



GOBIERNO
DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS.

AUTORIZACIONES

RÚBRICA

DOCUMENTÓ: T.S. NORMA HERNÁNDEZ RUÍZ
JEFA DE TRABAJO SOCIAL

Vo. Bo.:

RÚBRICA

DR. GERARDO BARAJAS MORALES
SUBDIRECTOR MÉDICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE Cd. GUZMÁN

RÚBRICA

LAE. MIRIAM DEL CARMEN SOSA MARTÍNEZ
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL REGIONAL DE Cd. GUZMÁN

AUTORIZÓ:

RÚBRICA

DR. ALFONSO DELGADO BRISEÑO
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE Cd. GUZMÁN

CÓDIGO: DOM P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

No./FECHA DE REVISIÓN: 001/ 10 OCTUBRE 2007

FECHA DE AUTORIZACIÓN: 15 OCTUBRE 2007

COPIA No.:

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Si 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: Hospital Regional de Cd. Guzmán
Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos
24 marzo 2014

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



CÓDIGO: DOM – P393-HR3_001
FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

- Objetivo** Establecer los lineamientos y proceso para la elaboración y aplicación de acuerdos para la prestación de servicios de auxiliares de diagnóstico y valoraciones por médicos especialistas externos.
- Alcance** Este procedimiento aplica a la dirección, subdirección médica, administrativa, personal médico, de enfermería y de trabajo social del hospital regional.
- Políticas**
1. En caso de que en el momento de estar realizando gestiones para la prestación de un servicio a un paciente, se realice cambio de turno, se debe retomar el proceso de las gestiones en la etapa en que se quedaron en el turno anterior.
 2. Los acuerdos realizados con proveedores externos para la prestación de servicios deben tener periodo de vigencia del 1º enero al 31 de diciembre de cada año, además deben revisarse y actualizarse en el mes de diciembre.
 3. El director o subdirector médico debe dar a conocer a todo el personal médico del hospital todo acuerdo establecido para la prestación de un servicio, el proveedor de éste y los requisitos para su solicitud.
 4. El personal médico debe cumplir con los requisitos requeridos por los proveedores externos en el momento de solicitar el servicio de éste, según lo establecido en el acuerdo.
 5. El personal médico debe revisar los resultados proporcionados por el proveedor externo y cuando éstos no cumplan con la calidad establecida en el acuerdo, debe notificarlo al director de la unidad.
- Definiciones**
- Acuerdo:** Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas.
- Instancia:** Institución u organismo.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
2

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



CÓDIGO: DOM – P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

DESCRIPCIÓN NARRATIVA

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Etapa: Elaboración de Acuerdo para Prestación de Servicios		
1.	Personal Médico	Detecta la necesidad de proporcionar a los pacientes, servicios auxiliares de diagnóstico y/o valoraciones de médicos especialistas, que rebasan el nivel de atención proporcionado por el hospital; lo comunican al director del hospital.
2.	Director, Subdirector Médico, Administrativo y/o Trabajo Social	<p>Gestione con el posible proveedor del servicio externo los términos y condiciones para realizar un acuerdo para la prestación del servicio con las especificaciones necesarias de acuerdo al tipo de servicio solicitado y considerando además los siguientes puntos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrar los requisitos para el envío de los pacientes. • Proporcionar precio especial al hospital. • Listado de precios de los servicios que proporciona. • Que el costo de los servicios proporcionados será cubierto por el paciente o familiar. • Respetar los costos acordados a todo paciente derivado por el hospital. • Requisitos que requiere el proveedor para el envío de pacientes normales y de casos especiales. • Requisitos que solicita el hospital del proveedor para la prestación del servicio, en cuanto a seguridad, calidad, humanismo, respeto a la integridad y privacidad del paciente. • Los requisitos para la integración y envío de los resultados. • Cuando se requiera realizar toma de muestra al paciente dentro del hospital, por que el estudio así lo requiere, el proveedor realizará la toma. • Atender de la misma manera a todos los pacientes derivados por el hospital sin importar si pueden cubrir el costo del servicio. • El proveedor se compromete a participar de manera permanente en el programa de control de calidad externo.
3.	Director, Subdirector Médico, Administrativo	Solicite al proveedor documentación comprobatoria para el ejercicio de su profesión como: copia de cédula profesional, copia de aviso de funcionamiento y copia de aviso de responsable o sus equivalentes. Elabore “ anteproyecto del acuerdo ” considerando los términos y condiciones acordadas, entregue a cada una de las partes involucradas para su revisión, recabe firma de recibido en el original y archívelo.

