



Guadalajara
La Ciudad



Unidad Médica de Urgencias



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Manual de Procedimientos de Hospitalización

Tomo II

Elaboración: 16 de enero del 2017 Actualización: 30 de junio 2020 Nivel: II

Autorización: _____





Construcción
de Comunidad



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021



Presentación

El Manual de procedimientos de hospitalización, que hoy se pone a disposición de los titulares y trabajadores de las unidades médicas/orgánicas de la Dirección de Servicios Médicos del H. Ayuntamiento de Guadalajara, tiene por objeto establecer una forma de proceder estandarizada en todas ellas, así como la de cumplir con los reglamentos en la materia.

Es importante señalar, que ***las viejas formas de hacer las cosas no nos traerán el futuro deseado***, es por ello que debemos estar conscientes y tomar una elección entre ***si aceptamos a nuestra institución tal y como es o, si trabajamos para construir algo mucho mejor***. Puede ser que en el proceso tropecemos, pero habrá que hacer un esfuerzo para levantarnos y seguir en el rumbo que elegimos. Lo importante es, que, ***si no nos ponemos límites, no sabremos de lo que somos capaces de lograr***.

Los procedimientos deben estar en constante monitoreo para poder detectar posibles errores e implementar cada vez, procedimientos de trabajo más eficientes en beneficio de la sociedad tapatía y de todo aquel visitante que por algún motivo tuvieron un accidente que les genera la necesidad de atención médica o quirúrgica de urgencias.

La estrategia documental que se desea implementar, se enfoca en el desarrollo organizacional para lograr mejores eficiencias en los procesos de trabajo, es por lo anterior, que el C. Director de Servicios Médicos Municipales, el **Dr. Miguel Ángel Andrade Ramos, ha instruido que la atención médica en hospitalización, sea estandarizada e implementada en las Cruz Verde, con el objeto de que el proceso de atención a los pacientes, sea la mismo en todas las unidades.**

LA CALIDAD EN SERVICIOS MÉDICOS.

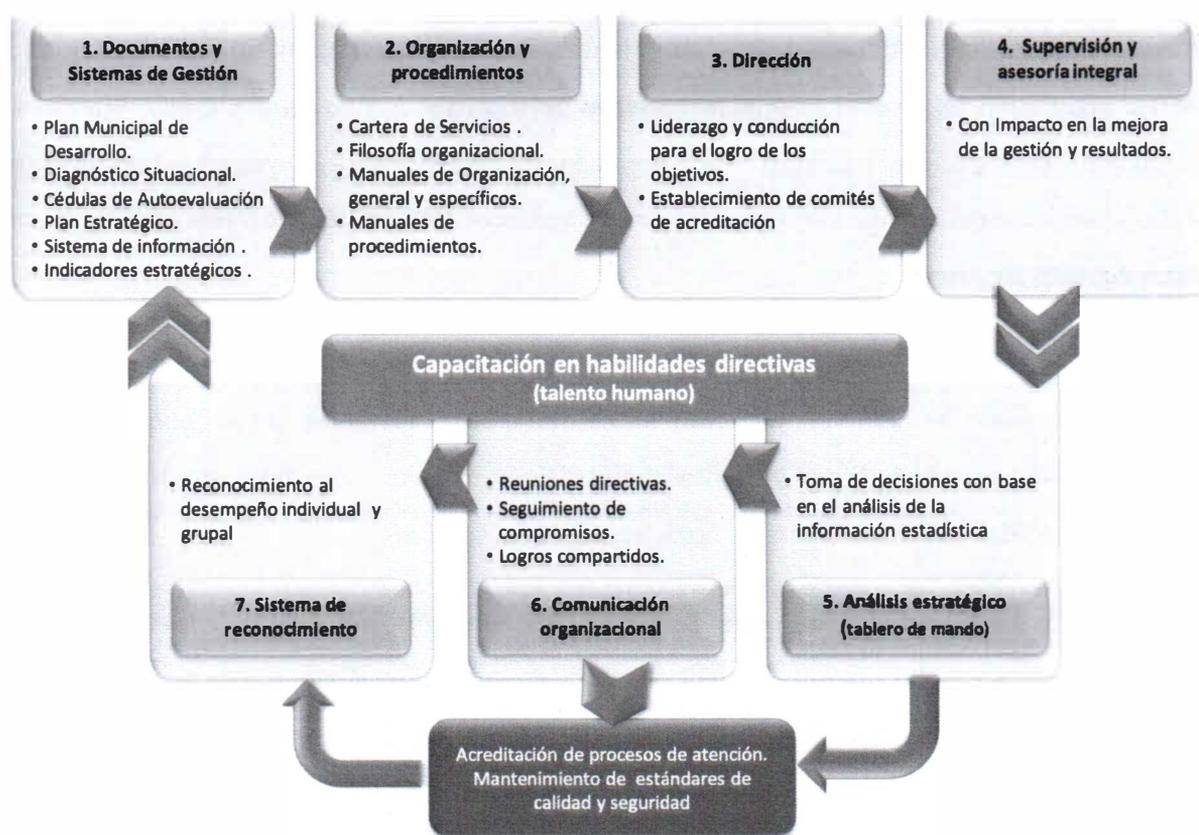
Como toda tendencia en nuestra realidad, toda organización busca la adopción de un modelo de gestión que sirva como referente a los procesos y procedimientos, los cuales



responden a los servicios que se ofrecen en las unidades médicas de la Dirección de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara.

Nuestro modelo de gestión de calidad y seguridad, debe ser un referente permanente para buscar la mejora de nuestros procesos y servicios, y en consecuencia, favorecer el entendimiento de una institución.

Modelo de Gestión de Calidad y Seguridad de la Dirección de Servicios Médicos Municipales del Gobierno de Guadalajara.



Fuente: Dirección de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara/ Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación/ Departamento de Innovación y Desarrollo. Febrero 2016.



Contenido del manual

Autorización

Presentación

Contenido del manual

Misión de la Dirección de Servicios Médicos Municipales

Visión 2042

Las estrategias Rectoras para lograr la visión 2042

Decálogo de Valores

Políticas rectoras

Fundamento Legal

Modelo Conceptual

- 040- Procedimiento de consentimiento informado
- 041- Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad médica de urgencias
- 042- Procedimiento para el ingreso de pacientes a hospital
- 044- Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes
- 046- Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa
- 047- Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica de pacientes
- 048- Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes
- 049- Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y RH
- 050- Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y RH





- 051- Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas
- 052- Procedimiento para realizar pruebas de compatibilidad sanguínea
- 054- Procedimiento de traslados, atención informativa y seguimiento del servicio



Dirección de Servicios Médicos Municipales 2018-2021.

Misión

Otorgar servicios de atención prehospitalaria y de urgencias médicas con alta eficiencia, calidad y seguridad de los pacientes; así como, promover las condiciones para la prevención, protección y promoción de la salud.

Visión 2042

En el año 2042, la Ciudad Guadalajara ha sido declarada **“Ciudad Saludable”** porque brinda las condiciones para que la gente viva más años con mejor salud, ya que de manera planificada en las colonias y barrios - donde se desenvuelven cotidianamente las personas – se han fortalecido y creado las **“condiciones para la salud colectiva”** contribuyendo de esta manera a construir ciudadanía y comunidad.

Cuando los ciudadanos están enfermos o sufren un accidente, las instituciones de los tres niveles de gobierno establecidas en la Ciudad de Guadalajara y su área conurbada, integradas en un **“Sistema Metropolitano de Salud”**, ofrecen sus servicios con calidad y trato digno, satisfaciendo las expectativas y necesidades de una población cada vez más consciente del cuidado de su salud. Los Servicios Médicos Municipales de la Zona de Guadalajara, constituidos en una **“Red Metropolitana de atención prehospitalaria y urgencias médicas”**, cuentan con patrimonio propio y personalidad jurídica, y operan con alta eficacia y eficiencia.

Por todo lo anterior, los niveles de protección y atención de la salud alcanzados están contribuido a la eliminación de la pobreza y al desarrollo integral de las ciudades y las personas, quienes disfrutan de una mayor calidad de vida dentro un ambiente digno y seguro, logrando que **Guadalajara y el área metropolitana sea reconocida como un lugar para crecer sanamente y vivir con armonía.**





Guadalajara
La Ciudad

UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN

Tomo II



Servicios Médicos
Municipales
Coordinación de
Atención de Urgencias



Las estrategias rectoras para lograr la visión 2042

Sentar las bases para vocacionar, eficientar y modernizar de manera paulatina la gerencia de las unidades médicas, y consolidarlas como proveedores competitivos del Seguro Popular.

Construir el andamiaje para implementar la Red Metropolitana de Atención Pre hospitalaria y Urgencias Médicas, y su integración estratégica en el Sistema Estatal de Salud.

Ciudad Saludable: fortalecer, orientar y crear de forma planificada espacios públicos, servicios y programas municipales como la primera línea de defensa contra riesgos sanitarios, de promoción de la salud y prevención de enfermedades.





Guadalajara
La Ciudad

UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN

Tomo II



Servicios Médicos
Municipales
Definición de Calidad



Decálogo de Valores

Los valores son normas de convivencia de la especie humana, son un conjunto de características positivas y válidas para un desarrollo de vida plena. Son principios rectores que nos fortalecen y nos sacarán adelante.

Compromiso

Este valor permite que un servidor público dé todo de sí mismo para conseguirlos objetivos planteados, tenemos que lograrlo/hacerlo". Para lograr este valor, se requiere de una promesa a cumplir, del proceso que se realiza para cumplirlo y el cumplimiento en sí mismo de forma holística.

Respeto

El servidor público, no debe hacer las cosas que vayan en contra de la naturaleza, debe hacer posible las relaciones de convivencia y comunicación efectivas entre sus compañeros y los ciudadanos, el respeto es condición indispensable para el surgimiento de la confianza, para vivir sin agresiones, para pensar libremente sin represalias, para actuar con equidad y, para aceptar a los demás tal y como son.

Congruencia

La clave para generar confianza y credibilidad entre los ciudadanos, es actuar de conformidad con lo que se dice, lo que se hace y lo que se piensa. La congruencia, es la acción intrínseca de nosotros como servidores públicos.

Responsabilidad.

El proceder de los servidores públicos, debe de estar encaminado a la satisfacción plena de nuestros usuarios/pacientes, por tanto, todo lo que hagamos surge de nosotros mismos y de nadie más, no se tiene que culpar a otros, debemos afrontar nuestras acciones con entereza. La responsabilidad tiene que ver con nuestros actos y éstos a nuestras promesas y compromisos, tenemos que cumplir. Hacer lo correcto es un signo de madurez y dignidad humana; por eso el servidor público debe:

- Responder por sus actos, ser consciente del daño que puede generar y asumir las consecuencias con dignidad.
- Cumplir en forma cabal sus deberes y obligaciones, bajo el actuar de sus derechos
- Hacer lo que se debe hacer.
- Evitar excusarse y justificarse.
- Tener iniciativa e inteligencia para hacer bien lo que se hace.
- Valorar lo importante de lo urgente.





Tomo II

Honradez

El trabajador de la salud, sabe que este valor es la probidad, rectitud, integridad y honestidad personal en el actuar cotidiano con base en la verdad y la auténtica justicia. La honradez es la razón de pensar, decir y actuar.

Trato digno

El ciudadano reclama un trato digno en todo momento, especialmente en situaciones tan sensibles como es la salud. Aplicable en acciones, actitudes y respuestas cordiales, que la población espera del gobierno, a través de la coordinación de todas sus áreas especialmente bien dirigida por la Dirección de Servicios Médicos Municipales.

Humanitarismo

El orgullo del trabajador de la salud, gira alrededor de la capacidad que se tiene para sentir afecto, comprensión y sobre todo, solidaridad hacia las demás personas, se vive en una misma comunidad que busca un mismo fin, la trascendencia.

Amabilidad

Para el trabajador de la salud sabe que ser amable es tratar a las personas en forma digna, porque tiene el derecho a ser amado, por tanto se debe ser afectuoso, agradable, gentil y servicial, incluso humorista o alegre. Ser amable también es ser atento, brindar atención y respeto en equidad, pero con énfasis en los desvalidos, y necesitados.

Honorabilidad

Como profesionales, somos capaces de dar respeto y emitir merecidas opiniones hacia los demás y recíprocamente, se deben recibir, el honor se obtiene y se recibe a través del respeto total a nuestros semejantes.

Eficiencia

El servidor público busca de forma permanente, hacer correctamente lo que tiene que hacer, para aumentar la capacidad operativa y resolutive de: los procesos pre-hospitalarios, de las unidades de atención a urgencias y de las áreas administrativas. En suma, este valor tiene que ver con “hacer las cosas correctas, de manera correcta en el tiempo correcto”.



Tomo II

Políticas rectoras

1. Todo usuario de nuestros servicios, debe recibir atención médica de calidad, con calidez y con trato digno, por tanto, nuestros servicios deben darse de forma eficaz y oportuna,
2. Toda atención médica debe otorgarse bajo el enfoque de la seguridad del paciente, y evitar así, daños colaterales,
3. Los usuarios deben estar tranquilos por sus pertenencias, por ello, es que todas sus cosas serán respetadas por el personal de Servicios Médicos Municipales,
4. Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos,
5. Todo usuario que demanda atención médica, debe ser atendido por pequeño que sea su padecimiento, por tanto, debe ser estabilizado y referenciado a otra institución de alta complejidad médica cuando el caso lo amerite e implementar el cero rechazo,
6. El actuar de los trabajadores, debe responder plenamente a la normatividad vigente, con relación a la atención médica, y
7. Los trabajadores de las unidades de atención a urgencias médicas, deben: Trabajar y documentar su actividad administrativa; práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica.
8. Los directivos de las Unidades médicas de urgencia, deben identificar de manera sistemática la opinión de los usuarios, para mejorar los procesos de trabajo.



Guadalajara
La Ciudad

UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN

Tomo II



Servicios Médicos
Municipales
Especialidad de Geriátrica



Tomo II

Fundamento Legal

De conformidad al código de gobierno Municipal de Guadalajara que entrará en Vigor el día 01 de abril del 2020 y publicado en la Gaceta Municipal el pasado 29 de noviembre es de orden público las atribuciones que a continuación se describen:

Subsección Quinta: Dirección de Servicios Médicos Municipales.

Artículo 224. La Dirección de Servicios Médicos Municipales, tiene las siguientes atribuciones:

- I. Participar en la construcción del modelo metropolitano, con énfasis en la educación para la salud, la prevención y el autocuidado, con las dependencias competentes;
- II. Ser eje rector en la colaboración, coordinación y operación con las dependencias correspondientes para planear, asesorar y dirigir los programas que se instrumenten en el Municipio en materia de salud;
- III. Mejorar la cobertura de servicio prehospitalario y urgencias médicas quirúrgicas;
- IV. Colaborar en la promoción de programas de activación física y servicios de salud en lugares públicos, para impulsar la medicina preventiva y estilos de vida sana, en coordinación con las dependencias competentes;
- V. Operar un sistema sanitario de atención, con vinculación y coordinación funcional de todas las instituciones del sector salud que actúan en el Municipio;
- VI. Proponer las acciones de mejora del sistema de salud, basado en las necesidades de la ciudadanía;
- VII. Implementar los protocolos de intervención específica para los padecimientos de alta prevalencia;
- VIII. Colaborar en coordinación con las dependencias competentes en la implementación de medidas para el saneamiento y preservación de los entornos habitacionales, escolares y laborales, favoreciendo en la generación de entornos saludables para las personas;
- IX. Autorizar apoyar y evaluar el desarrollo y cumplimiento de los programas de enseñanza, educación continua y adiestramiento en el servicio de salud;
- X. Coadyuvar y asesorar a las dependencias y entidades de la administración pública municipal para que las oficinas y edificios públicos del Municipio obtengan la certificación como entornos favorables a la salud, así como para que conserven dicha certificación; y



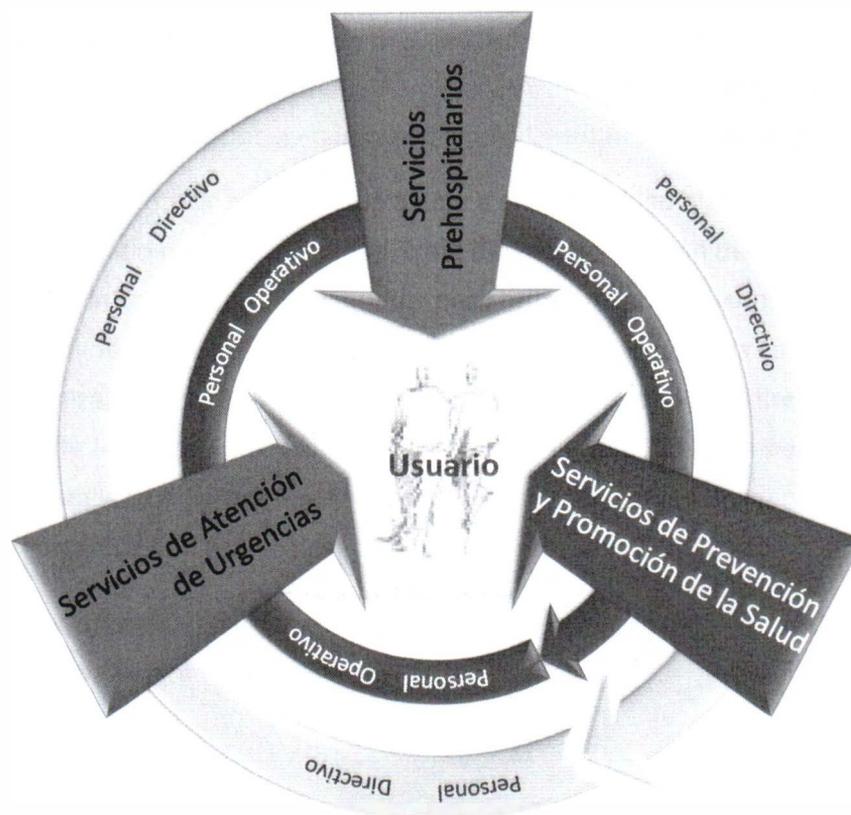


- XI.** Asesorar y colaborar, en coordinación con la dependencia municipal de protección Civil, a la administración pública en la implementación y operación de sus respectiva Comisiones de Seguridad e Higiene.

Modelo conceptual

Un modelo, es la representación gráfica que ayuda a entender algo que no se puede palpar o ver directamente. Un modelo no es una realidad, trata de una abstracción de la realidad y que inspira a trabajar para lograrlo. Por tanto, se puede decir que un modelo conceptual, es la imagen conceptual del ideal de lo que debería ser, o de lo que se espera ser para cumplir con la razón de ser o misión organizacional; trata de una imagen que proporciona una dirección o patrón para alcanzar a través de la *praxis* de todos los trabajadores. El objetivo del modelo conceptual es la de representar la realidad en términos ideales, en la cual, se observan imágenes que se relacionan con otros elementos que son esenciales.

El Modelo Conceptual para la Atención en la Dirección de Servicios Médicos Municipales del Gobierno de Guadalajara es el siguiente:



Fuente: Dirección de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara/ Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación/ Departamento de Innovación y Desarrollo. Febrero 2016



El modelo conceptual que se presenta, tiene como centro de todos los procesos al usuario tanto interno como externo, razón y motivo que llevan a la misión y visión propuestas.

Existen 3 procesos sustantivos o vitales de los servicios médicos municipales del Gobierno de Guadalajara son:

- La atención de urgencias médico-quirúrgicas,
- La atención prehospitalaria,
- Los servicios de prevención y promoción a la salud.

Todos estos procesos están encaminados y dirigidos a la plena satisfacción de los usuarios y tienen tanto al personal operativo de las diferentes categorías como al personal directivo en circulares concéntricas permanentes alrededor de estos procesos, impulsados por valores inmersos en una espiral continua de calidad y calidez.

Este modelo centrado en el ser humano (el usuario) promueve la integración de los mandos operativos y directivos en un mismo fin: El humanitarismo, ello a través de la creación de la comunidad que se dirige hacia su transformación en una ciudad saludable.



**Servicios Médicos
Municipales**

Construcción
de Comunidad



Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento de consentimiento informado

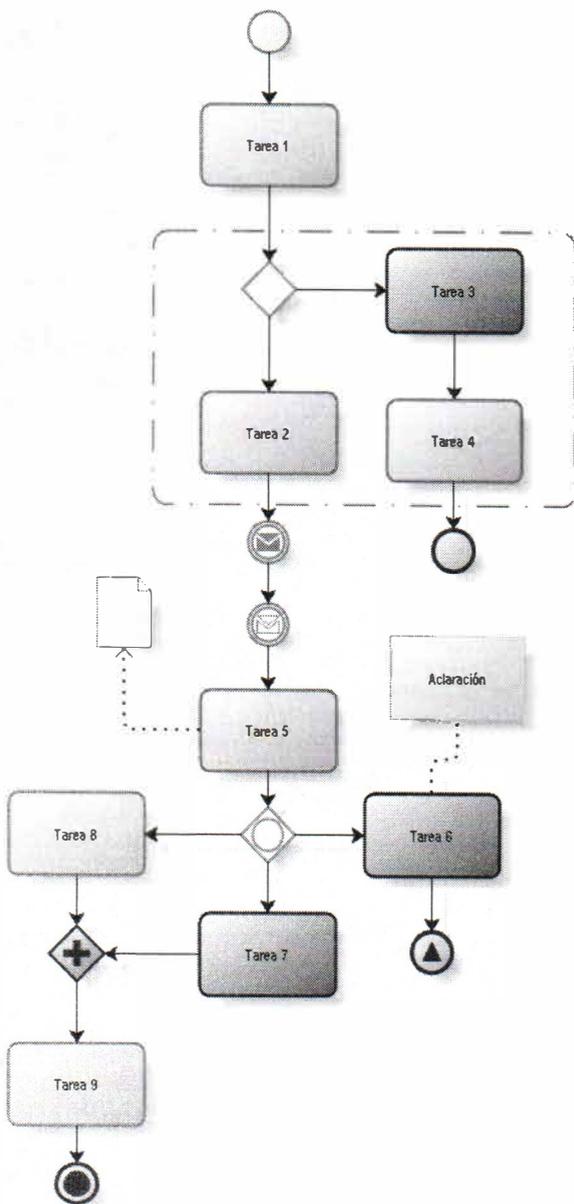
Clave: 040P-CV_002

Documentación: 11 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020

Autorización

Nivel II



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Hospitalización y Urgencias

Autorizaciones

Elaboró:

[Signature]
LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.:

[Signature]
DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO
Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó:

[Signature]
DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA
Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

[Signature]
DR. MIGUEL ÁNGEL ÁNDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	7
8.- Definiciones:.....	7
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:	8
11. Descripción de Cambios	8
Anexos	9





Procedimiento de consentimiento informado



1.- OBJETIVO

Permitir que el paciente (familiar) exprese libre y voluntariamente (mediante escrito), su intención de participar en un procedimiento quirúrgico o invasivo, como tratamiento a su patología, ello, después de haber entendido y comprendido la información que los médicos le han proporcionado a cerca de los riesgos y beneficios de la intervención; todo ello mediante escrito en el cual puede expresar la aceptación de proceso o el rechazo del mismo.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando el Médico tiene la necesidad de intervenir a un paciente y finaliza cuando el médico recibe el documento denominado consentimiento informado con la firma autógrafa del paciente (familiar), ya sea que éste, haya o no aceptado la propuesta del médico.

