DE AUTORIZACIÓN

28 DE JULIO DE 2008

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

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

Sello

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

Responsable de la información: Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva.

Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos

Fecha de publicación: 18 enero 2016

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO:	DOM-P329-I1_001
FECHA DE EMISIÓN:	25 FEBRERO DEL 2008
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN:	001/ JULIO DEL 2008

Objetivo

Proporcionar a las personas con alteraciones de lenguaje, terapia especializada en el servicio de Foniatría del Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica y Reconstructiva "Dr. José Guerrerosantos", para alcanzar al máximo su nivel de comunicación.

Un alto nivel de la población de niños con labio y paladar hendido presentan alteraciones de lenguaje, por lo que se requiere ofrecer el servicio especializado en la comunidad. Su objetivo es brindar atención terapéutica individualizada y grupal a este sector de la población, favoreciendo procesos de aprendizaje a través de diversas actividades.

Describir la estructura general de la clínica labio y paladar hendido y/o malformaciones craneomaxilofacial de forma sistemática, ordenada, con la finalidad de describir las funciones y responsabilidades asignadas a cada servicio que integra dicha clínica.

Alcance

Áreas que intervienen: Archivo, Trabajo Social, Administración, Dirección y Subdirección Medica, Enfermería, Ortodoncia, Ortopedia Maxilar, Cirugía Máxilo-Facial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Otorrinolaringología, Nutrición, Pediatría, Psicología, Genética

Políticas

1. Es responsabilidad del especialista del servicio de foniatría la de otorgar rehabilitación integral a todos los usuarios de la clínica de labio y paladar hendido
2. El especialista del servicio es responsable del diagnostico, pronostico de rehabilitación y tratamiento proporcionado a los usuarios.
3. Los usuarios del servicio de foniatría deberán ser objeto de valoración periódica, a fin de conocer su grado de evolución y determinar su alta.
4. El personal del servicio de foniatría tiene la responsabilidad de cumplir y hacer cumplir el presente Manual.

Definiciones

Labio hendido	Malformación congénita, que consiste en la falta de unión del o los mamelones del labio hacia la línea media.
Paladar hendido	Malformación congénita, que consiste en la falta de unión de los procesos palatinos y de la premaxila hacia la línea media.
Fonación	Conjunto de fenómenos que intervienen en la producción de la voz.
Foniatría	Parte de la medicina que estudia los trastornos de la fonación.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
1.	Paciente	Acude al servicio de foniatría y solicita cita a la Enfermera						
2.	Enfermera	Determine si se trata de paciente que cuenta con expediente <table><tr><th>¿Cuenta con expediente?</th><th>Entonces</th></tr><tr><td>Sí</td><td>Continúe en la actividad 3</td></tr><tr><td>No</td><td>Continúe en la actividad 4</td></tr></table>	¿Cuenta con expediente?	Entonces	Sí	Continúe en la actividad 3	No	Continúe en la actividad 4
¿Cuenta con expediente?		Entonces						
Sí		Continúe en la actividad 3						
No		Continúe en la actividad 4						
3.		Registre en la “ Tarjeta de citas ” y en la agenda el día y la hora que se debe presentar el paciente, para recibir tratamiento, entregue al paciente su tarjeta de citas, indíquelo que sea puntual y espere a que el paciente acuda a su cita. Continúa en la actividad 1 Nota: Un día hábil previo a la fecha de la consulta, prepare el expediente del paciente para entregarlo al médico						
4.		Registre en la “ Tarjeta de citas ” y en la agenda un viernes y la hora que se debe presentar el paciente, para elaborar historia clínica, entregue al paciente su tarjeta de citas, indíquelo que sea puntual y espere a que el paciente acuda a su cita.						
5.		Reciba la “ Tarjeta de citas ”, indique al paciente que tome asiento y que en un momento será llamado y verifique la cita en la agenda. <table><tr><th>¿Tiene cita?</th><th>Entonces</th></tr><tr><td>Sí</td><td>Continúe en la siguiente actividad</td></tr><tr><td>No</td><td>Indique al usuario que no tiene cita y que se le atenderá en algún espacio de tiempo disponible, por lo que esperará a ser llamado. Continúe en la siguiente actividad Nota: Si el paciente no quiere esperar, notifique que deberá sacar cita. Aplique actividad 1</td></tr></table>	¿Tiene cita?	Entonces	Sí	Continúe en la siguiente actividad	No	Indique al usuario que no tiene cita y que se le atenderá en algún espacio de tiempo disponible, por lo que esperará a ser llamado. Continúe en la siguiente actividad Nota: Si el paciente no quiere esperar, notifique que deberá sacar cita. Aplique actividad 1
¿Tiene cita?		Entonces						
Sí		Continúe en la siguiente actividad						
No		Indique al usuario que no tiene cita y que se le atenderá en algún espacio de tiempo disponible, por lo que esperará a ser llamado. Continúe en la siguiente actividad Nota: Si el paciente no quiere esperar, notifique que deberá sacar cita. Aplique actividad 1						