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
3

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



Código: DOM – P393-HR3_001
 FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
4.	Instancias	Reciban anteproyecto, lo revisan y redactan respuesta al documento preliminar o anteproyecto y entregan al director, subdirector médico o administrativo.						
5.	Director, Subdirector Médico, Administrativo	Reciba respuesta sobre el anteproyecto y determine si se realizan ajustes al mismo: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #D3D3D3;"> <th style="width: 20%;">Ajustes</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Realice los ajustes requeridos al anteproyecto y aplique actividad 3.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Entréguelo por escrito y archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos, solicitando su colaboración para revisión y elaboración del Acuerdo la Prestación de Servicios en cuestión, adjuntado los documentos probatorios de personalidad jurídica de las instancias correspondientes. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	Ajustes	Entonces	Sí	Realice los ajustes requeridos al anteproyecto y aplique actividad 3.	No	Entréguelo por escrito y archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos, solicitando su colaboración para revisión y elaboración del Acuerdo la Prestación de Servicios en cuestión, adjuntado los documentos probatorios de personalidad jurídica de las instancias correspondientes. Aplique siguiente actividad.
Ajustes	Entonces							
Sí	Realice los ajustes requeridos al anteproyecto y aplique actividad 3.							
No	Entréguelo por escrito y archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos, solicitando su colaboración para revisión y elaboración del Acuerdo la Prestación de Servicios en cuestión, adjuntado los documentos probatorios de personalidad jurídica de las instancias correspondientes. Aplique siguiente actividad.							
6.	Dirección de Asuntos Jurídicos	Proceda a la revisión del anteproyecto, revise se cumpla con la normatividad oficial correspondiente, elabore observaciones y regrese el documento a quien lo remite.						
7.	Director, Subdirector Médico, Administrativo	Reciba el anteproyecto, determine si jurídico indica realizar modificaciones al anteproyecto: <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <thead> <tr style="background-color: #D3D3D3;"> <th style="width: 20%;">¿Modificaciones?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Realice las correcciones indicadas por la Dirección de Asuntos Jurídicos al “anteproyecto”, imprímalo y entréguelo por escrito y archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos, Aplique actividad 4.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Elabore el “proyecto” definitivo y envíelo por escrito y en archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos. Aplique siguiente actividad.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Modificaciones?	Entonces	Sí	Realice las correcciones indicadas por la Dirección de Asuntos Jurídicos al “anteproyecto” , imprímalo y entréguelo por escrito y archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos, Aplique actividad 4.	No	Elabore el “proyecto” definitivo y envíelo por escrito y en archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos. Aplique siguiente actividad.
¿Modificaciones?	Entonces							
Sí	Realice las correcciones indicadas por la Dirección de Asuntos Jurídicos al “anteproyecto” , imprímalo y entréguelo por escrito y archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos, Aplique actividad 4.							
No	Elabore el “proyecto” definitivo y envíelo por escrito y en archivo electrónico a la Dirección de Asuntos Jurídicos. Aplique siguiente actividad.							
8.	Dirección de Asuntos Jurídicos	Elabore el “acuerdo para la prestación de servicios” , en 3 tantos originales y regrese el documento a quien lo remite.						