Áreas que intervienen:

Urgencias, Hospitalización y Consulta externa.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es responsabilidad de los médicos informar a los pacientes (familiar) de forma clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento, así como la de dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

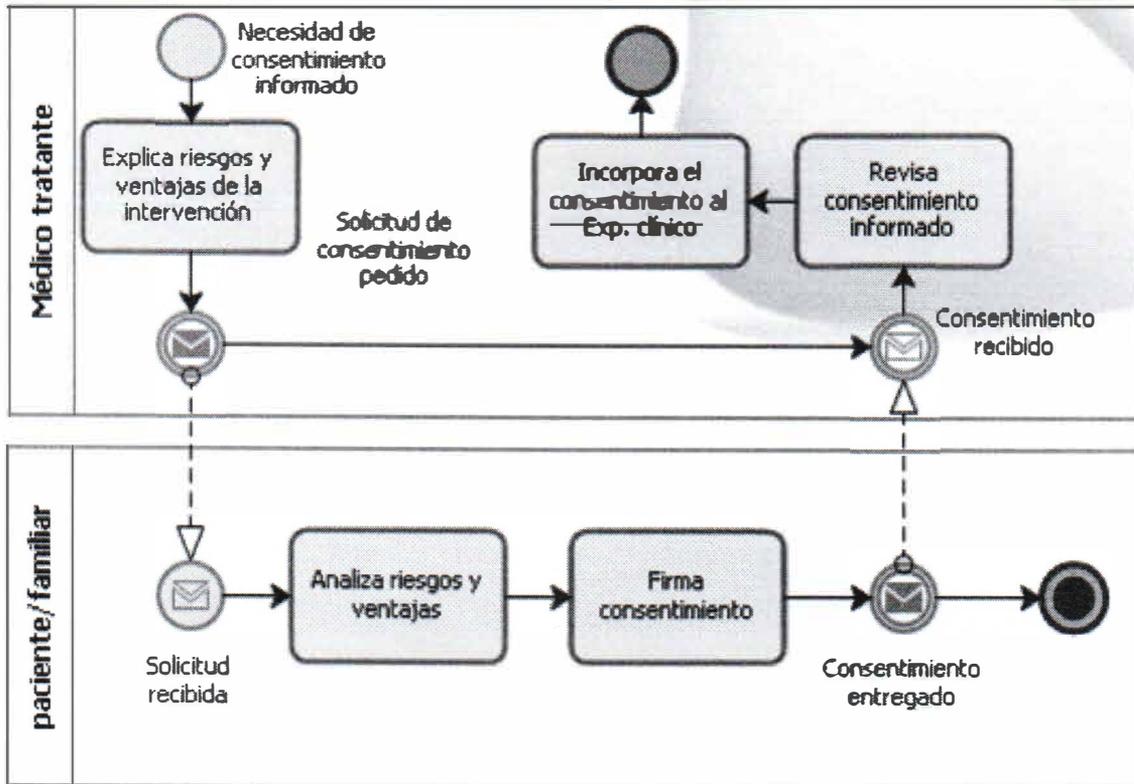


4.- RESPONSABILIDADES

Documento	0070G-DSMM_Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
Funciones	
1.2.3 Unidad médica de urgencias (cruz verde)	
<ul style="list-style-type: none"> a) Implementar las acciones necesarias para acreditar la unidad médica de urgencias... b) Coadyuvar para que se dé atención médica integral a la población... con calidad y humanitarismo, f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación, j) Identificar oportunidades de mejora de la calidad en la atención médica, así como corregir anomalías que sean detectadas; 	

Documento	008E-DSMM_001Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.2 Servicios de Atención Médica	
<ul style="list-style-type: none"> c) Proporcionar información verbal completa a los familiares y paciente, sobre los procedimientos, diagnósticos, tratamiento y sobre los posibles riesgos. h) Mantener notificado debidamente al Ministerio Público cuando el caso implique responsabilidad legal, en coordinación con el personal de trabajo social para dar información en tiempo y forma, p) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico. 	
1.2.2 Urgencias	
<ul style="list-style-type: none"> c) Integrar los expedientes clínicos conforme a la normatividad para realizar el manejo apropiado del paciente, d) Proporcionar información completa a familiares y pacientes, sobre el procedimiento, diagnóstico tratamiento y riesgos, así como conseguir firma de consentimiento informado 	
1.2.3 Hospitalización	
<ul style="list-style-type: none"> c) Proporcionar información pertinente a los familiares de los pacientes sobre la situación y evaluación de los mismos i) Integrar los expedientes clínicos conforme a la normatividad para realizar el manejo apropiado del paciente 	

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.







6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
1.	Médico tratante	Detecta necesidad de contar con el consentimiento del paciente/familiar para continuar con su proceso
2.		Explica de forma clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento
3.		Da a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera
4.		Confirma que le haya quedado claro al paciente/familiar todo lo explicado
5.		Entrega al paciente/familiar el formato de "Consentimiento informado" (ver anexo 01 de acuerdo con el procedimiento que se requiera)
6.	Paciente/familiar	Recibe formato de "Consentimiento informado"
7.		Analiza riesgos y ventajas recibidas por el Médico tratante
8.		Firma el "Consentimiento informado"
9.		Entrega "Consentimiento informado" al Médico tratante
10.	Médico tratante	Recibe ya firmado el "Consentimiento informado"
11.		Revisa consentimiento informado, sobre la decisión que tomo el paciente/familiar
12.		Firma autógrafamente el "Consentimiento informado" y recaba firma o firmas de testigos
13.		Incorpora el "Consentimiento informado" al expediente clínico Fin del procedimiento.

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Consentimiento informado	Documento escrito, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.



Procedimiento de consentimiento informado



9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
007OG-DSMM_001	Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
008OE-DSMM_001	Manual de organización específico de la unidad médica de urgencias "Cruz Verde"
NOM-004-SSA3	Del expediente clínico

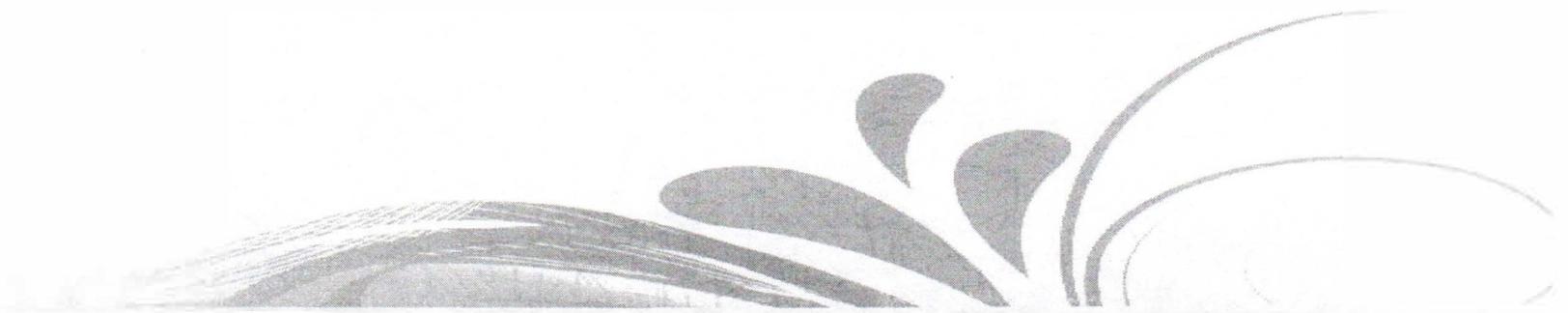
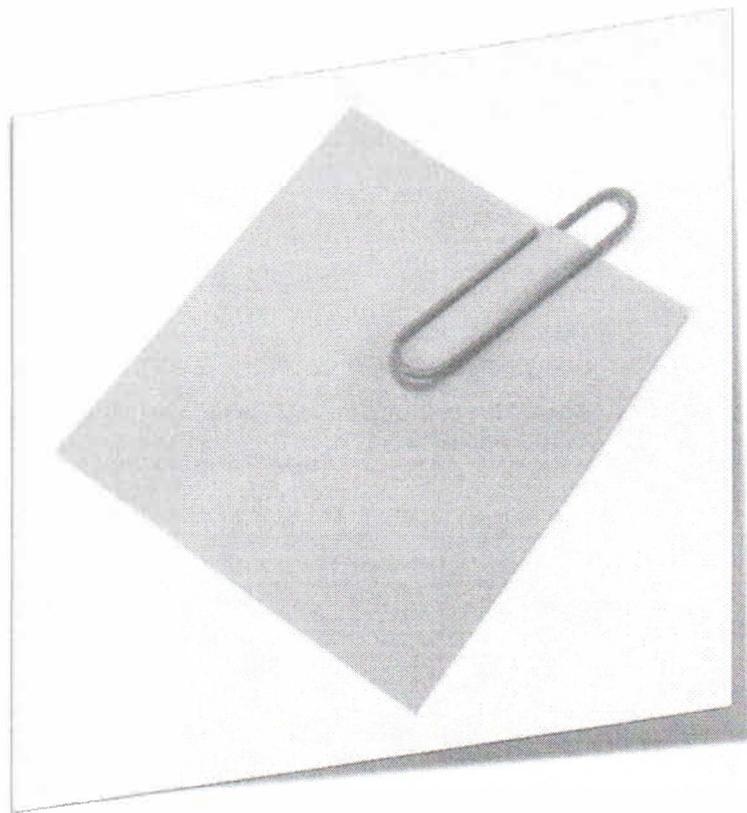
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N. D.	Anexo 01 Consentimiento informado
N. D.	A Procedimiento quirúrgico
N. D.	B Odontología
	C Aplicación de anestesia

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio 2020	Ninguna	Segunda vez, cambio de administración 2018-2021

ANEXOS







Anexo 01: Consentimiento informado (A), procedimiento quirúrgico (formato sugerido)



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias

Carta consentimiento bajo información/ Procedimiento quirúrgico



Gobierno de Jalisco

Unidad Médica de Urgencias _____

Número de expediente: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

F. de Nacimiento: _____ Domicilio: _____

_____ Médico tratante: _____

Diagnóstico: _____

Acto médico - quirúrgico que se propone: _____

Manifiesto que el médico nos explicó con un lenguaje simple, el plan de manejo propuesto y aclaró cada una de mis preguntas. El acto médico que se requiere, consiste en: _____

Como un hecho sobresaliente he señalar que el médico nos hizo saber las siguientes ventajas del procedimiento: _____

Igualmente manifiesto que el médico describió las probables complicaciones y se nos dieron a conocer los riesgos siguientes: _____

En forma complementaria expreso que el médico explicó el significado de la libertad prescriptiva y nos solicitó la autorización correspondiente, de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante podrá actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, derivadas del acto médico autorizado.

Además, señalo que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuento con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento en que así lo considere pertinente, y con ello respetan mi libre toma de decisiones.

Por todo lo anterior, hago constar que la información que se me ha proporcionado por parte del médico tratante, es suficiente para razonar y tomar mi decisión sobre el consentimiento solicitado. Portanto, manifiesto libremente con mi nombre y firma en el espacio correspondiente en la opción que considero pertinente.

<p style="text-align: center;">SI SE OTORGA EL CONSENTIMIENTO</p> <p style="text-align: center;">Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Testigo: Nombre y Firma</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Testigo: Nombre y Firma</p> <p style="text-align: center;">_____</p>	<p style="text-align: center;">NO SE OTORGA EL CONSENTIMIENTO</p> <p style="text-align: center;">Nombre y Firma del Paciente o Representante Legal</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Testigo: Nombre y Firma</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Testigo: Nombre y Firma</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
--	--

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Médico Tratante

(Este formato debe redactarse en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras)



Anexo 01: Consentimiento informado (B), odontología (formato sugerido)



Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias
Carta consentimiento bajo información



Lugar: _____ Fecha _____ No. Exp. _____

Paciente: _____

Edad: _____ Situación Especial (discapitado) _____

Domicilio: _____

Diagnóstico _____

Tratamiento propuesto _____

Acto Autorizado _____

Riesgos y beneficios _____

1. El dentista me explicó el plan de tratamiento a realizar y su pronóstico Sí No
2. El dentista me comentó en qué consiste la técnica anestésica que va a utilizar Sí No
3. El dentista me explicó el diagnóstico y el procedimiento quirúrgico que me va a realizar, así como los beneficios del tratamiento Sí No
4. Me advirtió cuales pudieran ser las complicaciones, molestias y efectos secundarios que pudiera causar el plan de tratamiento. Sí No
5. Me explicaron el tratamiento farmacológico que voy a utilizar, la frecuencia y la dosis; así como, sus posibles efectos secundarios. Sí No
6. Me explicaron las recomendaciones alimentarias e higiénicas que debo seguir posterior al tratamiento. Sí No
7. El dentista me escuchó y aclaró todas mis dudas Sí No
8. Autorizo al personal médico para la atención a contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo el principio de libertad prescriptiva. Sí No
9. Manifiesto que el dentista me explicó que, en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuento con la libertad para revocar el consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así, su absoluto respeto a la libre toma de decisiones. Sí No

Hago constar que con la información que me ha proporcionado el dentista tratante, en cuanto al diagnóstico, y al tratamiento sugerido por él, es suficiente para tomar la decisión sobre el consentimiento solicitado; lo cual, lo manifiesto libremente con mi nombre y rúbrica en el espacio correspondiente de que la opción del médico la considero pertinente.

Acepto
El Diagnóstico y tratamiento

.....
Nombre y firma del paciente o
Representante legal

Odontólogo Tratante

.....
Nombre y firma

No acepto
El Diagnóstico y tratamiento

.....
Nombre y firma del paciente o
Representante legal

Testigo

.....
Nombre y firma



Anexo 01: Consentimiento informado (C), Aplicación de anestesia (formato sugerido)



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE ANESTESIA



NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____ FECHA _____
 DOMICILIO _____ TEL _____
 NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL _____ EDAD _____
 RELACION CON EL PACIENTE _____ DOMICILIO _____

Yo _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, o representante legal de este:

DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

- En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico, acepto al Dr.(a) _____ como mi Médico Anestesiólogo, quien está avalado por el Colegio de Anestesiólogos de _____, por la Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología, A.C., y debidamente autorizado para ejercer la Anestesiología por la Oficina Estatal de Profesiones de Gobierno del Estado de _____.
- Entiendo que las complicaciones, aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde leves, tales como: pérdida o daño de una pieza dental, dolor de espalda, o en el sitio de punción, dolor de cabeza, alteraciones asociadas con la posición quirúrgica, dificultad transitoria para orinar, molestias oculares o de garganta, heridas en boca y tos; hasta severas tales como aspiración del contenido gástrico, descompensación de mis enfermedades crónicas, alteraciones cardíacas, renales, de la presión arterial, complicaciones pulmonares, reacciones medicamentosas, transfusionales, lesiones nervosas o de médula espinal. Todas ellas pudieran causar secuelas permanentes e incluso llevar al fallecimiento. El beneficio que obtendré con la aplicación de la anestesia es que se pueda llevar a cabo el procedimiento diagnóstico y/o quirúrgico llamado _____ para intentar mejorar mi estado de salud.
- Entiendo también que todo acto médico implica una serie de riesgos que pueden deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos, a la técnica anestésica o quirúrgica, al equipo médico utilizado y/o a la enfermedad que condiciona el procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme.
- Estoy conciente de que puedo requerir de tratamientos complementarios que aumenten mi estancia hospitalaria con la participación de otros servicios o unidades médicas, con el incremento consecuente de los costos.
- El Médico Anestesiólogo ha respondido mis dudas y me ha explicado en lenguaje claro y sencillo las alternativas anestésicas posibles y ACEPTO anestesia tipo _____ que es de carácter electivo _____ urgente _____ y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de esta técnica anestésica.
- Se me ha explicado que en mi atención pudieran intervenir médicos en entrenamiento de la especialidad de Anestesiología, pero siempre bajo la vigilancia y supervisión de mi Médico Anestesiólogo.
- En mi presencia han sido llenados o cancelados todos los espacios en blanco que se presentan en este documento.
- Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento planeado.
- En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, DOY MI CONSENTIMIENTO para que mi persona o representante, pueda ser anestesiado con los riesgos inherentes al procedimiento y autorizo al anestesiólogo para que de acuerdo a su criterio, cambie la técnica anestésica intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico-quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y /o emocionales.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, NEGÓ el consentimiento para que sean practicados en mí o en mi representado el manejo de la técnica anestésica y lo que deriva de ella, conciente de que he sido informado de las consecuencias que resultan de esta negativa.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, REVOCO el consentimiento otorgado en fecha _____ y me deseario proseguir el manejo anestésico que se inició en mí o en mi representado a partir de esta fecha _____, relevando de toda responsabilidad al anestesiólogo, toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL



Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias

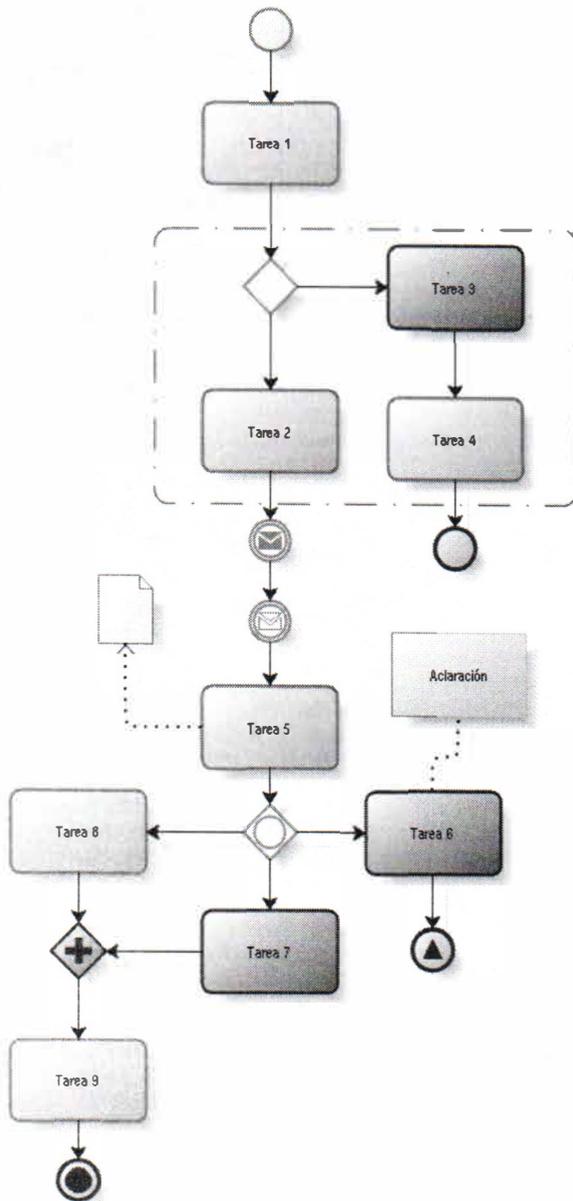
Clave: 041P-CV_002

Documentación: 30 de junio del 2017

Actualización: 30 de junio 2020

Autorización

Nivel II



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Urgencias

Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.:

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO
Unidad Médica de Urgencias
Dr. Jesús Delgadillo Araujo

Aprobó:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA
Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción
de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	9
8.- Definiciones:.....	9
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	9
11. Descripción de Cambios	9
Anexos	11



**Procedimiento para el surtido de medicamento
controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de
Urgencias**





Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias



1.- OBJETIVO

Llevar el control del medicamento controlado, conforme a los lineamientos establecidos por la COFEPRIS, para evitar la sustracción y abuso, y que sea verdaderamente destinado a los requerimientos de los pacientes.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia por un lado cuando las áreas de quirófano, hospital y terapia, requieren de medicamento controlado y cuando el stock de urgencias se debe reponer, y termina en dos vertientes, por un lado, cuando las áreas solicitantes, reciben el medicamento controlado y por el otro lado, cuando CEyE, archiva los "Vale receta".

Áreas que intervienen:

Urgencia (CEyE, Servicio de urgencia, quirófano) y hospital (Servicio de hospital y terapia intensiva)

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es responsabilidad de CEyE o de CenDis, la guarda, custodia y dispensa de los medicamentos controlados al Servicio de urgencia, quirófano y terapia intensiva; así como llevar el registro de entradas y salidas de cada uno de ellos.
- La entrega de medicamento controlado, únicamente debe realizarse mediante la entrega de "Vale receta" y éste debe encontrarse debidamente requisitado.
- Los "Vales receta" deben estar correctamente llenados y firmados única y exclusivamente por los médicos que prescriben el medicamento controlado a sus pacientes, para poder entregar dichos insumos.
- Es responsabilidad de las enfermeras del turno matutino de urgencias y CEyE/CenDis, la de mantener el stock de medicamento controlado de manera completa.



Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias



4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
Funciones	
1.2.3 Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)	
b)	Coadyuvar para que se dé atención médica integral a la población, que demanda servicios en la unidad médica de urgencias, con la calidad y humanitarismo,
c)	Instaurar mecanismos de control, supervisión y evaluación de calidad de la atención médica prestada a los usuarios,
f)	Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,
i)	Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos,
j)	Identificar oportunidades de mejora de la calidad en la atención médica, así como corregir anomalías que sean detectadas,
m)	En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.

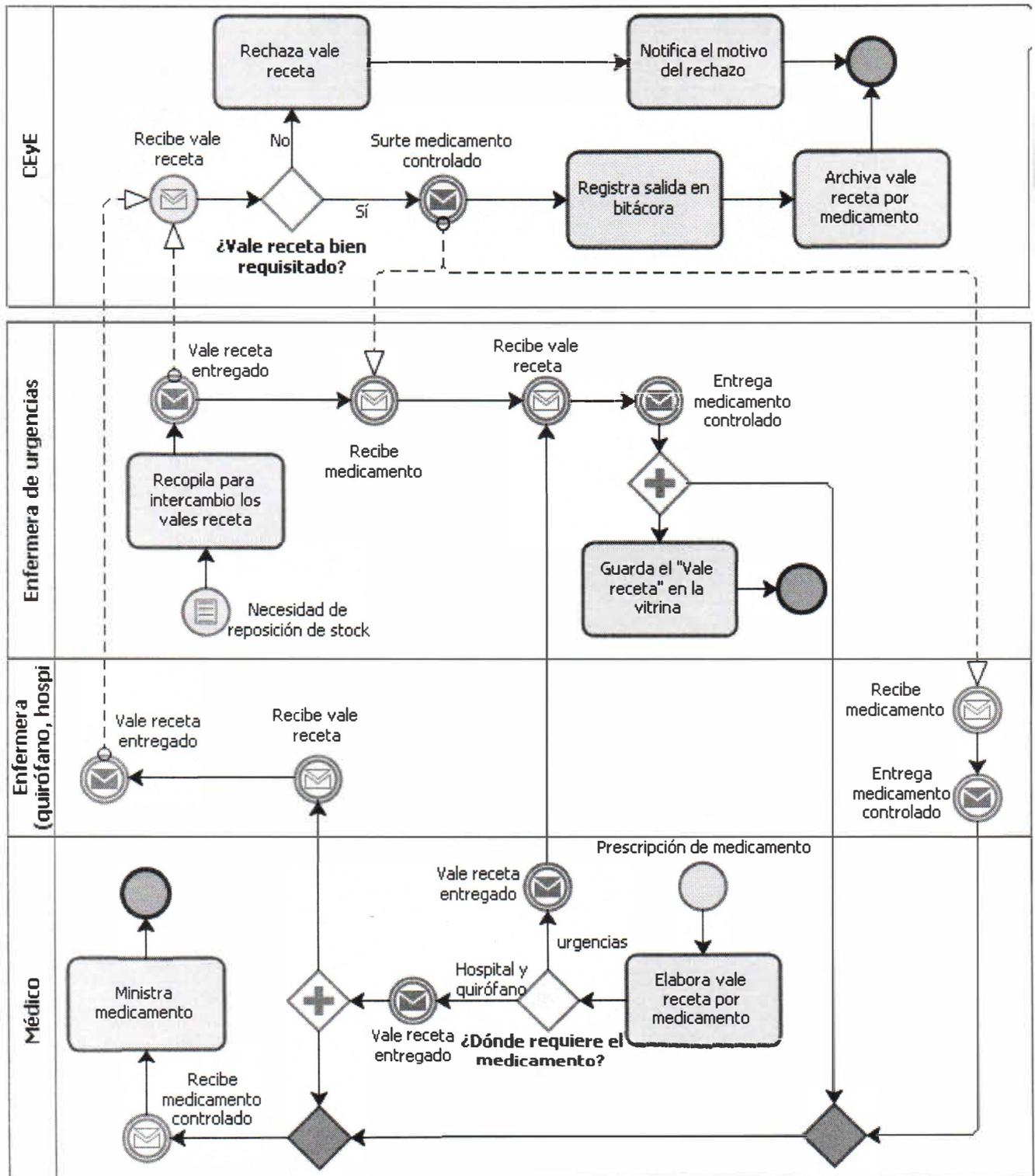
Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
1.2 Servicios de Atención Médica	
j)	Supervisar que las áreas a su cargo, cumplan con las funciones de forma eficiente,
l)	Promover el trabajo en equipo y la comunicación asertiva entre las diferentes áreas de la unidad para lograr su interrelación funcional óptima,
m)	Participar en la documentación de los procedimientos del área en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica,
o)	Verificar, el adecuado enlace de turnos en las áreas para la entrega y recepción de materiales, pacientes y ambulancias,
1.2.2 Urgencias	
h)	Mantener actualizado el "carro rojo", y reponer de manera inmediata los medicamentos utilizados y vigilar que no existan medicamentos caducados, (área de urgencias),
l)	Cumplir con los procedimientos autorizados y la norma oficial mexicana en materia de clasificación y envasado de los residuos peligrosos biológico infecciosos que se generen en el servicio,
n)	Crear un ambiente de respeto y cooperación en el marco de la seguridad del paciente según los lineamientos de control de calidad y la ley general de salud,
1.2.3 Hospitalización	
c)	Proporcionar los medicamentos, alimentación y aseo adecuado durante el internamiento de pacientes,
j)	Llevar el registro de todos los insumos o estudios que se realicen a cada paciente para los efectos administrativos a que haya lugar,
k)	Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica,
l)	Establecer mecanismos de control o fichas de identificación de cada paciente y buscar la seguridad de los mismo durante su estancia en la Hospitalización, ...



Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias



5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.





Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias





Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
El inicio del procedimiento para los médicos, comienza en la actividad uno y el inicio de la enfermera de urgencias para reposición de stock, se describe a partir de la actividad 11.								
1.	Médico	Una vez prescrito el medicamento controlado, elabora de forma correcta el "Vale receta" por medicamento (ver anexo 01 y 02), en el entendido de que, si requiere dos o más medicamentos diferentes, deberá elaborar un "Vale receta" por cada uno de ellos.						
2.		<p>Determine dónde requiere el medicamento de acuerdo a las siguientes áreas:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Requiere medicamento en?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencias</td> <td>Entrega el "Vale receta" a la Enfermera de urgencias y espera por el medicamento. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Servicio de hospital, terapia intensiva y quirófano</td> <td>Entrega el "Vale receta" a la Enfermera de quirófano, hospital y terapia (según sea el caso), y espera por el medicamento. Continúa en la actividad 5</td> </tr> </tbody> </table>	¿Requiere medicamento en?	Entonces	Urgencias	Entrega el "Vale receta" a la Enfermera de urgencias y espera por el medicamento. Continúa en la actividad siguiente	Servicio de hospital, terapia intensiva y quirófano	Entrega el "Vale receta" a la Enfermera de quirófano, hospital y terapia (según sea el caso), y espera por el medicamento. Continúa en la actividad 5
¿Requiere medicamento en?		Entonces						
Urgencias	Entrega el "Vale receta" a la Enfermera de urgencias y espera por el medicamento. Continúa en la actividad siguiente							
Servicio de hospital, terapia intensiva y quirófano	Entrega el "Vale receta" a la Enfermera de quirófano, hospital y terapia (según sea el caso), y espera por el medicamento. Continúa en la actividad 5							
3.	Enfermera de urgencias	Recibe el o los "Vale receta" y por un lado, entrega al Médico el medicamento controlado y por el otro lado, guarda el "Vale receta" en la vitrina (el "Vale receta" debe estar bajo llave).						
4.	Médico	Recibe el medicamento controlado y lo ministra al paciente. Fin de procedimiento						
5.	Enfermera de quirófano, hospital y terapia	Recibe el o los "Vale receta" y los entrega a la Enfermera de CEyE y espera a que le entregue el o los medicamentos solicitados.						
6.	Enfermera de CEyE	Recibe el o los "Vale receta" y revisa que éste o éstos, se encuentren llenados correctamente y además, firmados por el médico.						
7.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Vale receta bien requisitado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Procede solicitud y surte el medicamento a la Enfermera de quirófano, hospital y terapia, de forma paralela, la enfermera de CEyE continúa en la siguiente actividad y la enfermera de quirófano, hospital y terapia continúa en la actividad 9</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Rechaza el "Vale receta" y notifica el motivo del rechazo. Fin de procedimiento</td> </tr> </tbody> </table>	¿Vale receta bien requisitado?	Entonces	Sí	Procede solicitud y surte el medicamento a la Enfermera de quirófano, hospital y terapia, de forma paralela, la enfermera de CEyE continúa en la siguiente actividad y la enfermera de quirófano, hospital y terapia continúa en la actividad 9	No	Rechaza el "Vale receta" y notifica el motivo del rechazo. Fin de procedimiento
		¿Vale receta bien requisitado?	Entonces					
Sí	Procede solicitud y surte el medicamento a la Enfermera de quirófano, hospital y terapia, de forma paralela, la enfermera de CEyE continúa en la siguiente actividad y la enfermera de quirófano, hospital y terapia continúa en la actividad 9							
No	Rechaza el "Vale receta" y notifica el motivo del rechazo. Fin de procedimiento							
8.	Registra la salida de los medicamentos controlados (por medicamento) en la "Bitácora de registro de entradas y salidas" (ver anexo 03 y 04).							
		Archiva el o los "Vales receta" por medicamento. Fin de procedimiento. Nota: El archivo de "Vales receta", no debe estar revuelto en un solo paquete, cada medicamento tiene su propio legajo.						



Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
9.	Enfermera de quirófano, hospital y terapia	Recibe el medicamento controlado y lo entrega al médico.						
10.	Médico	Recibe el medicamento controlado y lo ministra al paciente. Fin de procedimiento						
11.	Enfermera de urgencias	Detecta la necesidad de reponer el stock de medicamento controlado.						
12.		Recopila para intercambio, los "Vales receta" que tiene en su poder.						
13.		Entrega los "Vales receta" a la Enfermera de CEyE para reponer el stock de medicamentos y espera a que le entreguen el o los medicamentos solicitados.						
14.	Enfermera de CEyE	Recibe el o los "Vale receta para la reposición del stock y revisa que éste o éstos, se encuentren llenados correctamente y además, firmados por el médico.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Vale receta bien requisitado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Procede solicitud y surte el medicamento solicitado a la Enfermera de Urgencias. Ambas enfermeras, proceden paralelamente, la enfermera de CEyE continúa en la siguiente actividad y la enfermera de urgencias continua en la actividad 17</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Rechaza el "Vale receta" y notifica el motivo del rechazo. Fin de procedimiento</td> </tr> </tbody> </table>	¿Vale receta bien requisitado?	Entonces	Sí	Procede solicitud y surte el medicamento solicitado a la Enfermera de Urgencias. Ambas enfermeras, proceden paralelamente, la enfermera de CEyE continúa en la siguiente actividad y la enfermera de urgencias continua en la actividad 17	No	Rechaza el "Vale receta" y notifica el motivo del rechazo. Fin de procedimiento
		¿Vale receta bien requisitado?	Entonces					
Sí	Procede solicitud y surte el medicamento solicitado a la Enfermera de Urgencias. Ambas enfermeras, proceden paralelamente, la enfermera de CEyE continúa en la siguiente actividad y la enfermera de urgencias continua en la actividad 17							
No	Rechaza el "Vale receta" y notifica el motivo del rechazo. Fin de procedimiento							
15.	Registra la salida de los medicamentos controlados (por medicamento) en la "Bitácora de registro de entradas y salidas" (ver anexo 03 y 04).							
16.	Archiva el o los "Vales receta" por medicamento. Fin de procedimiento Nota: El archivo de "Vales receta", no debe estar revuelto en un solo paquete, cada medicamento tiene su propio legajo.							
17.	Enfermera de urgencias	Recibe el medicamento controlado para completar stock y espera a recibir del Médico el o los "Vale receta".						
18.	Enfermera de urgencias	Recibe el o los "Vale receta" y por un lado, entrega al Médico el medicamento controlado y por el otro lado, guarda el "Vale receta" en la vitrina (el "Vale receta" debe estar bajo llave).						
19.	Médico	Recibe el medicamento controlado y lo ministra al paciente. Fin de procedimiento						



Procedimiento para el surtido de medicamento controlado a las diversas áreas de la Unidad Médica de Urgencias



7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Lic Enf. María Elena Ballesteros Aranda

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
CEyE	Siglas que representan a la Central de Equipos y Esterilización.
Medicamento controlado	Son fármacos que sirven para reducir efectos sobre el organismo y que es controlado por el gobierno porque se puede abusar de ellos o causar adicción. Únicamente puede ser prescrito por médico autorizado por la COFEPRIS.
Receta de medicamento del grupo I	Es aquel documento especial emitido por médico autorizado con código de barras, que cumplen con lineamientos de control y vigilancia por parte de la COFEPRIS (farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos vigente).
Receta de medicamento del grupo II y III	Es el documento impreso con los datos del médico y que lleva el sello oficial de la institución y son exclusivas para la prescripción sólo de un medicamento.
Vale receta	Es el documento que ampara la solicitud de un médico ante CEyE para justificar la ministración de un medicamento prescrito dentro de la unidad médica.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
FEUM 26659	Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Vale receta.
N.A.	Anexo 02 Instructivo de llenado del formato "Vale receta".
N.A.	Anexo 03 Bitácora de registro de entradas y salidas de medicamento controlado por turno.
N.A.	Anexo 04 Instructivo de llenado de la "Bitácora de registro de entradas y salidas de medicamento controlado por turno.

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio 2020	Ninguna	Segunda vez, cambio de administración 2018-2021



Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento para el ingreso de pacientes a hospital

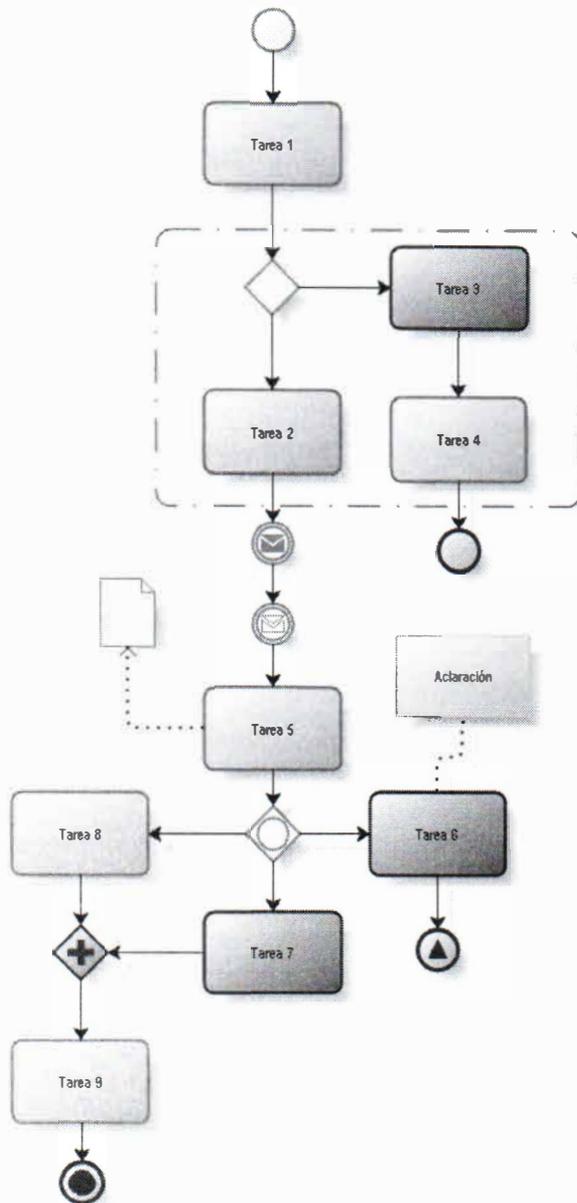
Clave: 042P-CV_002

Documentación: 04 de enero del 2017

Actualización: 30 de junio 2020

Autorización

Nivel II



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Hospitalización

Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.:

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO
Unidad Médica de Urgencias
Dr. Jesús Delgadillo Araujo

Aprobó:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA
Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción
de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso. Imagen general, no incluye detalles.....	5
6.- Desarrollo:	7
7.- Colaboradores:	9
8.- Definiciones:.....	9
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	9
11. Descripción de Cambios	10
Anexos	11



Coahuila
La Ciudad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para el ingreso de pacientes a hospital

Clave: 042P-CV 002

Documentación: 04 de enero del 2017

Actualización: 30 de junio 2020



Coahuila
de Coahuila



Servicios Médicos
Municipales
Coahuila
de Coahuila

Procedimiento para el ingreso de pacientes a hospital



1.- OBJETIVO

Facilitar el ingreso a pacientes al área de hospital mediante la correcta identificación, así como, a) proporcionar información y orientación que requiera para su atención, b) Realizar la valoración de enfermería para la elaboración del plan de cuidados, y c) proporcionar un entorno adecuado de seguridad

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia cuando el médico tratante recibe solicitud de apoyo o internamiento y finaliza cuando el paciente queda instalado e identificado en su cama.

Áreas que intervienen:

Hospitalización y Auxiliares Clínicos para la Atención Médica

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- A todo paciente que ingrese al área de hospital debe colocársele brazaletes de identificación y pegar "Ficha de identificación del paciente y médico responsable" en la cabecera de la cama conforme a la norma en materia de expediente clínico.
- El personal de trabajo social, debe recibir aviso de ingreso y egreso de cada paciente para su control administrativo.
- Es responsabilidad del personal de enfermería otorgarle bata al paciente que ingrese al área de hospital
- La atención a las mujeres que sufran violencia de género, deberá realizarse de manera prioritaria e integral, el médico tratante realizará el parte médico de lesiones. El personal médico tiene la responsabilidad de otorgar el Alta médica e informar a Trabajo social ya que el servicio brindado será exenta de costo para el paciente.

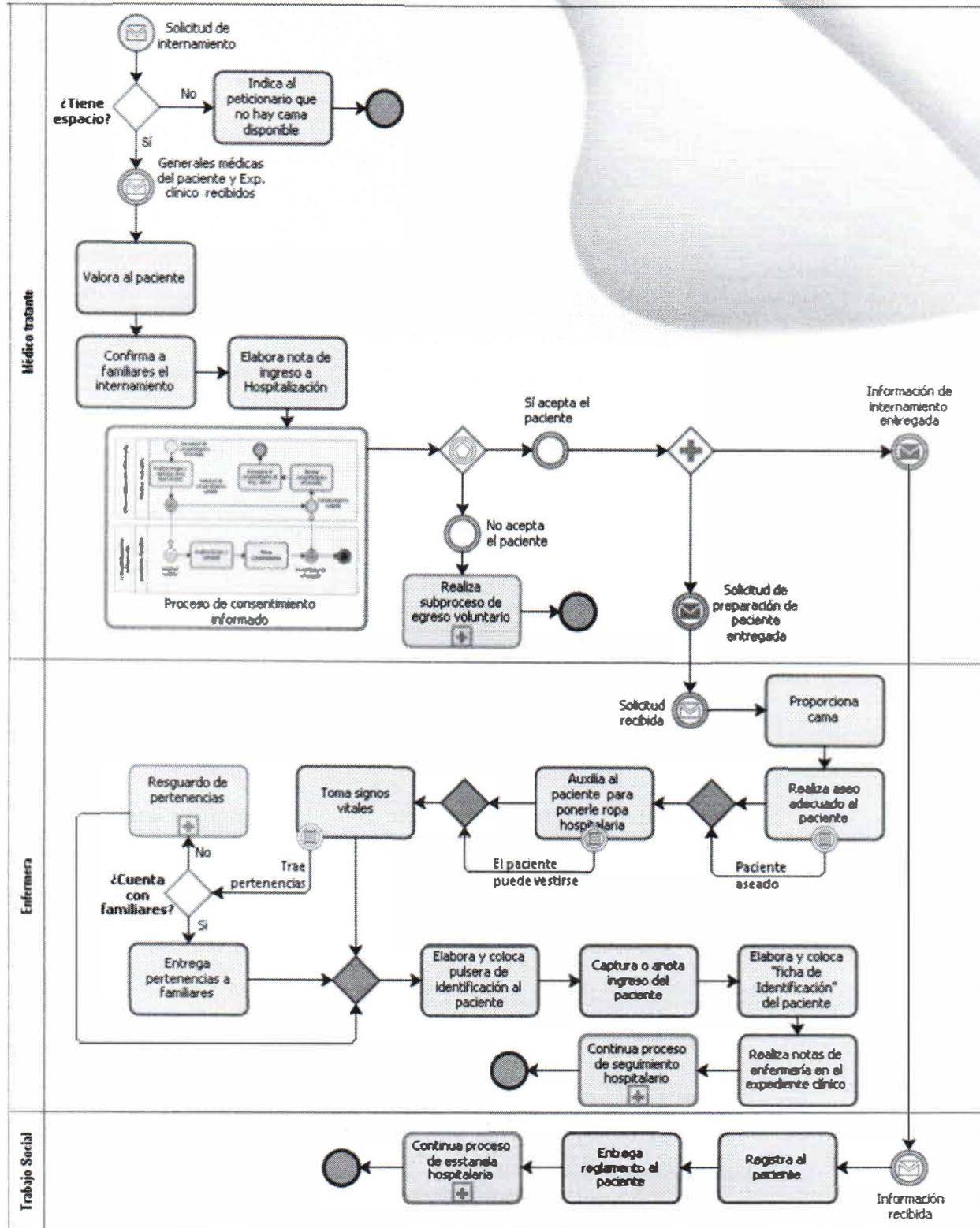


4.- RESPONSABILIDADES

Documento	008OE-DSMM_001 Manual de organización específico de la unidad médica de urgencias.
Funciones	
1.2 Servicios de Atención Médica	
a)	Tener una comunicación clara y directa con el médico de guardia de la Cruz Verde... valorar el ingreso del paciente y dar una atención efectiva, Sí el paciente no quiere la atención médica, solicita que firme el desistimiento (formato específico),
e)	Informar a epidemiología, los casos sospechosos de enfermedades infecto-contagiosas de notificación obligatoria por el médico tratante,
h)	Mantener notificado debidamente al ministerio público cuando el caso implique responsabilidad legal, en coordinación con el personal de trabajo social para dar información en tiempo y forma,
p)	En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.
1.2.3 Hospitalización	
b)	Brindar a los pacientes un tratamiento integral que les permita retomar su vida social e integración a la comunidad,
d)	Coordinar solicitud de interconsultas referencia y regulación de los pacientes que se encuentren hospitalizados para una atención integral,
e)	Proporcionar información pertinente a los familiares de los pacientes sobre la situación y evaluación de los mismos,
k)	Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica,
m)	En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.
1.3.2 Auxiliares Clínicos para la Atención Médica	
a)	Orientar e informar sobre el procedimiento e intervención especializada para su atención,
f)	llevar un registro en el expediente clínico que evidencie las acciones realizadas y contribuya a la rastreabilidad de información en procesos de atención médica,
g)	Intervenir en casos específicos de atención especializada e integral para la mejor recuperación de los pacientes,
h)	Atender a pacientes ambulatorios y hospitalizados de la unidad médica para restablecer la salud,
i)	Sensibilizar al familiar o responsable del paciente sobre su participación en la recuperación del mismo,



5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.