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
6.	Enfermera	Determine el proceso a realizar de acuerdo a la siguiente tabla:	
		¿Proceso a realizar?	Entonces
		Elaboración de Historia Clínica	Aplique actividad siguiente
		Continuación Historia Clínica	Aplique actividad 35
		Actualización de expediente	Aplique actividad 45
		Continuación a Programa de Rehabilitación	Aplique actividad 48
Elaboración de Historia Clínica			
7.	Enfermera	Llame al paciente por su nombre, salúdelo, pida al paciente que tome asiento, anote en la “.” (ver anexo 3) los datos del paciente. Nota: Al termino del jornada entregue el formato al Área de Estadística	
8.		Elabora expediente con formatos en blanco y entréguelo al médico foniatra o terapeuta del lenguaje asignado.	
9.	Médico Foníatra o Terapeuta de lenguaje	Recibe el expediente y al paciente, salúdelo e identifique que el nombre del paciente corresponda al anotado en el expediente.	
		¿Datos correctos?	Entonces
		Si	Aplique actividad siguiente
		No	Solicite a la enfermera sustituir la carpeta del expediente con los datos correctos del paciente. Aplique actividad 8
10.		Revise si el paciente cuenta con hoja de referencia.	
	¿Hoja de referencia?	Entonces	
	Si	Aplique actividad siguiente	
	No	Aplique actividad 14	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
4

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
11.	Médico Foniatra o Terapeuta de lenguaje	Localice la impresión diagnóstica (I.D.) e inicie interrogatorio de acuerdo a la patología sugerida en la referencia determine si se confirma o no el diagnóstico inicial. Nota: Cualquiera que sea la situación, anote en la hoja de referencia y contrarreferencia (original y copias), e diagnóstico.	
12.		Determine si la Instituto, ofrece el servicio que se determina en el diagnóstico.	
		¿Ofrece servicio?	Entonces
		Sí	Continúe en la actividad siguiente
		No	Indique al usuario su situación, delo de baja e indique, que pase a Trabajo Social para su trámite correspondiente Fin de Procedimiento.
13.		Interrogue e identifique las necesidades y demandas del paciente y, registre en la historia clínica los datos generales.	
14.		Solicite a la enfermera, prepare al paciente para la exploración del aparato fono-articulador,	
15.	Personal involucrado	¿Personal?	Entonces
		Enfermera	Acomode al paciente sobre la mesa de exploración, prepare el material e instrumental necesario, e indique al Médico Foniatra o Terapeuta de lenguaje que se encuentra preparado y apoye durante el proceso de exploración. Nota: De ser necesario inmovilice al paciente con una sabana limpia, para facilitar la exploración. Ver procedimientos técnicos de enfermería en materia de inmovilización.
		Médico Foniatra o Terapeuta de lenguaje	Lávese las manos antes y colóquese el cubreboca, guantes, bata blanca. Nota: Lávese las manos después de realizar los procedimientos y cuantas veces sea necesario.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
5

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
16.	Medico Foniatra o Terapeuta de Lenguaje	Oriente al paciente para estimular la confianza y colaboración del mismo e indique cómo se realiza la exploración.	
17.		Explore el aparato fonoarticulador del paciente e identifique el problema (Insuficiencia velo-faríngea (I.V.F.) respirador bucal y deglución atípica).	
18.		Retire guantes, registre en la historia clínica los datos obtenidos en la exploración física del aparato fono-articulador.	
19.		Realice examen de articulación así como las anotaciones en el apartado indicado en la historia clínica y establezca diagnóstico presuntivo.	
20.		Determine si requiere algún tipo de estudio o interconsulta para confirmar el diagnóstico presuntivo:	
		¿Estudios o interconsulta?	Entonces
		Sí	Continúe en la actividad 24
		No	Aplique siguiente actividad.
21.		Establezca en el expediente clínico el diagnóstico final y el programa terapéutico a seguir, informe al paciente y/o familiar sobre su estado.	
22.		Entregue al paciente la hoja de consentimiento informado, solicite la aceptación o rechazo del programa terapéutico mediante firma de conformidad y pídale que le regrese la hoja. Continue actividad 25	
23.	Determine si el paciente requiere alguna de las siguientes acciones:		
	¿Acciones?	Entonces	
	Estudios	Aplique actividad 25.	
	Interconsulta	Registre en la “tarjeta de citas” la interconsulta con la especialidad correspondiente, indique al paciente que solicite cita de las especialidades registradas en la tarjeta y que pase con la enfermera. Aplique actividad 28.	
	Extraconsulta	Cuando la interconsulta sea fuera de la unidad, llene formato de “Hoja de referencia y contrarreferencia”, entregue el formato al paciente e indíquele pasar a trabajo social para su registro. Aplique actividad 29.	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
6