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



Código: DOM – P393-HR3_001
 FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
9.	Director, Subdirector Médico, Administrativo	<p>Reciba el documento en 3 tantos originales y organice el evento de formalización y recabe firmas de las partes involucradas y de los testigos, entregue original al proveedor que formará parte del acuerdo. Remita mediante memorando el original del documento final del acuerdo, a la Dirección de Asuntos Jurídicos, fotocópielo y entregue fotocopias a cada una de las áreas hospitalarias involucradas para su conocimiento, archive el original.</p> <p>Fin de la Elaboración del Acuerdo.</p>						
Etapa: Aplicación del Acuerdo para Prestación de Servicios								
10.	Médico Tratante	<p>Detecta necesidad de servicios por acuerdo con proveedor externo, elabore “solicitud de laboratorio” o “solicitud de rayos x” o “solicitud programa interinstitucional de sangre y sus componentes” o realice <i>solicitud de consulta por médico especialista en “nota médica”</i> u “ordenes médicas”, tratándose de la solicitud, entréguela al paciente y /o familiar y envíelo a trabajo social; y tratándose de la nota u orden médica, notifique verbalmente a trabajo social la consulta requerida.</p>						
11.	Trabajo Social	<p>Determine si recibe notificación verbal para consulta de especialidad:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #D3D3D3;"> <th style="width: 20%;">¿Notificación verbal?</th> <th style="width: 80%;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td> <p>Comuníquese con el proveedor requerido y solicítele que proporcione el servicio solicitado por el médico tratante, llene hoja de “indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas”, informe al médico tratante el horario en el que se realizará la prestación del servicio y entregue la hoja de indicaciones al familiar indicándole las especificaciones para la prestación del servicio, el costo y la entrega de los resultados. Aplique siguiente actividad</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td> <p>Aplique actividad 13.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	¿Notificación verbal?	Entonces	Sí	<p>Comuníquese con el proveedor requerido y solicítele que proporcione el servicio solicitado por el médico tratante, llene hoja de “indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas”, informe al médico tratante el horario en el que se realizará la prestación del servicio y entregue la hoja de indicaciones al familiar indicándole las especificaciones para la prestación del servicio, el costo y la entrega de los resultados. Aplique siguiente actividad</p>	No	<p>Aplique actividad 13.</p>
¿Notificación verbal?	Entonces							
Sí	<p>Comuníquese con el proveedor requerido y solicítele que proporcione el servicio solicitado por el médico tratante, llene hoja de “indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas”, informe al médico tratante el horario en el que se realizará la prestación del servicio y entregue la hoja de indicaciones al familiar indicándole las especificaciones para la prestación del servicio, el costo y la entrega de los resultados. Aplique siguiente actividad</p>							
No	<p>Aplique actividad 13.</p>							
12.	Familiar	<p>Recaba resultados y entrega al médico tratante.</p> <p>Fin de Aplicación de Acuerdos para la Prestación de Servicios.</p>						

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



CÓDIGO: DOM – P393-HR3_001
 FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

No. ACT	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
13.	Trabajo Social	<p>Reciba solicitud, revise tipo de servicio que requiere el paciente, determine el costo del servicio en la lista de precios del proveedor, informe al paciente o familiar el costo del servicio y determine si el familiar o paciente cuenta con recursos para la elaboración del mismo:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #D3D3D3;"> <th style="width: 20%;">¿Cuenta con recursos?</th> <th style="width: 80%;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Sí</td> <td>Realice las gestiones necesarias para concertar cita con el proveedor y/o ambulancia en caso de requerirse, elabore “indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas”, entregue al paciente o familiar y oriéntelo sobre la prestación del servicio a realizar al paciente y la entrega de los resultados Aplique actividad 14.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">No</td> <td>Localice a familiares, notifíqueles de la necesidad del paciente, y programe la cita con el proveedor de acuerdo a las necesidades de realización del estudio y posibilidades económicas del paciente, gestione ambulancia en caso de requerirse, elabore “indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas”, entregue al paciente o familiar y oriéntelo sobre la prestación del servicio a realizar al paciente y la entrega de los resultados. Aplique actividad 14.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: En caso de que el paciente no cuente con los recursos económicos requeridos solicite apoyo a los DIF municipales y realice las gestiones necesarias para cubrir el costo.</p>	¿Cuenta con recursos?	Entonces	Sí	Realice las gestiones necesarias para concertar cita con el proveedor y/o ambulancia en caso de requerirse, elabore “ indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas ”, entregue al paciente o familiar y oriéntelo sobre la prestación del servicio a realizar al paciente y la entrega de los resultados Aplique actividad 14.	No	Localice a familiares, notifíqueles de la necesidad del paciente, y programe la cita con el proveedor de acuerdo a las necesidades de realización del estudio y posibilidades económicas del paciente, gestione ambulancia en caso de requerirse, elabore “ indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas ”, entregue al paciente o familiar y oriéntelo sobre la prestación del servicio a realizar al paciente y la entrega de los resultados. Aplique actividad 14.
¿Cuenta con recursos?	Entonces							
Sí	Realice las gestiones necesarias para concertar cita con el proveedor y/o ambulancia en caso de requerirse, elabore “ indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas ”, entregue al paciente o familiar y oriéntelo sobre la prestación del servicio a realizar al paciente y la entrega de los resultados Aplique actividad 14.							
No	Localice a familiares, notifíqueles de la necesidad del paciente, y programe la cita con el proveedor de acuerdo a las necesidades de realización del estudio y posibilidades económicas del paciente, gestione ambulancia en caso de requerirse, elabore “ indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas ”, entregue al paciente o familiar y oriéntelo sobre la prestación del servicio a realizar al paciente y la entrega de los resultados. Aplique actividad 14.							
14.	Paciente o Familiar	<p>Acude con el proveedor, a la elaboración de estudios o valoraciones, recibe resultados y entrega al médico tratante.</p> <p>Fin de Aplicación de Acuerdos para la Prestación de Servicios.</p>						