Guadalajara
La Ciudad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para el ingreso de pacientes a hospital

Clave: 042P-CV_002

Documentación: 04 de enero del 2017

Actualización: 30 de junio 2020



Servicios Médicos
Municipales
Contribución
de Comunidad



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad											
1.	Médico tratante.	Recibe solicitud de apoyo de internamiento											
2.		Determina si tiene espacio en área de hospital <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tiene espacio?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Aplica la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Indica al peticionario, que no hay cama disponible. Fin del procedimiento</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tiene espacio?	Entonces	Si	Aplica la siguiente actividad	No	Indica al peticionario, que no hay cama disponible. Fin del procedimiento					
¿Tiene espacio?		Entonces											
Si		Aplica la siguiente actividad											
No		Indica al peticionario, que no hay cama disponible. Fin del procedimiento											
3.		Recibe del solicitante del internamiento, las generales médicas y "expediente clínico" (Ver anexo 01) del paciente, Nota: Sino, recibes las generales del paciente; Informa a tu superior jerárquico que llegó sin información y continua con tu proceso.											
4.		Valora físicamente al paciente,											
5.		Confirma al paciente y familiares el internamiento,											
6.		Elabora en el formato de "Nota de ingreso" a hospitalización (Ver anexo 02)											
7.		Aplica el "proceso de consentimiento informado" (040P-CV)											
8.	Determina la acción a seguir con base a la respuesta o la decisión que tomó el paciente/familiar en apego a la siguiente tabla: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acepta continuar con proceso</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Paralelamente Informa sobre el internamiento de acuerdo a la siguiente tabla: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trabajador al que informa</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera</td> <td>Solicita la preparación del paciente. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>Aplica actividad 18</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Realiza el "subproceso de egreso voluntario" que se encuentra documentado en el procedimiento de egreso hospitalario Fin del procedimiento</td> </tr> </tbody> </table>	Acepta continuar con proceso	Entonces	Sí	Paralelamente Informa sobre el internamiento de acuerdo a la siguiente tabla: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trabajador al que informa</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera</td> <td>Solicita la preparación del paciente. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>Aplica actividad 18</td> </tr> </tbody> </table>	Trabajador al que informa	Entonces	Enfermera	Solicita la preparación del paciente. Continúa en la actividad siguiente	Trabajo Social	Aplica actividad 18	No	Realiza el "subproceso de egreso voluntario" que se encuentra documentado en el procedimiento de egreso hospitalario Fin del procedimiento
Acepta continuar con proceso	Entonces												
Sí	Paralelamente Informa sobre el internamiento de acuerdo a la siguiente tabla: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Trabajador al que informa</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Enfermera</td> <td>Solicita la preparación del paciente. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Trabajo Social</td> <td>Aplica actividad 18</td> </tr> </tbody> </table>	Trabajador al que informa	Entonces	Enfermera	Solicita la preparación del paciente. Continúa en la actividad siguiente	Trabajo Social	Aplica actividad 18						
Trabajador al que informa	Entonces												
Enfermera	Solicita la preparación del paciente. Continúa en la actividad siguiente												
Trabajo Social	Aplica actividad 18												
No	Realiza el "subproceso de egreso voluntario" que se encuentra documentado en el procedimiento de egreso hospitalario Fin del procedimiento												
9.	Recibe la solicitud del médico tratante para preparar al paciente para su internamiento, y proporciona cama al paciente												
10.	Enfermera Realiza aseo al paciente, Nota: Sí el paciente no requiere de aseo porque éste ya se encuentra aseado, entonces suspende la actividad y continua en la siguiente												



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
11.	Enfermera	Auxilia al paciente para ponerle ropa hospitalaria, Nota: Si el paciente está en condiciones de vestirse o ya cuenta con bata, suspende ésta actividad y continua en la siguiente						
12.		Toma al paciente los signos vitales Nota: Si sucediera que el paciente trae pertenencias, entonces se abre un camino paralelo al procedimiento, por lo que debes identificar si el paciente cuenta con algún familiar que lo esté acompañando. <table border="1" data-bbox="446 682 1437 892"> <thead> <tr> <th>¿Cuenta con familiar?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Entrega pertenencias a familiares. Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entrega pertenencias a trabajo social, para que realice el "proceso de resguardo de pertenencias" (037P-CV_001) Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Cuenta con familiar?	Entonces	Si	Entrega pertenencias a familiares. Continúa en la siguiente actividad	No	Entrega pertenencias a trabajo social, para que realice el "proceso de resguardo de pertenencias" (037P-CV_001) Continúa en la siguiente actividad
¿Cuenta con familiar?		Entonces						
Si		Entrega pertenencias a familiares. Continúa en la siguiente actividad						
No		Entrega pertenencias a trabajo social, para que realice el "proceso de resguardo de pertenencias" (037P-CV_001) Continúa en la siguiente actividad						
13.		Llena la pulsera; nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, CURP y género. (Información Metas internacionales y seguridad del paciente), con letra legible y sin abreviaturas.						
14.		Captura o anota en el formato "Nota de ingreso-egreso del paciente de enfermería" (Ver anexo 03) el ingreso del paciente						
15.		Elabora y coloca "Ficha de identificación" (Ver anexo 04)						
16.	Realiza notas en el formato "Registro clínicos, tratamiento y observaciones de enfermería urgencias y hospital" (Ver anexo 05) y lo anexa en el expediente clínico,							
17.	Continúa con el "proceso de estancia hospitalario" (043P-CV) Fin del procedimiento							
18.	Trabajo Social	Recibe informe de internamiento del paciente,						
19.		Registra en el formato "Registro de pacientes hospitalizados" (Ver anexo 06 A o, 06 B según sea el caso) al paciente, y entrega el reglamento hospitalario.						
20.		Continúa con el "proceso de estancia hospitalario" (043P-CV) Fin del procedimiento						

Procedimiento para el ingreso de pacientes a hospital



7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		
• Dra. Blanca Rubicela Martínez Sánchez	• Enf. Martha Gpe. Manzo Aviña	• Enf. Gabriela Rodríguez Arellano
• Enf. Silvia de Jesús Ito Montes	• LTS. María Gpe. Cruz Ramírez	• LTS. Olivia Graciela Ruvalcaba Chavira

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hospitalización	Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico.
Internamiento	Acción de internar a un individuo como consecuencia del padecimiento de alguna dolencia para que reciba tratamiento médico específico a causa de la misma.
Ficha de identificación	Los datos para la identificación correcta del paciente serán producto del interrogatorio del paciente/familiares con letra legible y sin abreviaturas la cual será colocada en la cama donde se encuentre el paciente.
Pulsera de identificación	Los datos del paciente debe llenarlo con letra legible y sin abreviaturas la cual será colocada en la muñeca derecha del paciente y permanecerá durante toda su estancia y deberá reemplazarse las veces que sea necesario a fin de mantenerla legible, sí debido a sus lesiones no puede ser colocado en la muñeca derecha; será a consideración del médico tratante de su elección, sitio con mayor visibilidad que permita la identificación del paciente.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
008OE-DSMM_001	Manual de Organización específico de unidad médica de urgencias "Cruz verde".

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A	Anexo 01 Expediente clínico
N.A	Anexo 02 Nota de ingreso
N.A	Anexo 03 Nota de ingreso-egreso del paciente de enfermería
N.A	Anexo 04 Ficha de identificación.
N.A	Anexo 05 Registros clínicos, tratamiento y observaciones de enfermería urgencias y hospital
N.A	Anexo 06 A Registro de pacientes hospitalizados
N.A	Anexo 06 B Registro de pacientes hospitalizados (CRIAT)
N.A	Anexo 07 A Registro de pacientes hospitalizados



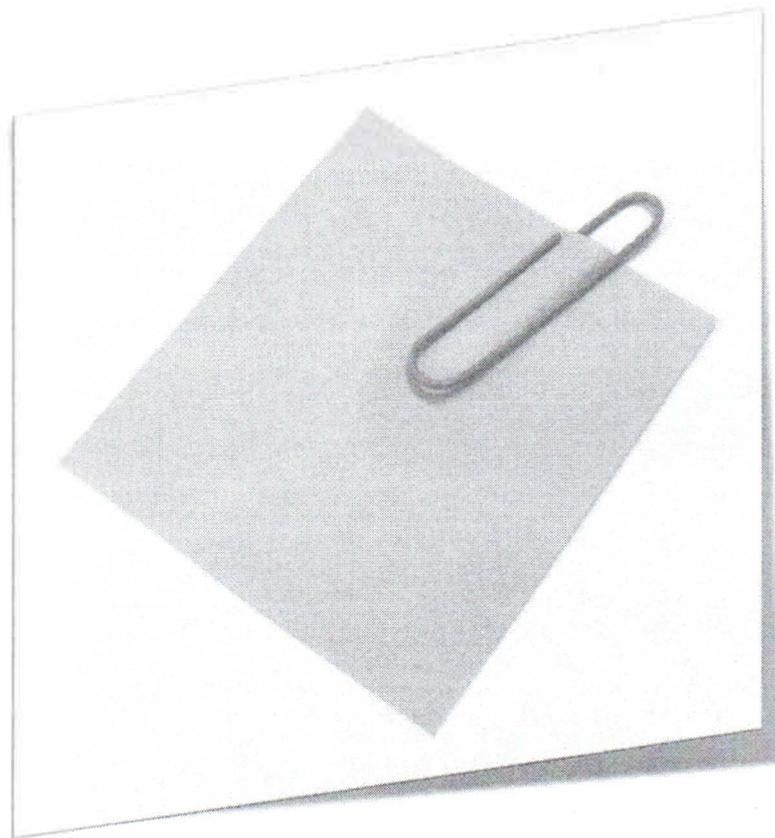
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A	Anexo 07 B Registro de pacientes hospitalizados (CRIAT)

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio 2020	19	Se elimina: Nota: El registro de pacientes hospitalizados anexo 06B será llenado/requisitado únicamente por la unidad médica de urgencias "Dr. Ernesto Arias González".

ANEXOS

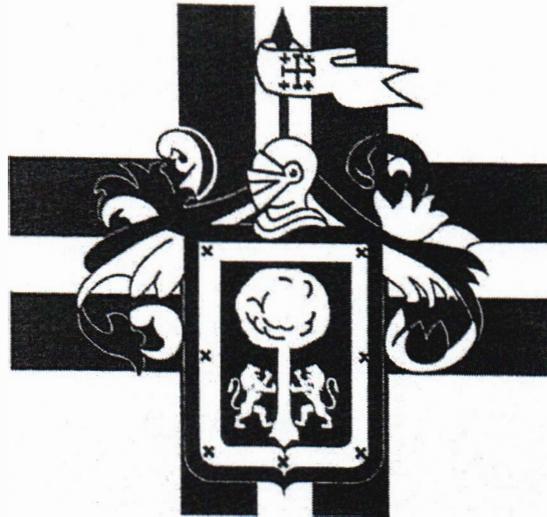






Anexo 01: Expediente clínico
(Formato sugerido)

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD
DIRECCIÓN MÉDICA
CENTRO DE REGISTRO ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS
CONTENEDOR DE EXPEDIENTE



CRUZ VERDE

EXPEDIENTE No.
193-3-9



Anexo 03: Nota de ingreso - egreso del paciente de enfermería
(Formato sugerido)

		Día	Mes	Año
Nombre:				
	1er. Apellido	2do. apellido	Nombre(s)	
Sexo:	<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M	Edad	Fecha de nacimiento	Hora de ingreso:
			Día Mes Año	
Servicio:	Cama:	Sala/piso	Exp.	
Diagnóstico:				
Médico responsable del ingreso				
Egreso del paciente				
		Día	Mes	Año Hora
Motivo de egreso				
Médico responsable del egreso				



Anexo 04: **Ficha de identificación**
(Formato sugerido)



Ficha de Identificación

Nombre: _____
Primer ApellidoSegundo ApellidoNombre(s)

Fecha de nacimiento: _____

Número de Registro: _____ **Alergias:** _____
Expediente:

Servicio: _____ **No. de cama:** _____

Diagnóstico: _____

Médico tratante: _____

Fecha de ingreso: _____ **Hora:** _____



Riesgo de úlceras por presión



Riesgo de Caídas



Técnica de aislamiento



**Anexo 06 A: Registro de pacientes hospitalizados
(Formato sugerido)**

Registro de pacientes hospitalizados

Fecha de elaboración: 2 de Mayo de 2016

UNIDAD: JDA FRS LOA EAG MRS

2016

Hora	Expediente	Nombre del paciente	Edad	Sexo	Cama	Motivo de ingreso	PYSC	Fecha de ingreso	Motivo de egreso	Hora	Observaciones
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			

Nota: El formato es de utilización diaria, de las 00:00 hrs a 24:00 horas, en el entendido de que a las 24 horas se utilizará un formato nuevo con fecha distinta



Anexo 07 A: Instructivo de llenado del formato “Registro de pacientes hospitalizados”

No.	Concepto	Descripción
1	Unidad Médica	Anota el nombre de la Unidad Médica donde se hospitaliza el paciente
2	Fecha	Escribir día, mes y año del día en que ingresa el paciente. Ejemplo: 17 junio 2017
3	Hora	Anota la hora de ingreso del paciente al área de hospital
4	Expediente	De contar con un expediente, debe anotar sobre la línea, el número de expediente del paciente.
5	Nombre del paciente	Pon el nombre del paciente y anota en el siguiente orden: El primer apellido, seguido del segundo apellido y por último el o, los nombres que tenga
6	Edad	Anota la edad del paciente
7	Sexo	Marca con una cruz según corresponda al sexo del paciente.
8	Cama	Escribe en éste espacio, el número de cama asignada al paciente.
9	Motivo de ingreso	En este espacio debe anotar las causas por las que el paciente ingresa al área de hospital, proporcionadas por el mismo paciente o acompañante.
10	Procedencia	Especifique en este espacio, si el paciente llegó vía ambulancia, para lo cual anotará una “A” o, directamente, de ser así, anotará la “D” por sus propios medios.
11	Fecha de ingreso	Utiliza este espacio, si el paciente tiene más de 24 horas hospitalizado, para que en el registro diario este actualizado, si el paciente egresa antes de ese tiempo, deja el espacio en blanco
12	Motivo de egreso	Especifique en este espacio de manera clara las causas de la salida del paciente. (alta por mejoría, traslado, alta voluntaria, fuga)
13	Hora	Registra la hora en la que el paciente egresa de la unidad médica.
14	Observaciones	En este espacio anota cualquier aspecto relevante, por ejemplo: paciente que egresa acompañado con familiar.

Anexo 07 B: Instructivo de llenado del formato "Registro de pacientes hospitalizados" (CRIAT)

No.	Concepto	Descripción
1	Unidad Médica	Anota el nombre de la Unidad Médica donde se hospitaliza el paciente
2	Fecha	Escribir día, mes y año del día en que ingresa el paciente. Ejemplo: 17 junio 2017
3	Hora	Anota la hora de ingreso del paciente al área de toxicología
4	Cama	Escribe en éste espacio, el número de cama asignada al paciente.
5	Expediente	De contar con un expediente, debe anotar sobre la línea, el número de expediente del paciente.
6	Nombre del paciente	Pon el nombre del paciente y anota en el siguiente orden: El primer apellido, seguido del segundo apellido y por último el o, los nombres que tenga
7	Domicilio	En éste espacio se registra el domicilio en donde habita regularmente el paciente, y señala la calle, número, colonia, municipio, estado y teléfono
8	Edad	Anota la edad del paciente
9	Sexo	Marca con una cruz según corresponda al sexo del paciente.
10	Motivo de ingreso	En este espacio debe anotar las causas por las que el paciente ingresa al área de toxicología, proporcionadas por el mismo paciente o acompañante.
11	Seguridad Social	Anota el tipo de seguridad social que tiene el paciente.
12	Teléfono	Escribe el número de teléfono, ya sea de casa o celular del familiar responsable o tutor, y si se trata de foráneos, anotar la clave lada correspondiente.
13	Procedencia	Especifique en este espacio, si el paciente llegó vía ambulancia, para lo cual anotará una "A" o, directamente, de ser así, anotará la "D" por sus propios medios.
14	Fecha de ingreso	Utiliza este espacio, si el paciente tiene más de 24 horas hospitalizado, para que en el registro diario este actualizado, si el paciente egresa antes de ese tiempo, deja el espacio en blanco
15	Motivo de egreso	Especifique en este espacio de manera clara las causas de la salida del paciente. (alta por mejoría, traslado, alta voluntaria, fuga)
16	Hora	Registra la hora en la que el paciente egresa de la unidad médica.
17	Observaciones	En este espacio anota cualquier aspecto relevante, por ejemplo: paciente que egresa acompañado con familiar.



Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes

Clave: 044P-CV_002

Documentación: 16 de enero 2017

Actualización: 30 de junio 2020

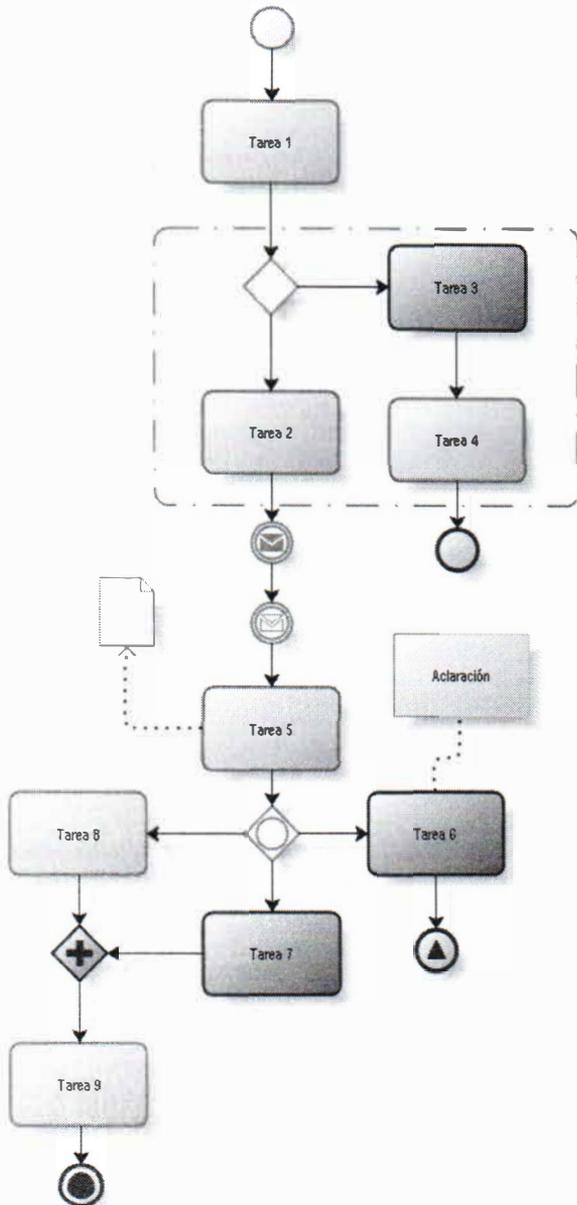
Autorización

Nivel II



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Hospitalización/urgencia



Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró:

L.A.E. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.:

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO
Unidad Médica de Urgencias
Dr. Jesús Delgadillo Araujo

Aprobó:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA
Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	5
5.- Modelado de Proceso	6
6.- Desarrollo:.....	9
7.- Colaboradores:.....	20
8.- Definiciones:.....	20
9.- Documentos de Referencia:.....	21
10.- Formatos Utilizados:	21
11. Descripción de Cambios	21
Anexos	23



**Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de
pacientes**

Clave: 044P-CV 002

Documentación: 16 de enero 2017

Actualización: 30 de junio 2020



Servicios Médicos
Municipales
Gobierno del Estado de Jalisco



Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de
pacientes



1.- OBJETIVO

Dar por terminado el proceso de atención médica hospitalaria o del proceso de atención de urgencias, a través de recomendaciones médicas y del cierre de acciones administrativas (pago de los servicios, medicamentos y materiales), todo para cualquiera de los siguientes tipos de egreso:

- a) Por mejora,
- b) Por alta voluntaria,
- c) Por referencia o envío a otra institución de atención médica,
- d) Por fuga de pacientes,
- e) Por fallecimiento.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando el paciente mejora y se va de alta o, el paciente decide irse de la unidad médica o, si el paciente se refiere a otra unidad de mayor especialidad o, cuando un paciente se fuga, o bien, cuando el paciente fallece; El procedimiento termina cuando los expedientes clínicos son integrados y devueltos al área de archivo de la unidad médica.

Áreas que intervienen:

Hospitalización y auxiliares clínicos para la atención médica (Enfermería y Trabajo Social).