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
24.	Medico Foniatra o Terapeuta de Lenguaje	Determine si el paciente o familiar acepto o rechazó el programa terapéutico	
		¿Aceptó?	Entonces
		Sí	Continúe en la actividad 33
		No	Anote en el expediente la baja del paciente. Continua actividad 31
25.		Solicite los estudios paraclínicos necesarios e indique al paciente que acuda con la enfermera para que le agende nueva cita subsecuente para la entrega de resultados y continuar con el diagnóstico.	
26.	Enfermera	Programa cita subsecuente anotando día y hora en la agenda de citas y en la tarjeta de citas del paciente. Continúe en la actividad 1	
27.		Programa cita subsecuente anotando día y hora en la agenda y en la tarjeta de citas del paciente. Indique al paciente traer los resultados de interconsulta el día señalado. Continúe en la actividad 1	
28.		Programa nueva cita anotando día y hora en la agenda y en la tarjeta de citas del paciente. Indíquelo traer los resultados de la extraconsulta el día señalado. Y que pase a trabajo social para tramite de la Hoja de referencia.	
29.	Trabajo Social	Recibe formato de “Hoja de referencia y contrarreferencia”, séllelo y entréguelo al usuario.	
30.	Paciente	Reciba el formato y regresa el día de la cita. Continúe en la actividad 1	
31.	Medico Foniatra o Terapeuta de Lenguaje	Notifique al usuario que pase a consulta externa para notificar al Cirujano Plástico de su decisión y entregue el expediente a la enfermera	
32.	Enfermera	Recibe expediente y archiva. FIN DE PROCEDIMIENTO.	
33.	Medico Foniatra o Terapeuta de Lenguaje	Notifique al usuario que pase con la enfermera	
34.	Enfermera	Indica material a traer y programe cita subsecuente anotando día y hora en la agenda de citas y en la tarjeta de citas del paciente. Continúe en la actividad 1	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
CONTINUACION HISTORIA CLINICA			
35.	Enfermera	Registre en la “Hoja Diaria” los datos del paciente	
36.		Busque expediente del paciente	
37.		Entrega al medico el expediente y llama al paciente	
38.	Médico Foniatra o Terapeuta de Lenguaje	Reciba el expediente y al paciente, salúdelo e identifique que el nombre del paciente corresponda al anotado en el expediente.	
		¿Datos correctos?	Entonces
		Si	Aplique actividad siguiente
		No	Solicite a la enfermera cambio de expediente con los datos correctos del paciente. Aplique actividad 36
39.		Solicite al usuario los estudios y/o interconsultas.	
40.	Paciente	Entregue estudios solicitados en cita anterior a su médico tratante	
41.	Médico Foniatra o terapeuta de lenguaje	Reciba estudios solicitados, revise, analice y establezca diagnostico final	
42.		Determine plan de tratamiento basados en la función velofaríngea y los patrones de error articulado	
43.		Notifique al paciente programa de rehabilitación basados en el diagnóstico y su pronóstico Solicite al paciente o familiar carta de aceptación o rechazo del mismo (Hoja de Consentimiento Informado del Procedimiento ver anexo 05)	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
44.	Paciente	Recibe información y valora si acepta o rechaza el programa terapéutico	
		¿Aceptó?	Entonces
		Si	Aplique actividad 33
		No	Anote en el expediente la baja del paciente. Continúa actividad 31
Actualización de expediente			
45.	Enfermera	Registre en la “Hoja Diaria” los datos del paciente. Nota: Al termino del jornada entregue el formato al Área de Estadística	
46.		Busque expediente del paciente, entrega al medico el expediente y llama al paciente	
47.	Médico Foniatra o Terapeuta de Lenguaje	Reciba el expediente y al paciente, salúdelo e identifique que el nombre del paciente corresponda al anotado en el expediente.	
		¿Datos correctos?	Entonces
		Si	Aplique actividad 14
		No	Solicite a la enfermera cambio de expediente con los datos correctos del paciente. Aplique actividad 46
Continuación de Programa de Rehabilitación			
48.	Enfermera	Registre en la “Hoja Diaria” los datos del paciente. Nota: Al termino del jornada entregue el formato al Área de Estadística	
49.		Busque expediente del paciente, entrega al medico el expediente y llama al paciente	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
9