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

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



CÓDIGO: DOM – P393-HR3_001
FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

Documentos de Referencia

Código	Documento
DOM-M53	Manual de Organización de Hospitales Regionales.
NOM.-03-SSA-1993	Para la disposición de sangre humano y sus componentes con fines terapéuticos
NOM.-168-	Expediente clínico

Formatos Utilizados (Ver anexos)

Código	Documento
	Anexo 01 Anteproyecto del acuerdo
	Anexo 02 Proyecto
	Anexo 03 Acuerdo para la prestación de servicios
	Anexo 04 Solicitud de laboratorio
	Anexo 05 Solicitud de rayos x
	Anexo 06 Solicitud programa interinstitucional de sangre y sus componentes
	Anexo 07 Nota médica
	Anexo 08 Ordenes médicas
	Anexo 09 Indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
7

SELLO

**PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE
ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS
ESPECIALISTAS**



CÓDIGO: DOM – P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXOS

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
8

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



Código: DOM – P393-HR3_001
FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007
NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 01 Anteproyecto del Acuerdo

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
HOSPITAL REGIONAL DE CD. GUZMÁN, JALISCO



ACUERDO DE GESTION PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DE ANALISIS, MICROBIOLOGIA, BANCO DE SANGRE Y MEDICINA TRANSFUSIONAL CON:
"DIAGNOSTICO LABORATORIAL PRIMERO DE MAYO" Y "BANCO DE SANGRE DOYTRAVI MEDICINA TRANSFUSIONAL"
HIDALGO NO. 771 INT. 9 COL. DOCTORES TEL. 4124610

Por tu Salud Trabajamos Contigo
• AV. Lic. Carlos Paez Stille S/N • Colonia Ejidal • Cd. Guzmán, Jal. • Tel. 41 3 20 82 • 41 3 54 67
www.jalisco.gob.mx 41 3 22 10

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



GOBIERNO DE JALISCO
SECRETARÍA DE SALUD

Código: DOM – P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 01 Anteproyecto del Acuerdo