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. El personal médico tiene la responsabilidad de otorgar el "Alta médica" a los pacientes que hayan logrado su recuperación, así como notificar a enfermería y trabajo social sobre el egreso de los mismos.
3. El Médico tratante debe informar al paciente/familiar sobre: El alta médica, la cual puede presentarse a cualquier hora del día; las recomendaciones a seguir para su cuidado, los signos de alarma a los cuales debe presentar cuidado, y en su caso, la forma de proceder ante alguno de esos síntomas.
4. Es responsabilidad de los Médicos, Enfermeras(os) y Trabajadores(as) sociales, la de explicarle a los Usuarios/familiares, la diferencia entre "Alta médica" y "Alta administrativa" y hacer énfasis en que el proceso para retirarse a casa, es cuando se culmine con la alta administrativa.
5. Es responsabilidad de los directivos de las Unidades médicas de urgencia (Cruz Verde), la de implementar los siguientes horarios para el trámite del alta administrativa de pacientes hospitalizados, los cuales a continuación se describen:
 - Por las mañanas, el horario está comprendido entre las 10:00 hrs. a las 12:30 hrs.
 - Por las tardes, el horario está comprendido entre de 16:00 hrs. a las 18:30 hrs.
 - Por las noches, no habrá altas administrativas.



3.- REGLAS DE OPERACIÓN

6. Todos los familiares de pacientes fallecidos que hayan decidido donar órganos o tejidos, no pagarán los costos que se generen a partir de la firma del consentimiento informado para dicha donación. El Médico tratante debe hacer la nota de egreso en el formato oficial del en el Expediente Clínico, la cual debe estar en pleno cumplimiento de la norma en materia de expediente clínico.
7. Es responsabilidad del médico tratante, la de capturar y registrar en el **"Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario" (SAEH)**, la información necesaria para el control estadístico de egresos de pacientes.

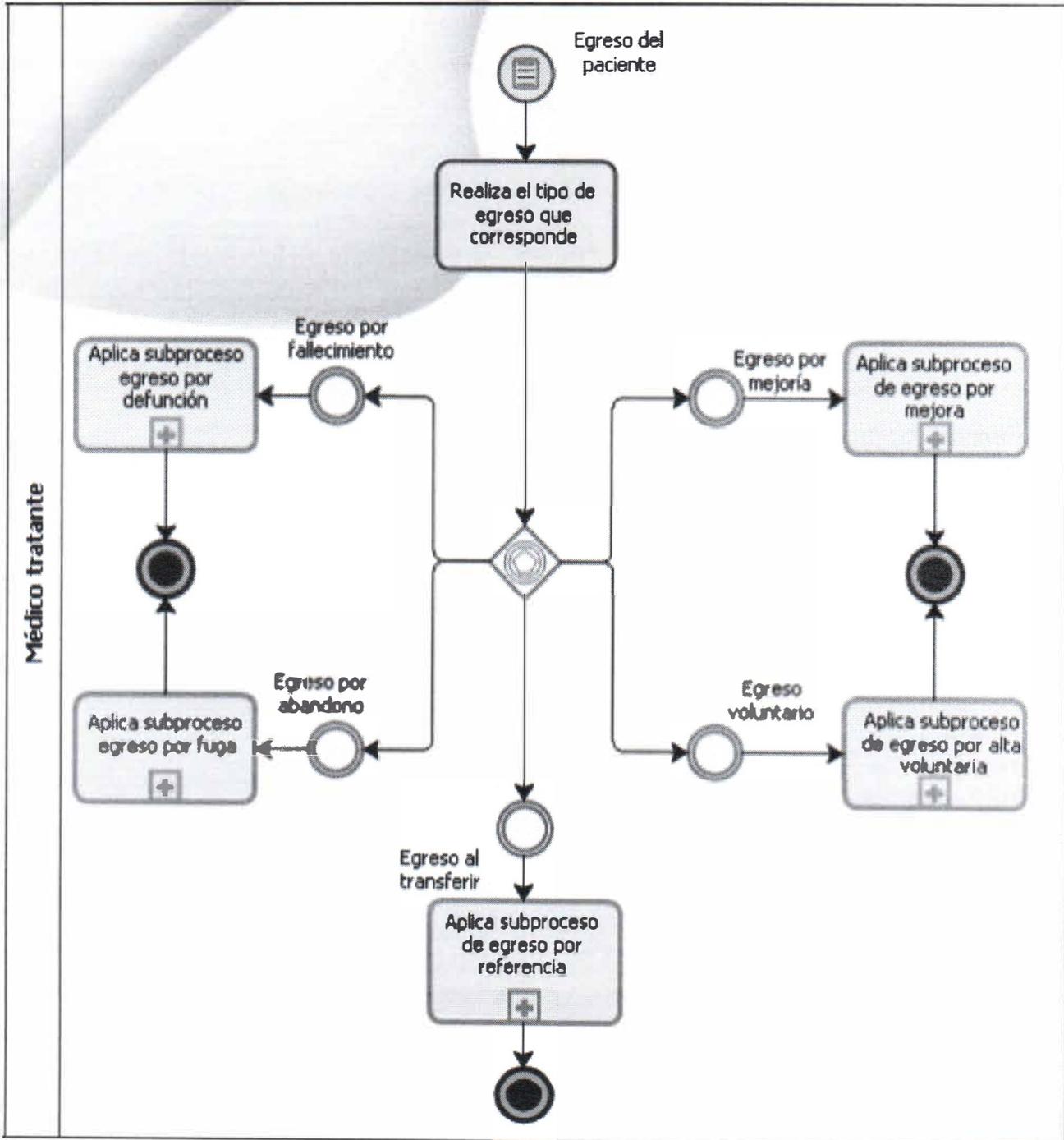


4.- RESPONSABILIDADES

Documento	0080E-DSMM_Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias.
Funciones	
1.2 Servicios de Atención Médica	
<ul style="list-style-type: none"> b) Integrar en los expedientes clínicos los formatos y estudios que surgen de la atención médica, conforme a la normatividad y realizar el manejo apropiado del paciente, c) Proporcionar información verbal completa a los familiares y paciente, sobre los procedimientos, diagnósticos, tratamiento y sobre los posibles riesgos. i) Autorizar las altas de los pacientes que han sido estabilizados y no requieren hospitalización, anotar alta en el expediente clínico respetando la Norma Oficial Mexicana, 	
1.2.2 Urgencias	
<ul style="list-style-type: none"> b) Canalizar a los pacientes a otro nivel de atención médica (de alta especialidad) cuando en la Cruz Verde, ya no se tenga la posibilidad de continuar apoyándolo por tratar de una patología de mayor especialización, c) Integrar los expedientes clínicos conforme a la normatividad para realizar el manejo apropiado del paciente, i) Solicitar apoyo al área de Trabajo Social. Cuando el caso sea médico legal para mantener informado al ministerio público, 	
1.2.3 Hospitalización	
<ul style="list-style-type: none"> d) Coordinar solicitud de interconsultas referencia y regulación de los pacientes que se encuentren hospitalizados para una atención integral, i) Integrar los expedientes clínicos conforme a la normatividad para realizar el manejo apropiado del paciente, j) Llevar el registro de todos los insumos o estudios que se realicen a cada paciente para los efectos administrativos a que haya lugar, k) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica, l) Establecer mecanismos de control o fichas de identificación de cada paciente y buscar la seguridad de los mismo durante su estancia en la Hospitalización, y m) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico. 	
1.3 Servicios Auxiliares de Atención Médica	
<ul style="list-style-type: none"> a) Tener una comunicación clara y directa... b) Integrar los expedientes clínicos conforme a la normatividad para realizar el manejo apropiado del paciente, c) Proporcionar información verbal completa a los familiares y paciente, sobre los procedimientos, diagnósticos, tratamiento y sobre los posibles riesgos. h) Mantener notificado debidamente al ministerio público cuando el caso implique responsabilidad legal, el médico tratante se apoyará con el área de trabajo social para dar información en tiempo y forma, i) Autorizar las altas de los pacientes que han sido estabilizados y no requieren hospitalización, Anotar alta en el expediente clínico respetando la Norma Oficial Mexicana, o) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico. 	

5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.

Modelado general del Proceso de egreso hospitalario/urgencias;

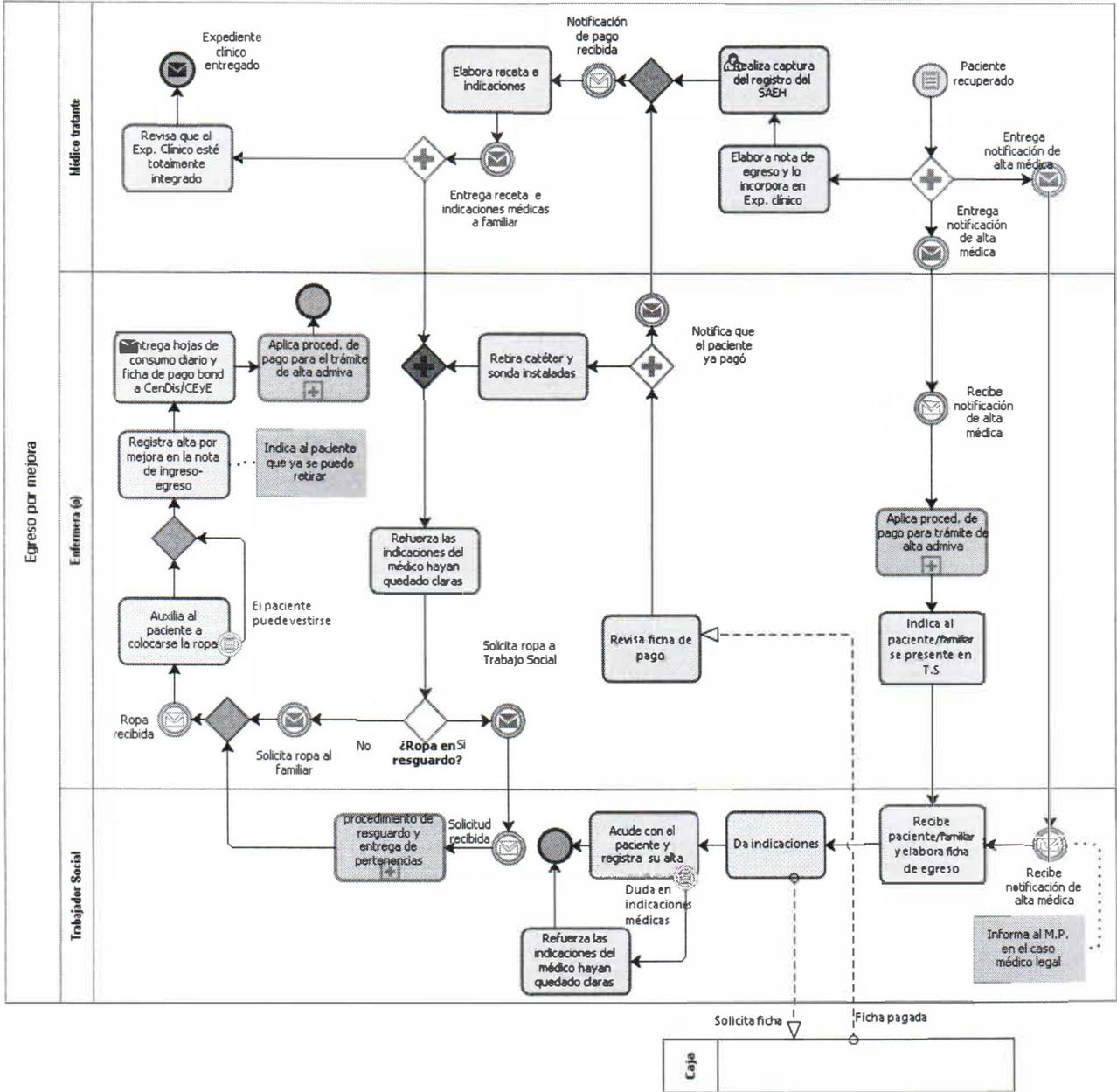




Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



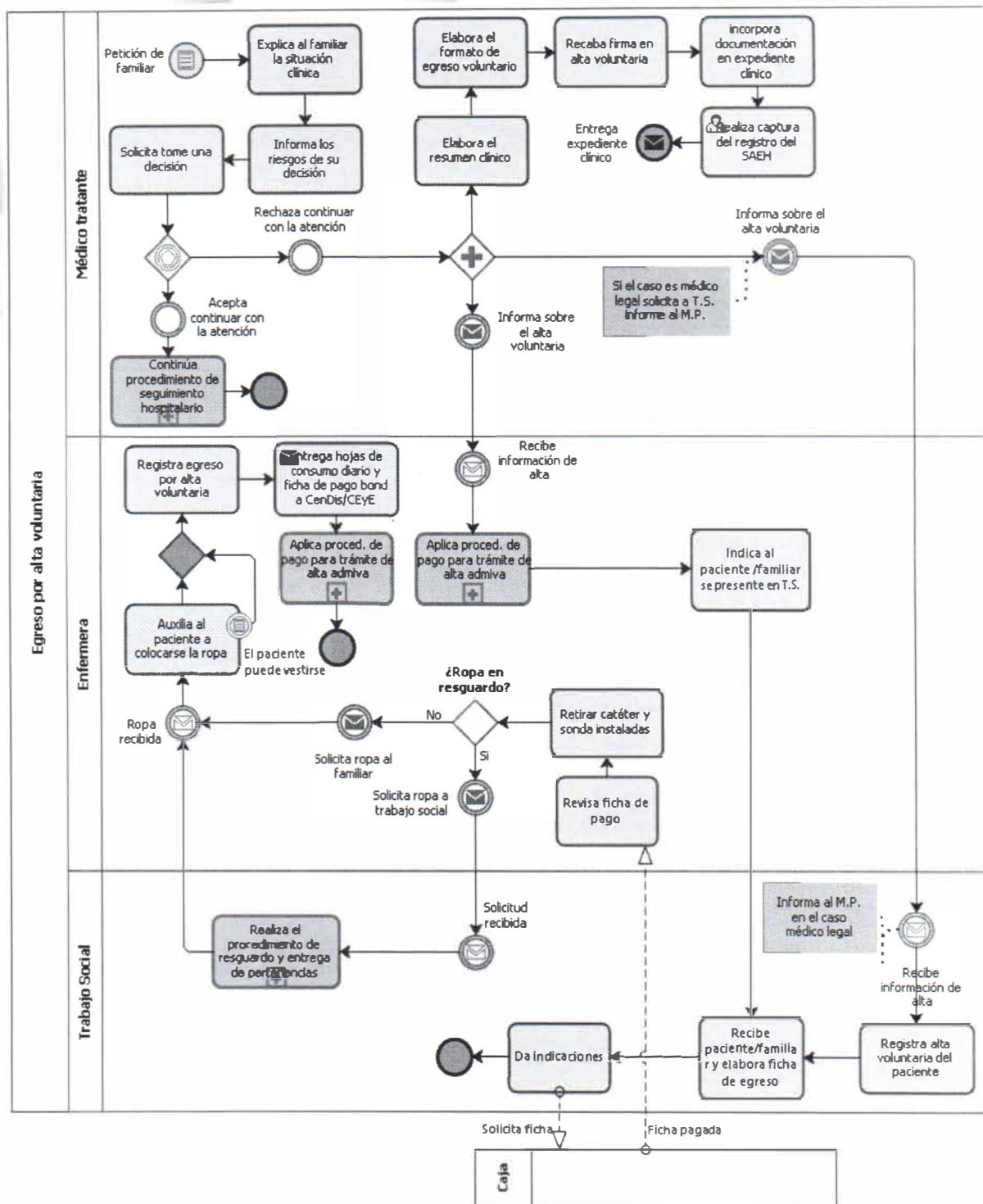
Modelado del egreso por mejora;



Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



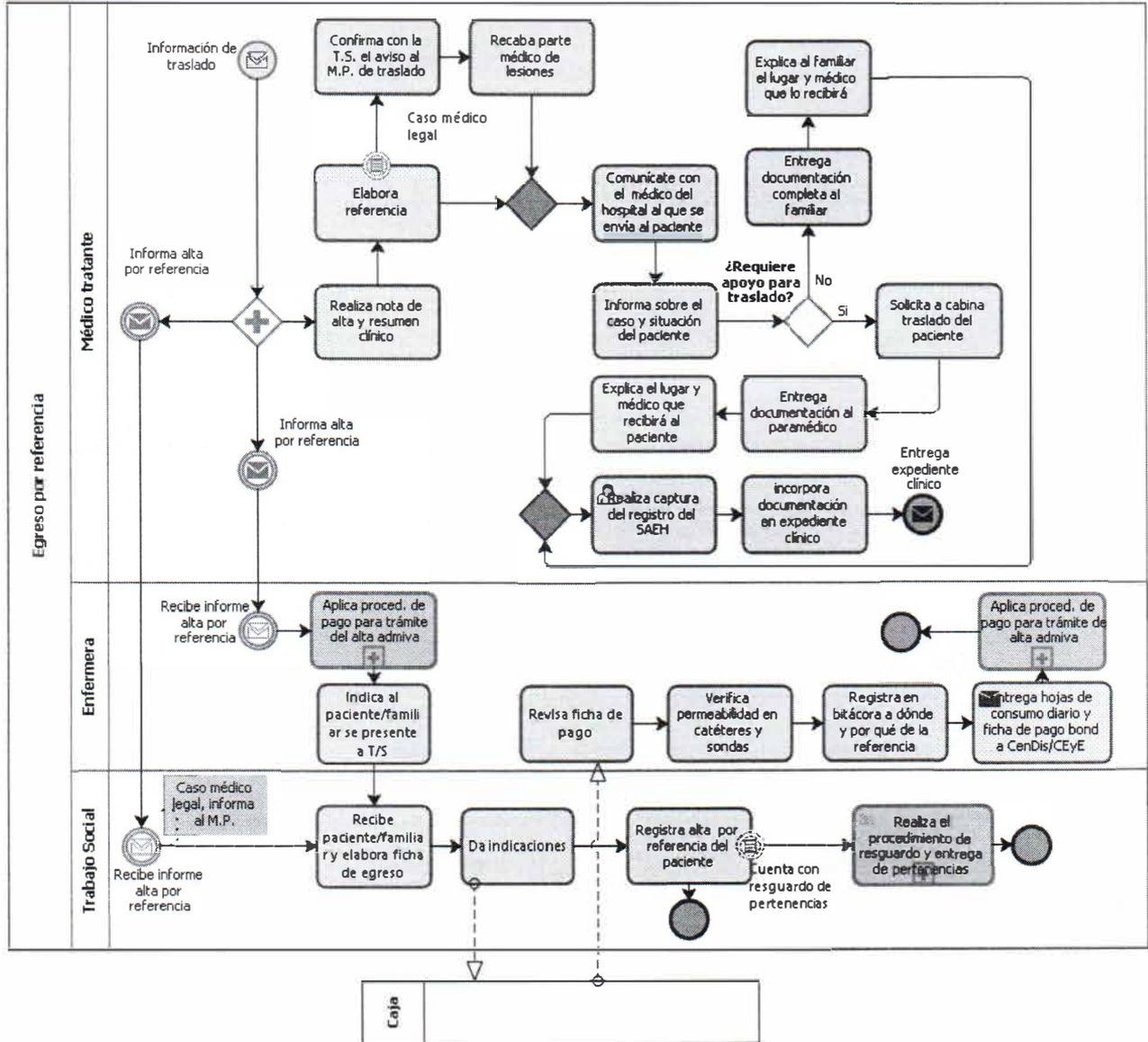
Modelado de egreso por alta voluntaria;



Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



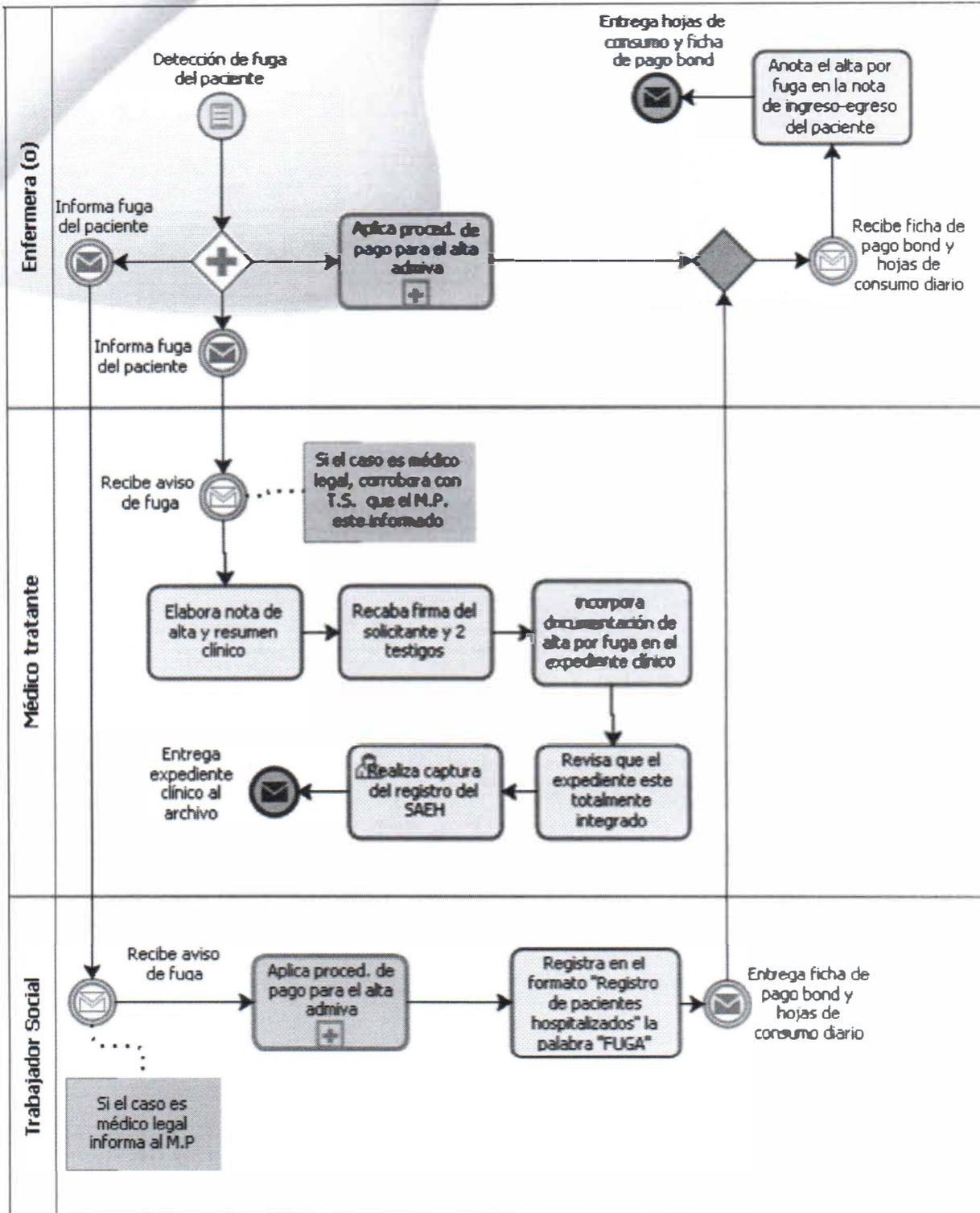
Modelado del egreso por referencia;



Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



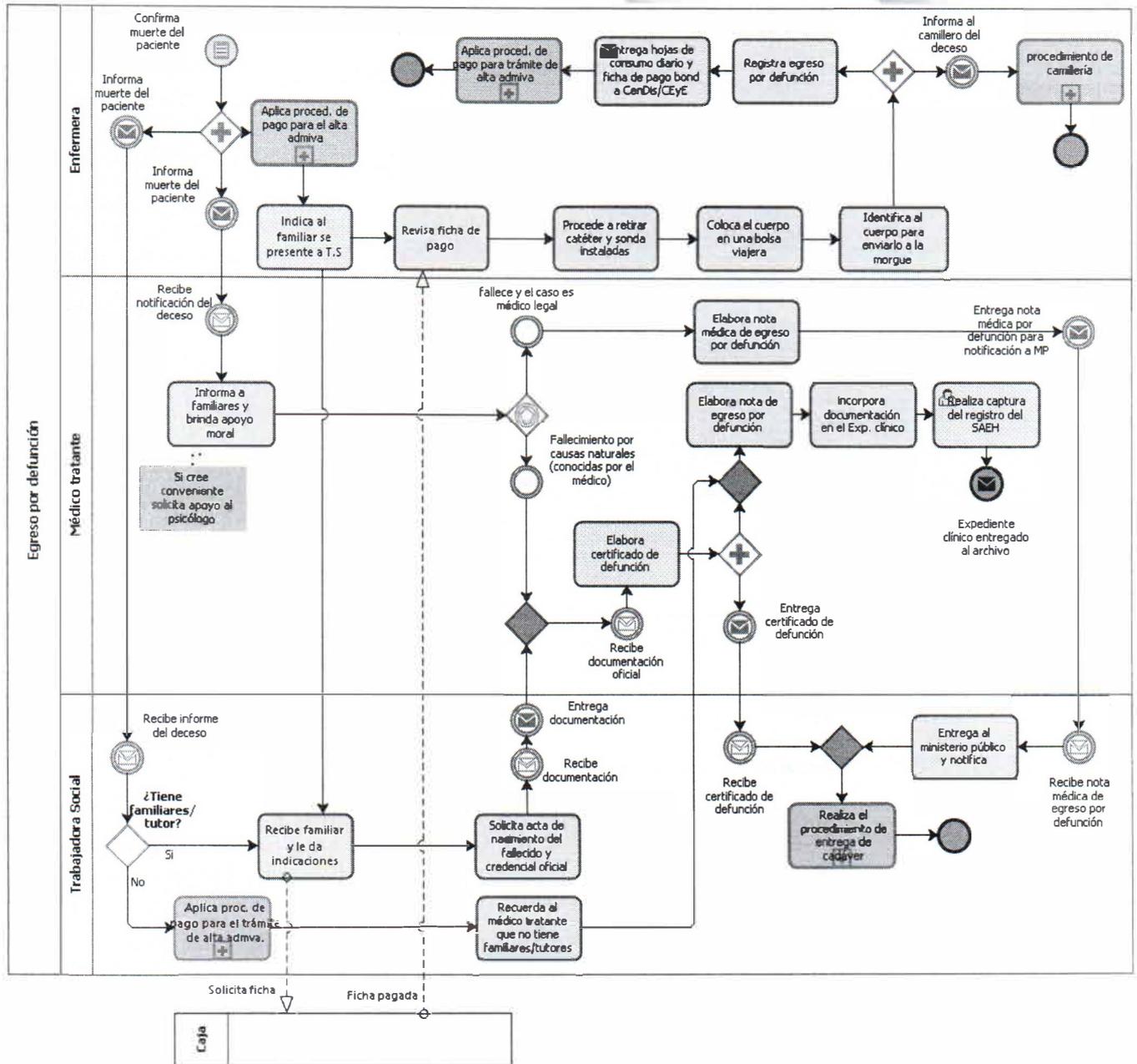
Modelado del egreso por fuga;



Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



Modelado del egreso por defunción;



Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



6.- DESARROLLO

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad												
1.	Médico tratante	El procedimiento consta de 5 subprocesos, para ello y dependiendo del caso, debes aplicar la siguiente tabla:												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de egreso</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Egreso por mejora</td> <td>Aplica de egreso por mejora Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Egreso voluntario</td> <td>Aplica subproceso de egreso por alta voluntaria Continúa en la actividad 22</td> </tr> <tr> <td>Egreso al transferir</td> <td>Aplica subproceso de egreso por referencia Continúa en la actividad 43</td> </tr> <tr> <td>Egreso por abandono</td> <td>Aplica subproceso egreso por fuga Continúa en la actividad 62</td> </tr> <tr> <td>Egreso por fallecimiento</td> <td>Aplica subproceso egreso por defunción Continúa en la actividad 81</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de egreso	Entonces	Egreso por mejora	Aplica de egreso por mejora Continúa en la actividad siguiente	Egreso voluntario	Aplica subproceso de egreso por alta voluntaria Continúa en la actividad 22	Egreso al transferir	Aplica subproceso de egreso por referencia Continúa en la actividad 43	Egreso por abandono	Aplica subproceso egreso por fuga Continúa en la actividad 62	Egreso por fallecimiento	Aplica subproceso egreso por defunción Continúa en la actividad 81
		Tipo de egreso	Entonces											
		Egreso por mejora	Aplica de egreso por mejora Continúa en la actividad siguiente											
		Egreso voluntario	Aplica subproceso de egreso por alta voluntaria Continúa en la actividad 22											
		Egreso al transferir	Aplica subproceso de egreso por referencia Continúa en la actividad 43											
Egreso por abandono	Aplica subproceso egreso por fuga Continúa en la actividad 62													
Egreso por fallecimiento	Aplica subproceso egreso por defunción Continúa en la actividad 81													
SUBPROCESO DE EGRESO POR MEJORA														
2.	Médico tratante	Una vez recuperado el paciente aplique las siguientes acciones,												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Acciones</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Entrega notificación de alta o solicita que le notifiquen al Trabajador(a) Social, el alta del paciente por mejora. Continúa en la actividad 20</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Elabora la "Nota de egreso" (Ver anexo 01), lo incorpora en el "Expediente clínico" (Ver anexo 02) Continúa en la actividad 7</td> </tr> </tbody> </table>	Acciones	Entonces	A	Continúa en la actividad siguiente	B	Entrega notificación de alta o solicita que le notifiquen al Trabajador(a) Social, el alta del paciente por mejora. Continúa en la actividad 20	C	Elabora la "Nota de egreso" (Ver anexo 01), lo incorpora en el "Expediente clínico" (Ver anexo 02) Continúa en la actividad 7				
		Acciones	Entonces											
A	Continúa en la actividad siguiente													
B	Entrega notificación de alta o solicita que le notifiquen al Trabajador(a) Social, el alta del paciente por mejora. Continúa en la actividad 20													
C	Elabora la "Nota de egreso" (Ver anexo 01), lo incorpora en el "Expediente clínico" (Ver anexo 02) Continúa en la actividad 7													
3.		Notifica a la Enfermera(o) sobre el egreso del paciente por mejoría.												
4.	Enfermera(o)	Recibe notificación de egreso del paciente por mejora,												
5.		Aplica el " Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3 02 " e indica al paciente/familiar se presente a trabajo social.												
6.		Una vez recibidos y revisados los documentos comprobatorios de pago, el camino se abre en dos vertientes para lo cual aplica la siguiente tabla												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Notifica al Médico tratante, el pago por el servicio de consumo y atención. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Retira catéter y sondas instaladas al paciente y, espera a que el Médico tratante entregue receta y de indicaciones necesarias al paciente. Continúa en la actividad 14</td> </tr> </tbody> </table>	Acción	Entonces	A	Notifica al Médico tratante, el pago por el servicio de consumo y atención. Continúa en la actividad siguiente	B	Retira catéter y sondas instaladas al paciente y, espera a que el Médico tratante entregue receta y de indicaciones necesarias al paciente. Continúa en la actividad 14						
Acción	Entonces													
A	Notifica al Médico tratante, el pago por el servicio de consumo y atención. Continúa en la actividad siguiente													
B	Retira catéter y sondas instaladas al paciente y, espera a que el Médico tratante entregue receta y de indicaciones necesarias al paciente. Continúa en la actividad 14													
7.	Médico tratante	Captura en el " Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario " (SAEH), los datos que solicita el mismo y espera la notificación de que la cuenta ha sido saldada.												
8.		Recibe notificación de que el paciente ya pagó												
9.		Elabora " Receta médica " (Ver anexo 05) y documenta las indicaciones para el cuidado del paciente												



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
10.	Médico tratante	Entrega al paciente/familiar, la "Receta médica" y les explica detalladamente las indicaciones Nota: Toma el tiempo necesario para dar las instrucciones o indicaciones al paciente/familiar y asegúrate que éste comprendió las mismas						
11.		Médico tratante y Enfermera(o) procedan de acuerdo a la siguiente tabla: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Responsable</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médico tratante</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Enfermera(o)</td> <td>Aplica la actividad 14</td> </tr> </tbody> </table>	Responsable	Entonces	Médico tratante	Continúa en la actividad siguiente	Enfermera(o)	Aplica la actividad 14
Responsable		Entonces						
Médico tratante		Continúa en la actividad siguiente						
Enfermera(o)	Aplica la actividad 14							
12.	Revisa que el "Expediente clínico" esté totalmente integrado							
13.	Entrega o solicita que entreguen el "Expediente clínico" al archivo, apegado al " <u>Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico</u> " (032P-CV) Fin del procedimiento							
14.	Enfermera(o)	Revisa las indicaciones formuladas por el Médico tratante para el paciente, y refuerza dichas indicaciones médicas						
15.		Determine si la ropa se encuentra en resguardo <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Ropa en resguardo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Solicita al Trabajador(a) Social la ropa que tiene en resguardo. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicita ropa a los familiares. Continúa en la actividad 17</td> </tr> </tbody> </table>	¿Ropa en resguardo?	Entonces	Si	Solicita al Trabajador(a) Social la ropa que tiene en resguardo. Continúa en la actividad siguiente	No	Solicita ropa a los familiares. Continúa en la actividad 17
¿Ropa en resguardo?		Entonces						
Si	Solicita al Trabajador(a) Social la ropa que tiene en resguardo. Continúa en la actividad siguiente							
No	Solicita ropa a los familiares. Continúa en la actividad 17							
16.	Trabajador(a) Social Recibe solicitud para entregar ropa del paciente lo cual realiza mediante el " <u>Procedimiento de resguardo y entrega de pertenencias</u> " (037P-CV) y la entrega a la Enfermera(o)							
17.	Enfermera(o)	Recibe la ropa por parte del trabajador(a) social o familiares, y auxilia al paciente a colocársela Nota: El paciente o familiar puede vestirse(r) al paciente, permite que lo haga y si es necesario guíalo para que no lo lastime.						
18.		Registra el alta por mejora del paciente en el formato "Nota de ingreso-egreso del paciente de enfermera(o)" (Ver anexo 06)						
19.		Entrega las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond" que recibió en el punto 5 al área de CenDis/CEyE para la culminación del " <u>Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3 02</u> " Fin del procedimiento						
20.	Trabajador(a) Social	Recibe notificación de egreso por mejora del paciente, elabora ficha de egreso, da indicaciones al familiar/paciente, pase a caja a pagar y regrese con la enfermera para darle continuidad a su proceso Nota: Informa al Ministerio Público si el caso es médico legal						
21.		Acude con el paciente y registra su alta en la "Registro de pacientes hospitalizados" (Ver anexo 07A o, 07B según sea el caso) Notas: <ul style="list-style-type: none"> Si sucediera que el paciente tiene dudas en las indicaciones del médico, debes reforzar dichas indicaciones hasta que queden aclaradas 						
SUBPROCESO DE EGRESO POR ALTA VOLUNTARIA								
22.	Médico tratante	Recibe por parte del paciente/familiar, petición de alta voluntaria						
23.	Médico tratante	Explica al paciente y/o familiares situación clínica						

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad								
24.		Informa los posibles riesgos para que el paciente/familiar reconsidere su decisión de abandono								
25.		Solicita al paciente/familiar tome una decisión								
26.		Recibe decisión de paciente/familiar y determina acción a seguir con base a la siguiente tabla:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Acepta continuar con la atención</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si acepta</td> <td>Continúa con el <u>"Procedimiento para la estancia del paciente en hospital"</u> (042P-CV) Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No acepta</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	Acepta continuar con la atención	Entonces	Si acepta	Continúa con el <u>"Procedimiento para la estancia del paciente en hospital"</u> (042P-CV) Fin del procedimiento	No acepta	Continúa en la siguiente actividad		
		Acepta continuar con la atención	Entonces							
Si acepta		Continúa con el <u>"Procedimiento para la estancia del paciente en hospital"</u> (042P-CV) Fin del procedimiento								
No acepta		Continúa en la siguiente actividad								
27.		Paralelamente realiza diferentes acciones de acuerdo a la siguiente tabla:								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Elabora, "Resumen clínico" (Ver anexo 09). Continúa en la siguiente actividad,</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Informa a la Enfermera(o) alta voluntaria del paciente. Aplica la actividad 32</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Informa a trabajador(a) social o solicita que le informen del "alta voluntaria" del paciente. Aplica la actividad 41 Nota: Si el caso es médico legal; solicita al Trabajador(a) Social que informe al Ministerio Público</td> </tr> </tbody> </table>	Acción	Entonces	A	Elabora, "Resumen clínico" (Ver anexo 09). Continúa en la siguiente actividad,	B	Informa a la Enfermera(o) alta voluntaria del paciente. Aplica la actividad 32	C	Informa a trabajador(a) social o solicita que le informen del "alta voluntaria" del paciente. Aplica la actividad 41 Nota: Si el caso es médico legal; solicita al Trabajador(a) Social que informe al Ministerio Público
		Acción	Entonces							
	A	Elabora, "Resumen clínico" (Ver anexo 09). Continúa en la siguiente actividad,								
B	Informa a la Enfermera(o) alta voluntaria del paciente. Aplica la actividad 32									
C	Informa a trabajador(a) social o solicita que le informen del "alta voluntaria" del paciente. Aplica la actividad 41 Nota: Si el caso es médico legal; solicita al Trabajador(a) Social que informe al Ministerio Público									
28.	Elabora y recaba firma del solicitante y la de 2 testigos en el formato "Egreso voluntario" (Ver anexo 10)									
29.	Incorpora documentación en el "Expediente clínico" y revisa que este completo									
30.	Captura en el <u>"sistema automatizado de egresos hospitalario"</u> (SAEH), los datos que solicita el mismo									
31.	Entrega "expediente clínico" al archivo, apegado al <u>"Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico"</u> (032P-CV). Fin del procedimiento									
32.	Enfermera(o)	Recibe informe del Médico tratante alta voluntaria del paciente								
33.		Aplica el <u>"Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3 02"</u> e indica al paciente/familiar se presente a trabajo social.								
34.		Recibe del paciente/familiar, revisa ficha de pago								
35.		Retira catéter y sondas instaladas al paciente								
36.		Determine si la ropa se encuentra en resguardo								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Ropa en resguardo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Solicita al Trabajador(a) Social la ropa que tiene en resguardo. Aplica actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Solicita la ropa del paciente al familiar. Continúa en la actividad 38</td> </tr> </tbody> </table>	¿Ropa en resguardo?	Entonces	Si	Solicita al Trabajador(a) Social la ropa que tiene en resguardo. Aplica actividad siguiente	No	Solicita la ropa del paciente al familiar. Continúa en la actividad 38		
		¿Ropa en resguardo?	Entonces							
Si	Solicita al Trabajador(a) Social la ropa que tiene en resguardo. Aplica actividad siguiente									
No	Solicita la ropa del paciente al familiar. Continúa en la actividad 38									
37.	Trabajador(a) social	Recibe solicitud de la ropa del paciente mediante el <u>"Procedimiento de resguardo y entrega de pertenencias"</u> (037P-CV) y la entrega a la Enfermera(o)								



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
38.	Enfermera(o)	Recibe la ropa por parte del Trabajador(a) Social o del familiar y auxilia al paciente a colocársela Nota: El paciente o familiar puede vestirse(r) al paciente, permite que lo haga y si es necesario guíalo para que no lo lastime.	
39.		Registra el alta voluntaria en el formato "Nota de Ingreso-Egreso del paciente en Enfermera(o)" (ver anexo 06)	
40.		Entrega las hojas de "Consumo diario" (Ver anexo 03) y la "Ficha de pago bond" (Ver anexo 04) al área de CenDis/CEyE para culminar el " Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3 01 " Fin del procedimiento	
41.	Trabajador(a) social	Recibe informe del "alta voluntaria" del paciente, elabora ficha de egreso, da indicaciones al familiar/paciente, pase a caja a pagar, y regrese con la enfermera para darle continuidad a su proceso Nota: Si el caso es médico legal, avisa al Ministerio Público	
42.		Registra, egreso voluntario del paciente en el "Registro de pacientes hospitalizados" (Ver anexo 07A o, 07B según sea el caso) Fin del procedimiento	
SUBPROCESO DE EGRESO POR REFERENCIA			
43.	Médico tratante	Informa y explica a paciente/familiar los motivos de traslado	
44.		Aplica la siguiente tabla, debido que en este punto surgen tres vertientes de trabajo	
		Acción	Entonces
		A	Realiza nota de alta en el formato "Nota de egreso" (Ver anexo 01) y el formato de "Resumen clínico" (Ver anexo 09). Continúa en la actividad siguiente
		B	Informa la Enfermera(o) el traslado a otra institución del paciente. Aplica la actividad 56
		C	Notifica al trabajador(a) social de la referencia del paciente. Aplica la actividad 57
45.		Elabora el formato de "Referencia y contrarreferencia" (Ver anexo 11 y 12) Nota: Si el caso de referencia es médico legal, sin interrumpir esta actividad confirma con el Trabajador(a) Social el aviso al Ministerio Público de traslado y recaba parte médico de lesiones	
46.		Comunícate con el médico al hospital, al que se envía al paciente	
47.		Informa al médico que recibirá al paciente, condiciones y situación del paciente	
48.		Determina o indaga con familiar/trabajador(a) social si el paciente necesita apoyo para el traslado	
	¿Requiere apoyo para traslado?	Entonces	
	Sí	Solicita a cabina traslado del paciente. Continúa en la actividad siguiente	
	No	Continúa en la actividad 52	
49.	Entrega documentación completa al paramédico e indica el lugar y médico que recibirá al paciente		
50.	Captura en el " Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario " (SAEH), los datos que solicita el mismo		

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
51.	Médico tratante	Incorpora documentación en el "Expediente clínico", revisa que este completo y entrega "Expediente clínico" al archivo, apegado al "Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico" (032P-CV) . Fin del procedimiento	
52.		Entrega documentación completa al familiar que trasladara al paciente,	
53.		Explica al familiar/paciente el lugar y médico que lo recibirá al paciente	
54.		Captura en el "Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario" (SAEH) , los datos que solicita el mismo	
55.		Incorpora documentación en el "Expediente clínico", revisa que este completo y entrega "Expediente clínico" al archivo, apegado al "Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico" (032P-CV) . Fin del procedimiento	
56.	Enfermera(o)	Recibe informe de referencia aplica el "Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3 02" e indica al paciente/familiar se presente a trabajo social.	
57.	Trabajador(a) social	Recibe del médico tratante, aviso de la referencia del paciente, elabora ficha de egreso, da indicaciones al familiar/paciente, pase a caja a pagar y regrese con la enfermera para darle continuidad a su proceso Nota: Sí el caso es médico legal, Informa al Ministerio público del traslado a otro hospital	
58.		Registra alta por referencia en el formato "Registro de pacientes hospitalizados" (Ver anexo 07A o, 07B según sea el caso) Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Si cuenta con resguardo de pertenencias; realiza el "Procedimiento de resguardo y entrega de pertenencias" (037P-CV) • El registro de pacientes hospitalizados anexo 07B • Fin del procedimiento 	
59.	Enfermera(o)	Una vez recibido del paciente/familiar las hojas de "Consumo diario" y "Ficha de pago bond", Verifica permeabilidad en catéteres y sondas	
60.		Registra en el formato "Nota de ingreso-egreso del paciente de Enfermera (o)" (Ver anexo 06) a dónde lo deriva y por qué de la referencia,	
61.		Entrega las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond" que recibió en la actividad 59 al área de CenDis/CEyE, para culminar el "Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3 02"	
SUBPROCESO DE EGRESO POR FUGA			
62.	Enfermera(o)	Detecta fuga del paciente	
63.		Aplica la siguiente tabla, debido que en este punto surgen tres vertientes de trabajo;	
		Acciones	Entonces
		A	Aplica el "Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3-02" e indica al paciente/familiar se presente a trabajo social. Continúa en la actividad siguiente
		B	Notifica al médico tratante sobre la fuga del paciente. Aplica la actividad 67
C	Informa al trabajador(a) social sobre la fuga del paciente. Aplica la actividad 74		
64.		Recibe la ficha las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond" y la entrega a Trabajo Social	