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	
50.	Médico Foniatra o Terapeuta de lenguaje	Reciba el expediente y al paciente, saludelo e identifique que el nombre del paciente corresponda al anotado en el expediente.	
		¿Datos correctos?	Entonces
		Si	Aplique actividad siguiente
		No	Solicite a la enfermera cambio de expediente con los datos correctos del paciente. Aplique actividad 49
51.		Localice en la Historia Clínica el programa terapéutico establecido	
52.	Médico Foniatra o Terapeuta de lenguaje	Pregunte si trae el material previamente solicitado al paciente	
		¿Trae material?	Entonces
		Si	Aplique actividad siguiente
		No	Solicite a la enfermera el material requerido para la terapia
53.	Enfermera	Proporciona material solicitado al Medico Foniatra	
54.	Médico Foniatra o terapeuta de lenguaje	Recibe material, aplique tratamiento de articulación y adiestre al familiar sobre el procedimiento de cómo realizarlo en el hogar	
55.	Paciente y Familiar	Recibe tratamiento, e instrucciones para realizarlo en casa e indique al médico foniatra el entendimiento de la instrucción	
56.	Médico Foniatra o Terapeuta de lenguaje	Coloque el material utiliza durante la terapia en el cesto de basura	
57.		Realice anotaciones con claridad, precisión y legibilidad las actividades realizadas en el paciente	
58.		Notifique al usuario que pase con la enfermera	
59.		Entregue expediente a la enfermera	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
10

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
 FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
60.	Enfermera	Archive expediente y programe nueva cita FIN DE PROCEDIMIENTO

DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS	
Asesorado por:	Ing/Arq. Rubén Contreras Cabrera
PERSONAL QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM M03	Manual de Organización del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva
DOM M03-1	Manual Específico de Organización de la Subdirección Médica del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Diagrama de Flujo
AM-073	Anexo 02 Tarjeta de citas
SIS-SS-01-P	Anexo 03 Registro Diario de pacientes en Consulta Externa
SRC 0/1	Anexo 04 Hoja de Referencia y Contrarreferencia
	Anexo 05 Hoja de Consentimiento Informado del Procedimiento