 SECRETARÍA DE SALUD JALISCO	Cd. Guzmán, Jal., Enero 2 del 2007
SERVICIOS DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL DE CD. GUZMAN, JALISCO	
ACUERDO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUBROGADOS	
UNIDADES LOCALES	
<p>ACUERDO DE GESTION, que celebran por una parte el HOSPITAL REGIONAL DE CD. GUZMAN, con domicilio en Av. Lic. Carlos Páez Stille, esquina con Gregorio Torres Quintero sin número, de esta ciudad, representada en este acto por el DR. ALFONSO DELGADO BRISEÑO, Director de la Unidad y por otra parte la empresa denominada DIAGNOSTICO LABORATORIAL "PRIMERO DE MAYO Y BANCO DE SANGRE DOYTRAVI MEDICINA TRANSFUSIONAL, ambos situados en Hidalgo No. 771, Interior 9 Colonia Doctores, de esta ciudad representada por la Q.F.B. MARIA ELENA BARBOZA ÁLVAREZ Y EL DR. SAMUEL MANCILLA GARCÍA.</p>	
DECLARACIONES	
DECLARAN LAS PARTES:	
<p>Que se reconocen mutuamente la personalidad con la que comparecen para la celebración del presente acuerdo.</p>	
CLAUSULAS:	
<p>PRIMERA.- Mediante el presente convenio el Hospital Regional de Cd. Guzmán, se compromete a enviar a dicho laboratorio a los pacientes que requieran estudios o análisis que el hospital no cuente con determinados servicios.</p> <p>a) Los pacientes que sean enviados por medio del Departamento de Trabajo Social presentarán la solicitud del estudio a realizar, debidamente sellada y validada por el departamento.</p> <p>b) El Hospital se compromete a enviar pacientes cuando no se les pueda realizar ciertos estudios o análisis, y su costo pueda ser cubierto por dichos pacientes o en su defecto se les consiga apoyo económico para solventar su costo. Los pacientes podrán ser enviados, o sus muestras con solicitud médica del Hospital ya sea por un familiar del paciente o por personal de esta Institución, en caso de no contar con ellos de momento.</p> <p>c) Se enviarán las muestras y pacientes de acuerdo a las indicaciones dadas por el laboratorio.</p>	
Por tu Salud Trabajamos Contigo	
* AV. Lic. Carlos Paez Stille S/N • Colonia Ejdal • Cd. Guzmán, Jal. • Tel. 41 3 20 82 • 41 3 54 67 www.jalisco.gob.mx 41 3 22 10	

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
10

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



Código: DOM – P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 01 Anteproyecto del Acuerdo


SERVICIOS DE SALUD JALISCO
HOSPITAL REGIONAL DE CD. GUZMÁN, JALISCO

d) El Laboratorio se compromete a enviar listas de precios especiales para el Hospital Regional de Cd. Guzmán, de los servicios que presta
e) El Laboratorio se compromete a hacer la toma de la muestra dentro del hospital siempre y cuando el estudio así lo requiera.
f) El Laboratorio se compromete a otorgar seguridad, calidad y precio a todos los pacientes que sean enviados por dicho Hospital.
g) En el caso de Hemoderivados para pacientes que no pueden solventar su costo según evaluación del Estudio Socio-Económico del Departamento de Trabajo Social del Hospital Regional de Cd. Guzmán, este hablará vía telefónica con la Q.F.B. Ma. Elena Barboza Álvarez, para un Costo de Recuperación Laboratorial parcial y el aporte de dos donadores útiles con el único fin de garantizar la salud del presente paciente y garantizar sobre todo disponibilidad de Hemoderivados para la comunidad de la Región Sur de Jalisco.
h) El Laboratorio se compromete a participar de manera permanente en el "Programa de Control de Calidad Externo".

SEGUNDA.- Para la celebración del presente acuerdo acuden libre y en total libertad las partes para obligarse en los términos del mismo sin que exista algún vicio de la voluntad que concurra.

El presente acuerdo se firma por duplicado quedando un tanto en poder de los comparecientes el día 2 de enero del 2007, en Cd. Guzmán, Jalisco, ante la presencia de dos testigos de asistencia que dan fe.

FIRMAN DE ACUERDO POR DOYTRAVI

Q.F.B. MA. ELENA BARBOZA A. DR. SAMUEL MANCILLA GARCIA

FIRMA DE ACUERDO POR HOSPITAL REGIONAL DE CD. GUZMAN

DR. ALFONSO DELGADO BRISEÑO

Por tu Salud Trabajamos Contigo
• AV. Lic. Carlos Páez Stille S/N • Colonia Ejidal • Cd. Guzmán, Jal. • Tel. 41 3 20 82 • 41 3 54 67
www.jalisco.gob.mx

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
11

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



Código: DOM – P393-HR3_001
Fecha de Emisión: 4 OCTUBRE 2007
Número/ Fecha de Revisión: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 01 Anteproyecto del Acuerdo