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
65.	Enfermera(o)	Anota el alta por fuga en el formato "Nota de ingreso-egreso del paciente de Enfermera(o)" (Ver anexo 06)
66.		Entrega las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond" que recibió en la actividad 64 y los entrega a CenDis/CEyE para culminar el "procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa". Fin del procedimiento
67.	Médico tratante	Recibe aviso sobre la fuga del paciente Nota: Si el caso es médico legal corrobora con el Trabajador(a) social que el Ministerio Público esté informado
68.		Elabora nota de alta en el formato "Nota de egreso" (Ver anexo 01) y "resumen clínico" (Ver anexo 09)
69.		Recaba firma del solicitante y la de dos testigos en el formato "Nota de egreso"
70.		Incorpora documentación de alta por fuga en el "Expediente clínico" (Ver anexo 02)
71.		Revisa que el "Expediente clínico" este totalmente integrado
72.		Captura en el " <u>Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario</u> " (SAEH), los datos que solicita el mismo
73.		Entrega "Expediente clínico" al archivo, apegado al " <u>Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico</u> " (032P-CV) Fin del procedimiento
74.	Trabajador(a) Social	Recibe informe de fuga del paciente, y la ficha las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond. Realiza " <u>Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3-02</u> " Nota: Si el caso es médico legal informa al Ministerio público
75.		• Aplica el " <u>Procedimiento de resguardo y entrega de pertenencias</u> " (037P-CV)
76.		Registra alta en el formato "Registro de pacientes hospitalizados" (Ver anexo 07A o, 07B según sea el caso) anotando la palabra "FUGA"
77.		Entrega las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond" a la Enfermera(o)
78.	Enfermera(o)	Recibe la ficha las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond"
79.		Anota el alta por fuga en el formato "Nota de ingreso-egreso del paciente de Enfermera(o)" (Ver anexo 06)
80.		Entrega las hojas de "Consumo diario" y la "Ficha de pago bond" que recibió en la actividad 78 al área de CenDis/CEyE para culminar " <u>procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa</u> " Fin del procedimiento
SUBPROCESO DE EGRESO POR DEFUNCIÓN		
81.	Enfermera(o)	Confirma muerte del paciente

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad								
82.		<p>Aplica la siguiente tabla, debido que en este punto surgen tres vertientes de trabajo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Notifica la muerte del paciente al Médico tratante Aplica la actividad 90</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>Informa al trabajador(a) social sobre el deceso del paciente Aplica la actividad 89</td> </tr> </tbody> </table>	Acción	Entonces	A	la siguiente actividad	B	Notifica la muerte del paciente al Médico tratante Aplica la actividad 90	C	Informa al trabajador(a) social sobre el deceso del paciente Aplica la actividad 89
Acción	Entonces									
A	la siguiente actividad									
B	Notifica la muerte del paciente al Médico tratante Aplica la actividad 90									
C	Informa al trabajador(a) social sobre el deceso del paciente Aplica la actividad 89									
83.		Aplica el "Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3 02" e indica al familiar se presente a trabajo social y esta área aplica actividad 96								
84.		Recibe informe del deceso del paciente								
85.		<p>Informa a familiares y brinda apoyo moral</p> <p>Nota: Si cree conveniente solicita apoyo al área de psicología</p>								
86.	Médico tratante	<p>Determina acción a seguir de acuerdo a la siguiente tabla;</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Situación</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fallece y el caso es médico legal</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>Fallecimiento por causas naturales (conocidas por el médico).</td> <td>Espera Recibir documentación oficial (acta de nacimiento, y credencial de elector del fallecido). Continúa en la actividad 97</td> </tr> </tbody> </table>	Situación	Entonces	Fallece y el caso es médico legal	Continúa en la siguiente actividad	Fallecimiento por causas naturales (conocidas por el médico).	Espera Recibir documentación oficial (acta de nacimiento, y credencial de elector del fallecido). Continúa en la actividad 97		
Situación	Entonces									
Fallece y el caso es médico legal	Continúa en la siguiente actividad									
Fallecimiento por causas naturales (conocidas por el médico).	Espera Recibir documentación oficial (acta de nacimiento, y credencial de elector del fallecido). Continúa en la actividad 97									
87.		Elabora formato de "Nota médica de egreso por defunción" (Ver anexo 13)								
88.		Entrega a trabajador(a) social "Nota médica de egreso por defunción" y solicita la entregue al Ministerio Público para su notificación,								
89.	Trabajador(a) social	Recibe informe del deceso del paciente recibe "Nota médica de egreso por defunción" y la entrega al Ministerio Público para su notificación.								
90.	Médico tratante	<p>Recibe informe del deceso del paciente, verifica si el fallecido tiene familiar o tutor</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Tiene familiares o tutor?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si</td> <td>Solicita acta de nacimiento del fallecido y credencial de elector. Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Recuerda al médico tratante que no tiene familiar/tutor. Aplica la actividad 109</td> </tr> </tbody> </table>	¿Tiene familiares o tutor?	Entonces	Si	Solicita acta de nacimiento del fallecido y credencial de elector. Continúa en la siguiente actividad	No	Recuerda al médico tratante que no tiene familiar/tutor. Aplica la actividad 109		
¿Tiene familiares o tutor?	Entonces									
Si	Solicita acta de nacimiento del fallecido y credencial de elector. Continúa en la siguiente actividad									
No	Recuerda al médico tratante que no tiene familiar/tutor. Aplica la actividad 109									
91.		elabora ficha de egreso, da indicaciones al familiar pase a caja a pagar y regrese con la enfermera para darle continuidad a su proceso.								
92.	Enfermera	Revisa ficha de pago y retira catéter y sondas instaladas								
93.	Enfermera	Prepara el cuerpo para enviarlo a la morgue en bolsa viajera o envuelto en sabana								
94.		Identifica al cuerpo rotulando los datos generales del fallecido								



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
95.		<p>Aplica la siguiente tabla, debido que en este punto surgen dos vertientes de trabajo;</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Informa al camillero el deceso del paciente para que aplique el "Procedimiento de camellería" (038P-CV) Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Aplica la actividad 88</td> </tr> </tbody> </table>	Acción	Entonces	A	Informa al camillero el deceso del paciente para que aplique el "Procedimiento de camellería" (038P-CV) Fin del procedimiento	B	Aplica la actividad 88
Acción	Entonces							
A	Informa al camillero el deceso del paciente para que aplique el "Procedimiento de camellería" (038P-CV) Fin del procedimiento							
B	Aplica la actividad 88							
96.		Registra egreso por defunción en el formato "Nota de ingreso-egreso del paciente de Enfermera(o)" (Ver anexo 06)						
97.	Trabajador(a) social	Realiza el "Procedimiento de entrega de cadáver y miembro amputado" (039P-CV) . Fin del procedimiento						
98.		Recibe la documentación oficial, y elabora "Certificado de defunción" (Ver anexo 14)						
99.	Médico tratante	<p>Determina acción a seguir con base en la siguiente tabla</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Entrega certificado de defunción a trabajador(a) social. Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Aplica la actividad 101</td> </tr> </tbody> </table>	Acción	Entonces	A	Entrega certificado de defunción a trabajador(a) social. Continúa en la siguiente actividad	B	Aplica la actividad 101
Acción	Entonces							
A	Entrega certificado de defunción a trabajador(a) social. Continúa en la siguiente actividad							
B	Aplica la actividad 101							
100.	Trabajador(a) social	Recibe el certificado de defunción, y realiza el "Procedimiento de entrega de cadáver y miembro amputado" (039P-CV) . Fin del procedimiento						
101.		Elabora el formato de "Nota médica de egreso por defunción" (Ver anexo 13), incorpora documentación en el "Expediente clínico" (Ver anexo 02) y verifica que este completo						
102.		Captura en el "Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario" (SAEH) , los datos que solicita el mismo						
103.	Médico tratante	Entrega "Expediente clínico" al archivo clínico Fin del procedimiento						
104.		Recibe documentación oficial por parte del familiar/tutor y la entrega al médico tratante.						
105.		Recibe la documentación oficial, y elabora "Certificado de defunción" (Ver anexo 14)						
106.	Médico tratante	<p>Determina acción a seguir con base en la siguiente tabla</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>Entrega certificado de defunción a trabajador(a) social. Aplica la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Continúa en la actividad 108</td> </tr> </tbody> </table>	Acción	Entonces	A	Entrega certificado de defunción a trabajador(a) social. Aplica la siguiente actividad	B	Continúa en la actividad 108
Acción	Entonces							
A	Entrega certificado de defunción a trabajador(a) social. Aplica la siguiente actividad							
B	Continúa en la actividad 108							
107.	Trabajador(a) social	Recibe el certificado de defunción, y realiza el "Procedimiento de entrega de cadáver y miembro amputado" (039P-CV) . Fin del procedimiento						
108.	Médico tratante	Elabora el formato de "Nota médica de egreso por defunción" (Ver anexo 13), incorpora documentación en el "Expediente clínico" (Ver anexo 02) y verifica que este completo.						

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
109.		Captura en el " <u><i>Sistema Automatizado de Egresos Hospitalario</i></u> " (SAEH), los datos que solicita el mismo.
110.		Entrega "Expediente clínico" al archivo clínico
		Fin del procedimiento

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		
<ul style="list-style-type: none"> • Dra. Blanca Rubicela Martínez Sánchez • Enf. Silvia de Jesús Ito Montes 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf Martha Gpe. Manzo Aviña • L.T.S. María Gpe. Cruz Ramírez 	<ul style="list-style-type: none"> • Enf. Gabriela Rodríguez Arellano • L.T.S. Olivia Graciela Ruvalcaba Chávez.

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Alta Administrativa	Es realizar el proceso administrativo que involucra el pago de los insumos y atención médica recibida.
Alta médica	Es la acción que realiza el médico tratante para suspender el tratamiento hospitalario.
Caso Médico Legal	Es toda lesión interna o externa de origen activo o pasivo, con intención o imprudencia, causada por persona distinta al que resiente la alteración en su salud o por un hecho ajeno a su voluntad, siempre y cuando las circunstancias originadoras de la lesión concurren con la posible antijuridicidad de las mismas.
Egreso por alta voluntaria	Es la salida del establecimiento que el paciente/familiar, solicita al médico aun cuando no ha terminado su tratamiento.
Egreso por defunción	Es el egreso del paciente fallecido.
Egreso por fuga	Es la salida del paciente del hospital sin autorización médica
Egreso por mejoría	Es el acto médico mediante el cual, se indica al paciente que ha terminado su tratamiento dentro de la institución, que ha quedado resuelto el problema de salud por el cual acudió, ello mediante el alta médica.
Egreso por referencia	Es la transferencia segura e informada de un paciente, desde un área a otra de acuerdo a los requerimientos del tratamiento o cuidado que el paciente requiera.
T.S	Trabajo Social



9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
0070E-DSMM	Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
0080E-CV	Manual de Organización Especifico de Unidad Médica de Urgencias
046P-SD3-002	Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A	Anexo 01 Hoja de egreso
N.A	Anexo 02 Expediente clínico
N.A	Anexo 03 Hojas de consumo diario
N.A	Anexo 04 Ficha de pago
008F-CEX-CV_001	Anexo 05 Receta médica
N.A	Anexo 06 Nota de ingreso-egreso del paciente en enfermería
N.A	Anexo 07A Registro de pacientes hospitalizados
N.A	Anexo 07B Registro de pacientes hospitalizados (CRIAT)
N.A	Anexo 08A Instructivo de llenado del formato "Registro de pacientes hospitalizados"
N.A	Anexo 08B Instructivo de llenado del formato "Registro de pacientes hospitalizados" (CRIAT)
N.A	Anexo 09 Resumen clínico
N.A	Anexo 10 Egreso voluntario
N.A	Anexo 11 Referencia y contrarreferencia
N.A	Anexo 12 Instructivo de llenado del formato de "Referencia y contrarreferencia"
N.A	Anexo 13 Nota médica de egreso por defunción
N.A	Anexo 14 Certificado de defunción

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

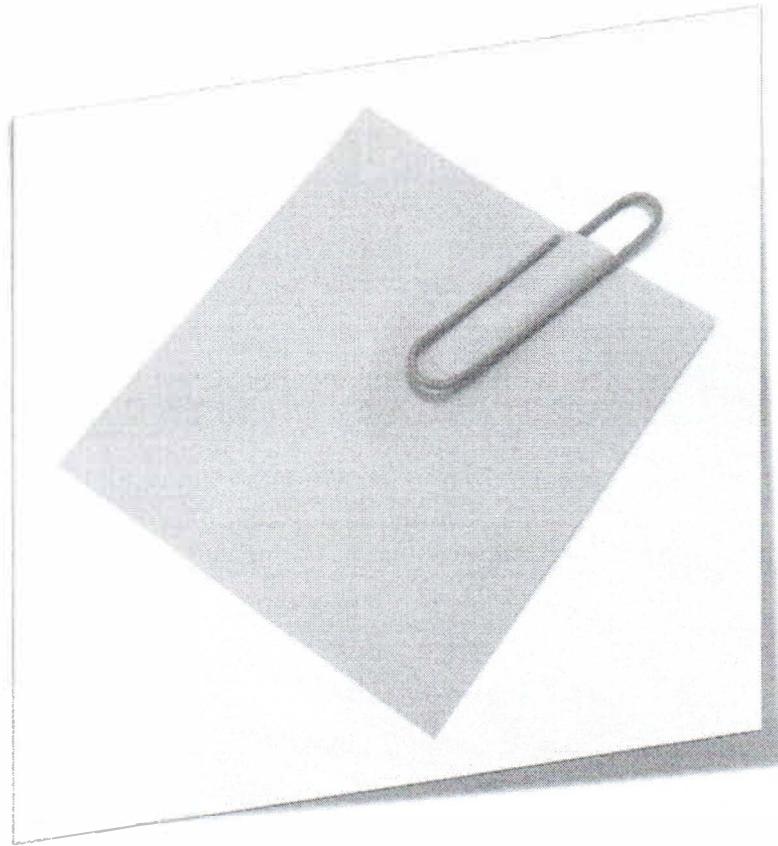
No.	Fecha del Cambio	Actividad/Flujo Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio del 2020	Varias actividades y flujo-gramas	En los egresos por mejoría, alta voluntaria, transferencia, abandono y fallecimiento. Se hace notar que se requiere que trabajo social como enfermería realicen el "Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-SD3-02" En tiempo y forma. Que el área de trabajo social esté debidamente informada de todos los egresos para que elabore ficha de egreso. Elimina la exclusividad de la unidad E.A.G. El registro de pacientes hospitalizados anexo 07B será llenado/requisitado únicamente por la unidad médica de urgencias "Dr. Ernesto Arias González, lo llenarán todas las unidades.



**Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de
pacientes**



ANEXOS







Anexo 01: Nota de egreso
Formato sugerido



Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias

Nota de Egreso

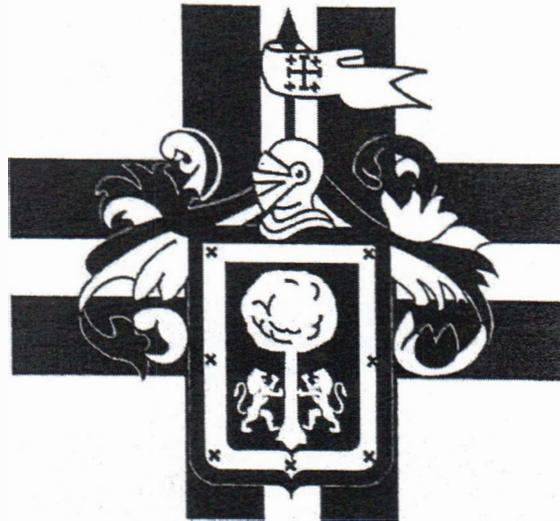


Nombre: _____		Sexo: _____		Edad: _____	
		Día Año		Año Hora	
Servicio: _____		Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____			
Cama No.: ____ Sala/piso ____ REG ____		Diagnóstico de ingreso: _____			
Diagnóstico principal: _____					
Diagnóstico secundarios: _____					
Fecha de egreso: ____ / ____ / ____		Días de estancia en la unidad _____			
Se identifica si es reintegro por la misma afección en el año: <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Fecha: _____			
Motivo de la alta: Mejoría: _____		Máximo beneficio: _____		Fuga: _____ Fallecimiento: _____	
Diagnóstico (s) final (es): _____					
Signos Vitales:	TA:	FC:	FR:	Temperatura:	Peso:
<p>Manejo durante la estancia hospitalaria, plan manejo y tratamiento, fecha y hora de procedimientos realizados en su caso, recomendaciones para la vigilancia ambulatoria, resumen de la evolución y el estado actual y problemas clínicos pendientes:</p> <p>_____</p>					
_____ Nombre y firma de testigo			_____ Nombre y firma de testigo		
_____ Nombre completo del médico			_____ Cédula	_____ Firma	



Anexo 02: Expediente clínico
Formato sugerido

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD
DIRECCIÓN MÉDICA
CENTRO DE REGISTRO ESTADÍSTICAS Y ANÁLISIS
CONTENEDOR DE EXPEDIENTE



CRUZ VERDE

EXPEDIENTE NO.
193-3-9



Anexo 03: Hoja de consumo diario
Formato sugerido



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad



Guadalajara

Consumo diario

Unidad: DA FRS LOA EAG MRS

Seguridad social: SI No Especificar: _____ Fecha: _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Paciente: _____ 1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Nombre(s) _____ No. _____ Expediente _____

Diagnóstico: _____ Área: _____ Cama: _____

Fármacos y material utilizados	Cantidad por turno				Total
	Mat	Ves	Noc	N/Acu	
Ampula					
Antibiótico					
Antídoto Alacramyn					
Antídoto Antiperino					
Antídoto Aracmyn					
Atropina					
Bolsa recolectora de orina (adulto)					
Bolsa recolectora de orina (infantil)					
Bolsa recolectora de orina Ostoftu					
Electrocardiograma					
Equipo para venopack (venoclisis)					
Gastax					
Purzocat					
Solución glucosada 1000					
Solución glucosada 500					
Supositorios					
Suturas					
Concepto					Total
Consulta general					
Consulta especializada					
Curación					

Fármacos y materiales utilizados	Cantidad por turno				Total
	Mat	Ves	Noc	N/Acu	
Vendas Elástica 10 cm					
Vendas Elástica 15 cm					
Vendas Elástica 20 cm					
Vendas Elástica 5 cm					
Vendas Elástica 7.5 cm					
Yeso 10 cm					
Yeso 15 cm					
Yeso 20 cm					
Yeso 5 cm					
Yeso 7.5 cm					
Otro: Solución Cloruro de Sodio					
Otro: Solución Hartmann					
Otro: Fármacos					
Otro: Material de ortopedia					
Otro: Material de rehabilitación					
Otro:					
Otro:					
Concepto					Total
Hospitalización diaria					
Hospitalización de terapia intensiva					

Cirugía(s) realizada(s):

- Abdomen Amigdalectomía Apendicectomía Brazo y antebrazo Cadera Circuncisión Codo Colectomía Columna
 Fémur Mano Maxilofacial Pie Región perineo escrotal Rinoplastia Rodilla Tibia y peroné Tobillo
 Otra cirugía no especificada: _____

Nombre y firma del Responsable de CerdS



Anexo 04: Ficha de pago bond
Formato sugerido

4 fn 40601 31/07/2017 09:20 4155122 \$60.00 5779347 5779347 1 de 1

Municipio de Guadalajara

Tesorería Municipal
Av. Hidalgo 400
Zona Centro, CP 44100
RFC:MGU420214FG4

CONTRIBUYENTE: 239740

PAGO DE: SERVICIOS MEDICOS

DATOS DEL CONTRIBUYENTE			
Nombre:	82 AÑOS		
Calle:	No Ext: 1020	No Int:	
Colonia:	CP: 0	RFC:	
Ciudad: GUADALAJARA	Estado: JALISCO		
SERVICIOS MEDICOS			
RUBRO / CONCEPTO	CANT	CUENTA	IMPORTE
1680 CONSULTA ESPECIALIZADA - DENTAL	00001	4149-44-0150-00001-00000	60.00
PAGO EN: EFECTIVO (Sesenta Pesos 00/100 M.N.)	TOTAL		\$60.00

Para cdfi en: <https://modulos.guadalajara.gob.mx/facturacion/>. Dentro de los siguientes 15 días naturales.



Rosa Vallo Hermol
FIRMA Y SELLO
CAJERO



Guadalajara, Jal. a 31/07/2017 Cruz Verde Dr. Jose de Jesus Delgadillo Araujo



Anexo 05: Receta médica



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Receta médica



Gobierno de Guadalajara

Paciente: _____

Edad: _____ años Fecha de nacimiento: / /

Genérico _____

Presentación _____

Indicaciones: (Cantidad, dosis, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)

Genérico _____

Presentación _____

Indicaciones: (Cantidad, dosis, vía de administración, frecuencia y tiempo de duración del tratamiento)

Unidad Médica _____

Domicilio _____

Horario _____

Médico _____

Universidad _____

No. Cédula _____

Fecha de elaboración / / FIRMA DEL MÉDICO

008F-CER-CV_001

Anexo 06: Nota de Ingreso-Egreso del paciente de Enfermería
Formato sugerido

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias				 Gobierno de Guadalajara							
 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad		Nota de ingreso y de egreso del paciente de enfermería									
Nombre:		Día		Mes		Año					
1er. Apellido		2do. apellido		Nombre(s)							
Sexo:		Edad		Fecha de nacimiento		Hora de ingreso:					
<input type="radio"/> H <input type="radio"/> M				Día		Mes		Año			
Servicio:		Cama:		Sala/piso		Exp.					
Diagnóstico:											
Médico responsable del ingreso											
Egreso del paciente											
				Día		Mes		Año		Hora	
Motivo de egreso											
Médico responsable del egreso											



Anexo 07A: Registro de pacientes hospitalizados
Formato sugerido

Registro de pacientes hospitalizados

Fecha de elaboración: 2020 / 06 / 30

UNIDAD: JDA FRS LOA EAG MRS

Sexo: H M

Horas	Expediente	Nombre del paciente	Edad	Sexo	Cama	Motivo de ingreso	Proc.	Fecha de ingreso	Motivo de egreso	Hora	Observaciones
08	15		7	H	1	9	10	11 /	12	13	14
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			
				M				/ /			

Nota: El formato es de utilización diaria, de las 00:00 hrs a 24:00 horas, en el entendido de que a las 24 horas se utilizará un formato nuevo con fecha distinta



**Anexo 08A: Instructivo de llenado del formato “Registro de pacientes hospitalizados”
Formato sugerido**

No.	Concepto	Descripción
1	Unidad Médica	Anota el nombre de la Unidad Médica donde se hospitaliza el paciente
2	Fecha	Escribir día, mes y año del día en que ingresa el paciente. Ejemplo: 17 junio 2017
3	Hora	Anota la hora de ingreso del paciente al área de hospital
4	Expediente	De contar con un expediente, debe anotar sobre la línea, el número de expediente del paciente.
5	Nombre del paciente	Pon el nombre del paciente y anota en el siguiente orden: El primer apellido, seguido del segundo apellido y por último el o, los nombres que tenga
6	Edad	Anota la edad del paciente
7	Sexo	Marca con una cruz según corresponda al sexo del paciente.
8	Cama	Escribe en éste espacio, el número de cama asignada al paciente.
9	Motivo de ingreso	En este espacio debe anotar las causas por las que el paciente ingresa al área de hospital, proporcionadas por el mismo paciente o acompañante.
10	Procedencia	Especifique en este espacio, si el paciente llegó vía ambulancia, para lo cual anotará una “A” o, directamente, de ser así, anotará la “D” por sus propios medios.
11	Fecha de ingreso	Utiliza este espacio, si el paciente tiene más de 24 horas hospitalizado, para que en el registro diario este actualizado, si el paciente egresa antes de ese tiempo, deja el espacio en blanco
12	Motivo de egreso	Especifique en este espacio de manera clara las causas de la salida del paciente. (alta por mejoría, traslado, alta voluntaria, fuga)
13	Hora	Registra la hora en la que el paciente egresa de la unidad médica.
14	Observaciones	En este espacio anota cualquier aspecto relevante, por ejemplo: paciente que egresa acompañado con familiar.