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
13

SELLO

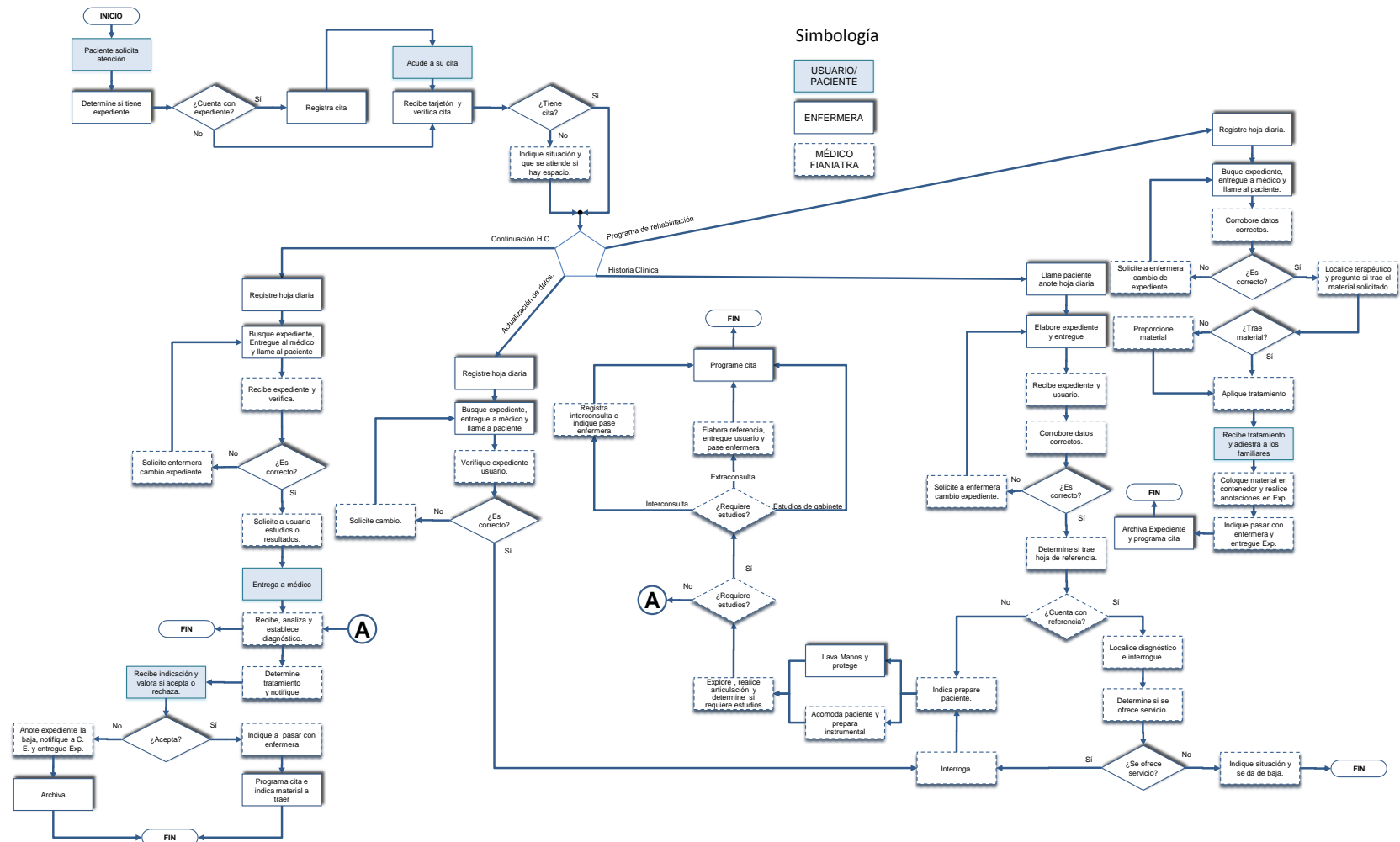


CÓDIGO: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Anexo 01: Diagrama de Flujo



SELO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
14

SELO



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Anexo 02: Tarjeta de citas

Recuerde:

Con la finalidad de no interrumpir el proceso de atención médica y quirúrgica que brinda éste instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva, es importante cumplir y seguir con los siguientes procedimientos.

A. Consulta subsecuente:

1. Archivo Clínico: Registrar sus citas
2. Laboratorio: Registrar citas para estudios de laboratorio.

B. Programación Quirúrgica:

1. Archivo Clínico: Registro de internamiento hospitalario.
2. Trabajo Social: Recibir plática de orientación quirúrgica y reglamento hospitalario.
3. Anestesiología: Valoración pre-anestésica.



**INSTITUTO JALISCIENSE DE CIRUGÍA
RECONSTRUCTIVA**



Federalismo Norte #2022 S. H. Guadalajara, Jal.

Tarjeta de Citas

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

No. de Expediente	Clasificación de Trabajo Social

AM-073

Fecha	Hora	Servicio	Médico

Citas:

[illegible]

Citas:

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
15

SELLO




CÓDIGO: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Anexo 03: Registro Diario de Paciente en Consulta Externa (Anverso)