SERVICIOS DE SALUD JALISCO
HOSPITAL REGIONAL DE CD. GUZMAN, JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

TESTIGOS

L.T.S. NORMA HERNANDEZ RUIZ

LIC. MIRIAM DEL C. SOSA MTZ.

Por tu Salud Trabajamos Contigo
• AV. Lic. Carlos Paez Stille S/N • Colonia Ejidal • Cd. Guzmán, Jal. • Tel. 41 3 20 82 • 41 3 54 67

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

**PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE
ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS
ESPECIALISTAS**



Código: DOM – P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 04 Solicitud de Laboratorio

 SECRETARIA DE SALUD JALISCO	SECRETARIA DE SALUD JALISCO HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD GUZMAN JAL. AV. CARLOS PAEZ STILL S/N	
SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO		
FECHA: _____		
NOMBRE DEL PACIENTE: _____		
SERVICIO: _____		No. DE CAMA: _____
DX: _____		
FAVOR DE PRACTICAR:		
_____ FIRMA DEL MEDICO		

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
13

SELLO

**PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE
ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS
ESPECIALISTAS**



Código: DOM – P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 05 Solicitud de Rayos X

DEBE PRESENTARSE EN: _____ _____	 	SECRETARIA DE SALUD JALISCO
FECHA: _____		HOSPITAL REGIONAL CIUDAD GUZMAN
HORA: _____		AV. CARLOS PAEZ STILL S/N
DR. _____		SOLICITUD DE RADIOGRAFIA
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	EXP: _____	
EDAD: _____	FECHA DE ESTUDIO: _____	
DIAGNOSTICO: _____		
MOTIVO DE LA CONSULTA: _____ _____ _____		
HALLAZGOS: _____ _____ _____		
INTERPRETACION: _____ _____ _____		

SELLO
DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS ESPECIALISTAS



Código: DOM – P393-HR3_001
 FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007
 NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 06 Solicitud programa interinstitucional de sangre y sus componentes

DOYTRAVI
 MEDICINA TRANSFUNCIONAL
 ASOCIADO AL HOSPITAL SANTA ROSALIA
 HIDALGO 771 INT9 CD. GUZMÁN, JAL.
 Biper Tel. 333-33 Clave 2230 Tel. y Fax (341) 225 00 232 96

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

PROGRAMA DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL DE SANGRE Y SUS COMPONENTES

C. DR. _____ Lugar y fecha _____

Solicito a usted, de nos proporcione _____ Unidades de (ver al reverso);
 de grupo _____ Y Rh.: _____ para ser transfundidos al paciente _____ de la cama _____

Servicio de _____ con el diagnóstico _____
 Prescrita por el Doctor: _____
 Para (indicación) _____

Los productos proporcionados serán repuestos con donadores voluntarios (Ver reverso)

ATENTAMENTE

_____ Rubrica del médico Solicitante

 Firma de la persona autorizada
 Químico o laboratorista

 Sello del Establecimiento

 Nombre y firma del Director o Subdirector Medico en Turno.

Nombre del establecimiento: _____

Responsable del Banco de Sangre o del Servicio de Transfusión: _____

Responsable del establecimiento o Dir. Med.: _____

Licencia No. o Código de SSA.; _____

Teléfonos: _____

Domicilio Completo: _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

SELLO

**PROCEDIMIENTO PARA LA ELABORACIÓN Y APLICACIÓN DE
ACUERDOS CON AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y MÉDICOS
ESPECIALISTAS**



Código: DOM – P393-HR3_001

FECHA DE EMISIÓN: 4 OCTUBRE 2007

NÚMERO/ FECHA DE REVISIÓN: 001 / 10 OCTUBRE 2007

ANEXO 09 Indicaciones para estudios y/o valoraciones médicas

**HOSPITAL REGIONAL
CD. GUZMÁN, JAL.
TRABAJO SOCIAL
INDICACIONES P/ ESTUDIOS Y/O VALORACIONES MÉDICAS**

FECHA: _____ HORA: _____

T.S. _____

SELLO

DOCUMENTO DE REFERENCIA

Página
18

SELLO