<div>  <div> SALUD SECRETARÍA DE SALUD D. G. I. S. </div> </div>		GOBIERNO DE JALISCO SECRETARÍA DE SALUD		REGISTRO DIARIO DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA																				FECHA: <div></div> <div></div> <div></div> DIA MES AÑO			SIS-SS-01-P																																																																																						
NOMBRE DE LA UNIDAD:				CLAVES:		SERVICIO:				NOMBRE:				MED <input type="checkbox"/> ENF <input type="checkbox"/> TAPS <input type="checkbox"/>		HORA		EDAD		SEXO		DERECHOHABIENTIA		OPORTUNIDADES		ACUDE POR PRIMERA VEZ EN EL AÑO		<div> <div>PROGRAMA</div> <div>CONSULTA EMBARAZADA</div> <div>IRA MENOR DE 5 TRATA MIENTO</div> <div>ESTADO DE NUTRICION MENOR DE 5 AÑOS</div> <div>HIDRATACION ORAL</div> <div>PLANIFICACION FAMILIAR</div> <div>DETECCIONES</div> </div>																																																																																					
No.		NOMBRE		NUM. DE EXPEDIENTE		No. DE FOLIO DEL RECIBO UNICO DE CUOTAS DE RECUPERACION		<div> <div>1 ENF. TRANSMISIBLES</div> <div>2 CRONICO DEGENERATIVAS</div> <div>3 OTRAS ENFERMEDADES</div> <div>4 A SANOS</div> <div>5 PLANIFICACION FAMILIAR</div> <div>6 PRIMER TRIMESTRE</div> <div>7 SEGUNDO TRIMESTRE</div> <div>8 TERCER TRIMESTRE</div> <div>9 ANALISIS DE LABORATORIO</div> <div>10 ALTO RIESGO</div> <div>11 CONSULTA A PUERPERA</div> <div>12 SOLO SINTOMATICO CON ANTIBIOTICO</div> <div>13 OBESIDAD Y SOBREPESO</div> <div>14 NORMAL</div> <div>15 LEVE</div> <div>16 MODERADA</div> <div>17 GRAVE</div> <div>18</div> </div>																		PLAN A		PLAN B		PLAN C		RECUPERADOS		SOBRES EN PROMOCION		ENFERMEDAD DIARREICA MENOR DE 5		PLAN A		PLAN B		PLAN C		RECUPERADOS		SOBRES EN PROMOCION		INYECTABLE MENSUAL		INYECTABLE BIMESTRAL		IMPLANTE SUBDERMICO		DIU		QUIRURGICO		PRESERVATIVO		OTRO METODO		NINGUNO		PRIMERA VEZ - ATENCION		TERAPIA DE REEMPLAZO HORMONAL		PERI Y POSTMENOPAUSIA		PRESERVATIVOS REPARTIDOS - ITS		DIABETES MELLITUS		HIPERTENSION ARTERIAL		OBESIDAD		DISLIPIDEMIA		SINDROME METABOLICO		DEPRESION		ALTERACION DE MEMORIA		HIPERPLASIA PROSTATICA		ALCOHOLISMO		TABAQUISMO		FARMACOS		TUBERCULOSIS		SIFILIS		SIFILIS EMBARAZADA		EMBARAZADA SANA TRA - DM		TRA DETECCION EN PACIENTE - DM		TRA CONTROL EN PACIENTE - DM		ATENCION INTEGRADA LINEA DE VIDA		NUM. INTERVENCIONES EN CARTILLA DE SALUD		PERSONA QUE PRESENTA CARTILLA		SITUACIONES ESPECIALES	
ANVERSO		CLAVES DE DERECHOHABIENTIA:		CLAVES DE SITUACIONES ESPECIALES:		CLAVES DE PERSONA QUE PRESENTA CARTILLA:		SIS-2008																																																																																																									
		1.- IMSS 2.- ISSSTE 3.- SEGURO POPULAR 4.- OTRAS		1.- MIGRANTE 2.- INDIGENA 3.- PACIENTE PALIA (DOLOR)		4.- REFERIDO 5.- CONTRAREFERIDO 6.- CONSULTA CON PROCEDIMIENTO		V.- 0 A 19 AÑOS DE VACUNACION M.- MUJERES DE 20 A 59 AÑOS H.- HOMBRES DE 20 A 59 AÑOS X.- MUJERES Y HOMBRES DE 60 Y MAS A.- ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS CON ANEXO																																																																																																									

Para el llenado del
formato, revisar el
manual de Estadística

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
16

SELLO



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Registro Diario de Paciente en Consulta Externa (Reverso)

[illegible]

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
17

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



Código: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Anexo 04: Hoja de Referencia y Contrarreferencia

SECRETARÍA DE SALUD SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA		SRC 0/1	
FECHA DE REFERENCIA: _____	NO. DE CONTROL: _____	EDAD	SEXO
NOMBRE DEL PACIENTE: _____		AÑOS	MESES M F
DOMICILIO DEL PACIENTE: _____			
MOTIVO DE ENVÍO: _____	DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____		URG.
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____			
ESPECIALIDAD O SERVICIO: _____			
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____			
SECRETARÍA DE SALUD HOJA DE REFERENCIA			
NO. DE CONTROL: _____	URGENCIAS: SI _____ NO _____		
II			
NOMBRE (S) _____	APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRES _____
NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____	EDAD: _____	SEXO: _____	
III			
UNIDAD QUE REFIERE _____			
IV			
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____			
DOMICILIO: _____			
CALLE _____ NÚMERO _____ COLONIA _____			
SERVICIO AL QUE SE ENVÍA: _____			
V			
MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP. _____ F.R. _____			
F.C. _____ PESO: _____ TALLA: _____			
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____			
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD		NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE	

VISITA DOMICILIARIA	
VI	
FECHA DE VISITA: _____	FECHA DE ALTA: _____
SE LE ATENDIÓ: SI _____ NO _____	NOMBRE DE LA UNIDAD: _____
¿POR QUÉ? _____	
OBSERVACIONES: _____	
HOJA DE CONTRARREFERENCIA	
VII	
UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE	
NOMBRE: _____	
SERVICIO: _____	
VIII	
MANEJO DEL PACIENTE	
RESUMEN: _____	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____	
INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRICIÓN: _____	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO:	DOM-P329-I1_001
FECHA DE EMISIÓN:	25 FEBRERO DEL 2008
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN:	001/ JULIO DEL 2008

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FORMA “SRC” 0/1

PROPÓSITOS:

Registrar los datos clínicos más relevantes de los pacientes en el procedimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Manejo de la forma:

Esta forma será llenada con letra de molde o a máquina.

El original y una copia se proporcionarán al paciente, quien a su vez las entregará a la unidad médica correspondiente, en donde concluida su atención, recibirá la contrarreferencia para entregarla a la unidad de origen.

Procedimiento de llenado:

En el caso de la referencia, la forma será llenada por el médico tratante.

Para la contrarreferencia, el médico tratante deberá llenar el apartado VII y VIII que se indica en el reverso.

Para la visita domiciliaria; la trabajadora social o enfermera del centro de salud deberán llenar el apartado VI, que corresponde al talonario.

Descripción de la Hoja de Referencia (Anverso)

Consta de dos partes:

La parte superior es un talonario que se conserva en el archivo de la unidad que refiere; siendo controlado por enfermería o trabajo social, se anotarán los datos siguientes:

Fecha de referencia: anotar el día, mes y año en que el paciente es referido a otra unidad médica.

No. De control: corresponde al folio; anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja “SRC 0/1”, solicitud de referencia y contrarreferencia.

Nombre del paciente: Anotar el nombre completo del paciente.

Edad: Anotar con números arábigos la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días cuando el paciente sea menor de un mes.

Sexo: Anotar una “M” o una “F” según se trate de masculino o femenino respectivamente.

Domicilio del paciente: Anotar el nombre de la calle, número, código postal, ciudad y teléfono.

Motivo de envío: Anotar el motivo que origina la referencia del paciente a otra unidad médica (interconsulta con especialista, tratamiento, estudios de especialidad, etc.)

Diagnóstico presuntivo: Anotar el diagnóstico establecido por el médico que refiere al paciente.

Urgencia: Señalar con una cruz si la referencia se considera de urgencia.

Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere al paciente.

Especialidad o servicio: Anotar el nombre de la especialidad o servicio al que se envía el paciente.

Nombre del médico que refiere: Anotar nombre y apellidos del médico tratante, especificar si es médico general o especialista.

La parte inferior de la forma es la hoja de referencia propiamente dicha, y cuenta con los siguientes rubros:

No. De control: Anotar el número de folio correspondiente a la hoja “SRC 0/1”.

Urgencia: Anotar una cruz, dependiendo si requiere de atención de urgencia o no en el caso que se requiera, observar procedimiento de traslado de pacientes.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
19

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001

FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Nombre: Anotar el nombre del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre.

No. De expediente: Anotar el número correspondiente al expediente clínico del paciente.

Edad: Anotar con número arábigo la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días para los menores de un mes.

Sexo: Anotar una "M" o una "F" según se trate de masculino o femenino, respectivamente.

Unidad que refiere: Anotar el nombre de la unidad médica que refiere al paciente.

Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere al paciente.

Domicilio: anotar el nombre de la calle, número y colonia de la unidad a la que se refiere.

Servicio al que se envía: Anotar el nombre del servicio.

Motivo de la referencia (resumen clínico del padecimiento): describir de manera clara y completa, incluyendo signos y síntomas del padecimiento que motiva la referencia del paciente a otra unidad médica. En caso de que la referencia sea motivada únicamente con fines de estudio de laboratorio o gabinete deberá justificarse en este rubro. Anotar en el rubro correspondiente la tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, peso y talla del paciente.

Impresión diagnóstica: Anotar el diagnóstico definitivo o presuntivo que apoye la referencia.

Nombre y firma del responsable de la unidad: Registrar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que refiere al paciente, con el propósito de avalar el procedimiento.

Nombre y firma del médico que refiere: Registrar el nombre del médico o técnico en atención primaria de la salud que refiere al paciente.

HOJA DE CONTRARREFERENCIA (REVERSO)

Consta de dos partes:

La parte superior corresponde a los datos de la visita domiciliar que se le realizará al paciente para su control; cuenta con los siguientes rubros:

Fecha de visita: anotar la fecha en que se realizó la visita domiciliar de seguimiento.

Fecha de alta: Anotar la fecha en que se dio de alta al paciente en la unidad que lo atendió.

Se le atendió: Marcar con una cruz en el lugar correspondiente si fue atendido se agregará la fecha, si no fue atendido se anotará el motivo.

Nombre de la unidad: Anotar el nombre de la unidad a la que asistió.

Observaciones: Hacer las anotaciones que se consideren necesarias de la visita realizada.

La parte inferior de la hoja es desprendible y corresponde a la contrarreferencia, la cual cuenta con los datos siguientes:

Unidad médica que contrarrefiere:

Nombre: Anotar el nombre de la unidad médica que emite la contrarreferencia del paciente.

Servicio: Anotar el nombre del servicio que atendió al paciente.

Manejo del paciente:

Resumen: Anotar las condiciones clínicas en las que el paciente referido ingresa a la unidad médica, así como su evolución durante su estancia en la misma y las medidas terapéuticas que se llevaron a cabo, señalando el nombre de los medicamentos, la dosis y la duración del tratamiento.

Diagnóstico de ingreso: Anotar el o los diagnósticos clínicos probables, motivo de su ingreso.

Diagnóstico de egreso: Anotar el diagnóstico definitivo en forma clara.

Instrucciones y recomendaciones: Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico para el control subsecuente del paciente en su unidad de origen, en éste se incluirán las sugerencias de manejo dietético, higiénico, dar por terminado el tratamiento, indicar si se continuará el tratamiento, regreso a consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en el caso de enviar al paciente a otra área de especialidad.

Anotar el nombre completo y firma del médico que trató al paciente referido.

Anotar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que contrarrefiere al paciente.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
20


SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA CONSULTA DEL SERVICIO DE FONIATRÍA



CÓDIGO: DOM-P329-I1_001
FECHA DE EMISIÓN: 25 FEBRERO DEL 2008
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001/ JULIO DEL 2008

Anexo 05: Hoja de Consentimiento Informado del Procedimiento

**Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva**
"Dr. José Guerrerosantos"
Federalismo 2022, Guadalajara, Jalisco 33 38243904

Carta de Consentimiento Informado para Procedimientos

Yo: _____ de _____ años de edad, sexo Masc. Fem.
Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____

Con domicilio en: _____
Calle _____ No. _____ Colonia _____ C.P. _____ Mpio. _____ Estado _____ Teléfono _____

Paciente Familiar Responsable de: _____

Identificándome con _____

Declaro:
Que el Dr. _____ me ha explicado que es conveniente me (le) realicen los procedimientos que a continuación se señalan:

Así mismo, me ha informado en lenguaje claro y sencillo, que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea o no quirúrgico, lleva implícito un riesgo de complicaciones menores o mayores e incluso de mortalidad, que pueden derivarse del estado previo del paciente y/o de efectos adversos impredecibles de los medicamentos que se administran, las cuales pueden requerir tratamientos complementarios que podrían prolongar la estancia hospitalaria. En particular manifiesto que me ha informado al respecto de los beneficios esperados y de los riesgos del procedimiento en cuestión, por lo que, conocedor del contenido y alcance legal de este documento, bajo protesta de decir verdad de que he sido satisfactoriamente informado, autorizo al personal de este hospital para que lleve a cabo el plan propuesto, así como la aplicación de las medidas que se requieran por alguna situación no sospechada de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Atendiendo al principio de confidencialidad, designo a _____ para que solo él (ella) reciba información sobre mi estado de salud, diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO _____ NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL _____

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (1) _____ NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (2) _____

A pesar de las propuestas de manejo médico arriba referidas y de la información recibida sobre su importancia para mi salud, niego la autorización para recibir dicho procedimiento y libero de toda responsabilidad sobre esta decisión al instituto jalisciense de cirugía reconstructiva Dr. José Guerrerosantos

Guadalajara Jalisco. A _____ de _____ del 200_____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
21

SELLO