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de
pacientes



Anexo 08B: Instructivo de llenado del formato “Registro de pacientes hospitalizados” (CRIAT)
Formato sugerido

No.	Concepto	Descripción
1	Unidad Médica	Anota el nombre de la Unidad Médica donde se hospitaliza el paciente
2	Fecha	Escribir día, mes y año del día en que ingresa el paciente. Ejemplo: 17 junio 2017
3	Hora	Anota la hora de ingreso del paciente al área de toxicología
4	Cama	Escribe en éste espacio, el número de cama asignada al paciente.
5	Expediente	De contar con un expediente, debe anotar sobre la línea, el número de expediente del paciente.
6	Nombre del paciente	Pon el nombre del paciente y anota en el siguiente orden: El primer apellido, seguido del segundo apellido y por último el o, los nombres que tenga
7	Domicilio	En éste espacio se registra el domicilio en donde habita regularmente el paciente, y señala la calle, número, colonia, municipio, estado y teléfono
8	Edad	Anota la edad del paciente
9	Sexo	Marca con una cruz según corresponda al sexo del paciente.
10	Motivo de ingreso	En este espacio debe anotar las causas por las que el paciente ingresa al área de toxicología, proporcionadas por el mismo paciente o acompañante.
11	Seguridad Social	Anota el tipo de seguridad social que tiene el paciente.
12	Teléfono	Escribe el número de teléfono, ya sea de casa o celular del familiar responsable o tutor, y si se trata de foráneos, anotar la clave lada correspondiente.
13	Procedencia	Especifique en este espacio, si el paciente llegó vía ambulancia, para lo cual anotará una “A” o, directamente, de ser así, anotará la “D” por sus propios medios.
14	Fecha de ingreso	Utiliza este espacio, si el paciente tiene más de 24 horas hospitalizado, para que en el registro diario este actualizado, si el paciente egresa antes de ese tiempo, deja el espacio en blanco
15	Motivo de egreso	Especifique en este espacio de manera clara las causas de la salida del paciente. (alta por mejoría, traslado, alta voluntaria, fuga)
16	Hora	Registra la hora en la que el paciente egresa de la unidad médica.
17	Observaciones	En este espacio anota cualquier aspecto relevante, por ejemplo: paciente que egresa acompañado con familiar.

Anexo 11: Referencia y contrarreferencia
 Formato sugerido
 Anverso



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias
Referencia y contrarreferencia



Guanajuato

FOLIO
1

UNIDAD QUE REFIERE 2		CLUES 3	
FECHA DE REFERENCIA 4	EPIDEMIOLOGÍA 5	EDAD 6	SEXO (M) 7
NOMBRE DEL PACIENTE 8 <small>Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)</small>		TEL. 9	Paciente
DOMICILIO 10 <small>Calle y No. Colonia Localidad Municipio</small>		URGENTE (S) 12	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA 11		ESPECIALIDAD O SERVICIO	
UNIDAD A LA QUE REFIERE 13		NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE REFIERE 14	



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

HOJA DE REFERENCIA



Guanajuato

FOLIO
1

15 URGENCIA (S) No	16 REGULACIÓN SAMU (Número)	17 FECHA DE REGULACIÓN
NOMBRE DEL PACIENTE 18 <small>Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s)</small>		EDAD 19 <small>Año Mes</small>
SEXO (M) 20	NÚMERO 21 <small>Expediente</small>	FAMILIAR RESPONSABLE 22
TEL. 23		
UNIDAD A LA QUE REFIERE		
UNIDAD 24	DOMICILIO 25 <small>Calle y No. Colonia C.P. Localidad Municipio</small>	
ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE ENVA 26		Sello de la unidad receptora 27
MOTIVO DEL ENVÍO 28		
SORPRESUO 1	FALTA DE PERSONAL 2	FALTA DE MATERIAL 3
PARA ESTUDIO 4	OTRO 5	
RESUMEN CLÍNICO DEL PADRIMIENTO 29		
ATENCIÓN QUE SE LE OTORGÓ AL PACIENTE 30		
31 SIGNOS VITALES		32 SOMATOMETRÍA
TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA °C	FRECUENCIA Respiratoria x ¹ Cardíaca x ¹
		PESO lbs TALLA cms
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA 33		
34 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD QUE REFIERE * Original y copia al paciente (para entregarlos en la unidad receptora) * Anexar copia en carpeta tipo de la unidad * Original negativo conservado por la unidad receptora		35 Sello de la Unidad que refiere
		36 NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE REFIERE



Anexo 11 Referencia y contrarreferencia
 Formato sugerido)
 Reverso



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias
Referencia y contrarreferencia



Guadalupe
Coahuila de Zaragoza

DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

FECHA DE VISTA <input type="text" value="37"/>	FECHA DE ALTA <input type="text" value="38"/>
SE LE ATENDIÓ <input type="radio" value="39"/> Sí <input type="radio"/> No ¿POR QUÉ? _____	
CONTINÚA BAO TRATAMIENTO MÉDICO <input type="radio" value="40"/> Sí <input type="radio"/> No ¿POR QUÉ? _____	
DIAGNÓSTICO OBJETIVO <input type="text" value="41"/>	
OBSERVACIONES ¿PARA SU ATENCIÓN LE FUEBEN SU HORAS DE REFERENCIA? <input type="radio" value="42"/> Sí <input type="radio"/> No ¿LE RESOLVERON SU PROBLEMA? <input type="radio" value="43"/> Sí <input type="radio"/> No ¿POR QUÉ? _____	

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE	
UNIDAD <input type="text" value="44"/>	Sello de la unidad que contrarreferencia <input type="text" value="46"/>
DOMICILIO <input type="text" value="45"/>	
Calle y No. _____ Colonia _____ C.P. _____ Localidad _____ Municipio <input type="text" value="47"/>	
ESPECIALIDAD O SERVICIO <input type="text" value="48"/>	
MANEJO DEL PACIENTE	
RECUERDO CLÍNICO <input type="text" value="49"/>	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO <input type="text" value="50"/>	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO <input type="text" value="51"/>	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE PACIENTES EN SU UNIDAD DE ATENCIÓN <input type="text" value="52"/>	
CONTROL DEL PACIENTE	
TRATAMIENTO CONCLUIDO <input type="radio" value="53"/> Sí <input type="radio"/> No CONTINUARÁ TRATAMIENTO EN <input type="text" value="54"/>	
ENVÍO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE <input type="text" value="55"/>	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD QUE CONTRARREFIERE <input type="text" value="56"/>	NOMBRE Y FIRMA DEL PROPIETARIO DE LA SALUD TRABAJANTE <input type="text" value="57"/>

**Anexo 12: Instructivo de llenado del formato de “Referencia y contrarreferencia”
Formato sugerido**

No.	Concepto	Descripción
1	Folio	En este espacio deberá escribir el número del consecutivo de acuerdo a la bitácora de registro diario del área.
2	Unidad que Refiere	En este Apartado, Deberá anotar, el nombre completo de la unidad que refiere al paciente.
3	CLUES	Se deberá anotar la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES) perteneciente a la unidad que refiere.
4	Fecha de Referencia	En este renglón deberá escribir la fecha del día en que se realiza la referencia que coincide con el día en que se entrega al paciente la Hoja de referencia. Y lo hará usando número arábigo en día, con letra de molde el mes y número arábigo para el año, separando con una diagonal cada acepción. Y en ese orden. Ejemplo: 01/agosto/2016.
5	Expediente	En este lugar deberá escribir el número de expediente de acuerdo al consecutivo que indique el departamento de archivo o el consecutivo de la bitácora de registro diario del área.
6	Edad	En los espacios destinados para este concepto, deberá anotarse con número arábigo la edad en años cumplidos del paciente, y en caso de ser útil, los meses cumplidos, y en caso de ser un paciente sin un año cumplido, en el espacio de año podrá anotarse “0” y en Mes, con número arábigo el mes o meses cumplidos.
7	Sexo	En este apartado deberá seleccionar la letra “M” en caso de que el paciente sea de género Masculino y la letra “F” si es Femenino, marcándolo el círculo con una cruz.
8	Nombre del paciente	Este renglón se destinará para escribir el nombre del paciente, comenzando con el primer apellido, segundo apellido en caso de contar con éste, y el nombre o nombres que tenga registrados como en su acta de nacimiento, con letra legible.
9	Teléfono	En este espacio deberá ponerse con número arábigo el número telefónico de contacto más seguro de ser contestado, sea celular o fijo. Dando preferencia al número telefónico fijo.
10	Domicilio	Este lugar ésta destinado para escribir con claridad el nombre completo de la calle, seguido por el número que se escribirá con número arábigo, continuando con la colonia, la localidad o delegación y municipio, en el orden correspondiente y respetando el espacio en el renglón para cada concepto.
11	Impresión Diagnóstica	En este apartado se deberá poner la Impresión diagnóstica que el profesional de la salud tenga a través del ejercicio de la atención médica otorgada, describiéndola con puntualidad.
12	Urgente	Este espacio cuenta con un círculo englobando la palabra SI, y deberá ser marcado, con una cruz cuando el profesional de la salud considere que se requiere la atención urgente.
13	Unidad a la que se refiere	Este renglón se usará para anotar el nombre de la unidad médica, unidad periférica, casa de salud, o en su defecto si es en un servicio diferente en la misma unidad donde se está atendiendo, se pone el nombre de la misma unidad.
14	Nombre del profesional de la salud que refiere	Este apartado se usará para anotar el nombre completo del personal de salud que deriva, antecedido por su título: Por ejemplo: Dr. Enrique Martínez Suarez, Psic. Ana Pérez Oliveira
15	Urgente	Este espacio cuenta con un círculo englobando la palabra SI, y deberá ser marcado, con una cruz cuando el profesional de la salud considere que se requiere la atención urgente.

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de
pacientes



No.	Concepto	Descripción
16	Regulación SAMU	Numero proporcionado como numero de regulación otorgado por el personal de SAMU al momento de hacer la llamada de regulación, el cual se tendrá que expresar en número arábigo
17	Fecha de regulación	En este renglón deberá escribir la fecha del día en que se realiza la regulación. Y lo hará usando número arábigo en día, con letra de molde el mes y número arábigo para el año, separando con una diagonal cada acepción. Y en ese orden. Ejemplo: 01/agosto/2016.
18	Nombre del paciente	Este renglón se destinará para escribir el nombre del paciente, comenzando con el primer apellido, segundo apellido en caso de contar con éste, y el nombre o nombres que tenga registrados como en su acta de nacimiento, con letra legible.
19	Edad	En los espacios destinados para este concepto, deberá anotarse con número arábigo la edad en años cumplidos del paciente, y en caso de ser útil, los meses cumplidos, y en caso de ser un paciente sin un año cumplido, en el espacio de año podrá anotarse "0" y en Mes, con número arábigo el mes o meses cumplidos.
20	Sexo	En este apartado deberá seleccionar la letra "M" en caso de que el paciente sea de género Masculino y la letra "F" si es Femenino, marcándolo el círculo con una cruz.
21	Expediente	En este lugar deberá escribir el número de expediente de acuerdo al consecutivo que indique el departamento de archivo o el consecutivo de la bitácora de registro diario del área.
22	Familiar Responsable	Este lugar se destinará para escribir con letra legible y de molde, el nombre del familiar responsable del paciente. En caso de ser el paciente un adulto y con facultad mental de decidir y no este acompañado por familiar. Se cancela el espacio con una línea horizontal.
23	Teléfono	En este espacio deberá ponerse con número arábigo el número telefónico de contacto más seguro de ser contestado, sea celular o fijo. Dando preferencia al número telefónico fijo.
24	Unidad a la que se deriva	Se deberá escribir el nombre completo de la unidad a la que se refiere al paciente.
25	Domicilio de la Unidad a la que se refiere	Este lugar ésta destinado para escribir con claridad el nombre completo de la calle, seguido por el número que se escribirá con número arábigo, continuando con la colonia, El código Postal, la localidad o delegación y municipio, en el orden correspondiente y respetando el espacio en el renglón para cada concepto.
26	Especialidad o servicio al que se envía	En esta acepción se presenta una línea para anotar la Especialidad médica o servicio a la que se está refiriendo al paciente
27	Sello de la Unidad Médica que deriva	En este Recuadro se hará la impresión del sello de identificación de la Unidad que deriva, y estará disponible con el responsable de la Unidad o en trabajo social. Ada Unidad lo definirá y lo hará saber para el personal de la salud de la Unidad.
28	Motivo de envío	En este apartado se encuentran numeradas 6 causas y una línea con el concepto "Otro" Para seleccionar la correspondiente sea el caso, subrayando la causa si se encuentra en las 6 ya existentes o escribiendo en el concepto "Otro" con letra de molde y de forma legible la causa de la derivación.
29	Resumen Clínico del padecimiento	Se hará un resumen, de los hallazgos clínicos encontrados en la valoración del paciente.
30	Atención que se le otorgó al paciente	En este espacio se deberá escribir el tipo de atención que recibió el paciente, y deberá corresponder al servicio que lo atendió. Conteniendo la información necesaria para que el servicio receptor quede en el entendido y prosiga con la atención solicitada o correspondiente.



No.	Concepto	Descripción
31	Signos Vitales	En este apartado se encuentran 4 recuadros donde se deberán anotar los valores de los signos solicitados. En caso de ser necesarios para un servicio que deriva y no tiene la facultad de tomar estos valores, se solicitará el apoyo del área de enfermería. En caso de que el motivo de derivación no requiera de este apartado, se deja en blanco.
32	Somatometría	Este apartado cuenta con 2 recuadros donde se escribirá con número arábigo los valores de peso y talla. En caso de que el motivo de derivación no requiera de este apartado, se deja en blanco.
33	Impresión Diagnóstica	Pendiente para poner definición de lineamiento.
34	Nombre y firma del responsable de la Unidad Médica que deriva	En este espacio escribe el responsable de la Unidad, su rúbrica o firma. Puede ser el director de la Unidad Médica. Coordinador en caso de Unidad Periférica o casa de salud. Y se obtendrá mediante la petición del profesional de la Salud que deriva, directamente con el responsable. Y/o por medio de trabajo social. Esta acción se definirá en cada unidad.
35	Sello de la Unidad Médica que deriva	En este Recuadro se hará la impresión del sello de identificación de la Unidad que refiere, y estará disponible con el responsable de la Unidad o en trabajo social. Ada Unidad lo definirá y lo hará saber para el personal de la salud de la Unidad.
36	Nombre y firma del profesional de salud que refiere	En esta línea, el profesional de la salud tratante y responsable de la referencia escribe su nombre completo con el antenombre de su título y su rúbrica o firma., preferentemente con tinta azul.
37	Fecha de visita	En este renglón deberá escribir la fecha del día en que se realiza la visita, para recabar contrarreferencia y continuidad de tratamiento. Y lo hará usando número arábigo en día, con letra de molde el mes y número arábigo para el año, separando con una diagonal cada acepción. Y en ese orden. Ejemplo: 01/agosto/2016.
38	Fecha de Alta	En este renglón deberá escribir la fecha del día en que se dio el alta médica en la institución a la que se envió referido el paciente. Y lo hará usando número arábigo en día, con letra de molde el mes y número arábigo para el año, separando con una diagonal cada acepción. Y en ese orden. Ejemplo: 01/agosto/2016.
39	Se le atendió	Este espacio cuenta con un circulo englobando la palabra SI, y deberá ser marcado, con una cruz cuando el paciente haya sido atendido motivo de su referencia.
40	Continua bajo tratamiento	Este espacio cuenta con un circulo englobando la palabra SI, y deberá ser marcado, con una cruz cuando el paciente continúa con tratamiento de la patología que ocasiono su referencia.
41	Diagnóstico definitivo	En este apartado se deberá poner la Impresión diagnóstica que el profesional de la salud tenga a través del ejercicio de la atención médica otorgada, describiéndola con puntualidad
42	¿Para su atención le pidieron hoja de referencia?	Este espacio cuenta con un circulo englobando la palabra SI, y deberá ser marcado, con una cruz cuando el paciente haya sido atendido y solicitado la hoja de referencia motivo de su referencia.
43	¿Le resolvieron su problema?	Este espacio cuenta con un circulo englobando la palabra SI, y deberá ser marcado, con una cruz cuando el paciente haya sido atendido y se haya visto resuelto el motivo de referencia motivo de su referencia.
44	Unidad	Se deberá anotar el nombre completo de la unidad, que recibió el paciente o unidad de referencia.
45	Domicilio de la unidad	Deberá anotarse el domicilio completo, de la unidad a la que se refirió, incluyendo, calle, numero, colonia, código postal, localidad y municipio

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



No.	Concepto	Descripción
46	Especialidad o servicio que atendió al paciente	En esta acepción se presenta una línea para anotar la Especialidad médica o servicio que realiza la atención del paciente, y llena la contrarreferencia
47	Fecha de contrarreferencia	En este renglón deberá escribir la fecha en la que se realiza la contrarreferencia. Y lo hará usando número arábigo en día, con letra de molde el mes y número arábigo para el año, separando con una diagonal cada acepción. Y en ese orden. Ejemplo: 01/agosto/2016.
48	Sello de la Unidad Médica que contrarrefiere	En este Recuadro se hará la impresión del sello de identificación de la Unidad que contrarrefiere, y estará disponible con el responsable de la Unidad o en trabajo social. La Unidad lo definirá y lo hará saber para el personal de la salud de la Unidad.
49	Resumen clínico	Se hará un resumen, de los hallazgos clínicos encontrados en la valoración del paciente.
50	Diagnóstico de ingreso	Se deberá anotar el diagnostico presuntivo al momento de su ingreso
53	Diagnóstico de egreso	Se deberá anotar el diagnostico al que se haya llegado a conclusión posterior del estudio del padecimiento del paciente al momento de su egreso
52	Código CIE-10	Aquí se anota el código CIE-10, otorgado al diagnóstico definitivo de la patología del paciente.
53	Instrucciones y recomendaciones para el manejo de pacientes	Aquí se anotaran las instrucciones dadas al paciente, así como el tratamiento y manejo que deberá seguir en su unidad de origen.
54	Tratamiento concluido	Este espacio cuenta con un circulo englobando la palabra SI, y deberá ser marcado, con una cruz cuando el paciente haya concluido el tratamiento que ameritaba la enfermedad que amerito su referencia.
55	Continuara tratamiento en	Nombre de la unidad donde se dará seguimiento al tratamiento de la patología del paciente
56	Envió a consulta subsecuente de	Nombre de la especialidad que tratara por la consulta externa la evolución de la patología del paciente.
57	Nombre y firma del responsable de la Unidad Médica que contrarrefiere	En este espacio escribe el responsable de la Unidad, su rúbrica o firma. Puede ser el director de la Unidad Médica. Coordinador en caso de Unidad Periférica o casa de salud. Y se obtendrá mediante la petición del profesional de la Salud que contrarrefiere, directamente con el responsable. Y/o por medio de trabajo social. Esta acción se definirá en cada unidad.
58	Nombre y firma del profesional de salud que contrarrefiere	En esta línea, el profesional de la salud tratante y responsable de la contrarreferencia escribe su nombre completo con el antenombre de su título y su rúbrica o firma., preferentemente con tinta azul.

Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias de pacientes



Anexo 14: Certificado de defunción

SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN		Nombre 2015 FOLIO 150384229
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		
2. CURP		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>
4. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIENATA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
6. PESO		7. TALLA
8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		
9. EDADE COMPLETA Para menores de una hora: Minutos Para menores de un día: Horas Para menores de un mes: Días Para menores de un año: Meses Para mayores de un año o más: Años cumplidos Se ignora <input type="radio"/>		
10. ESTADO CIVIL En unión libre <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Desconocido(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad 11.4 Municipio y delegación 11.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>		13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de seguridad social o afiliación
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/>		15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Localidad 15.4 Municipio y delegación 15.5 Entidad federativa
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad 16.4 Municipio y delegación 16.5 Entidad federativa		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco- estrena, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE
22. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? 22.1 Especifica si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días o más <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>		22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
23. ¿SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.3 ¿Si la muerte ocurrió en la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Establecimiento público <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23.4 ¿Qué baremos tenía el presunto agresor con esta(s) fallecido(a)? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Oficina (carretera o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancias e motivos en que se produjo la lesión		23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio y delegación 23.7.5 Entidad federativa
24. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		25. PADRESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)
26. CERTIFICADO POR: Médico (Firmar) <input type="radio"/> Médico (Firma) <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad GVI <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		27. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO Nombre de la clínica profesional
28. NOMBRE Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno		29. TELÉFONO
30. DOMICILIO		31. FIRMA
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		
33. LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio y delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año
33.1 Acta Núm.		

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE TRANSPARENCIA Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150384229



Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa

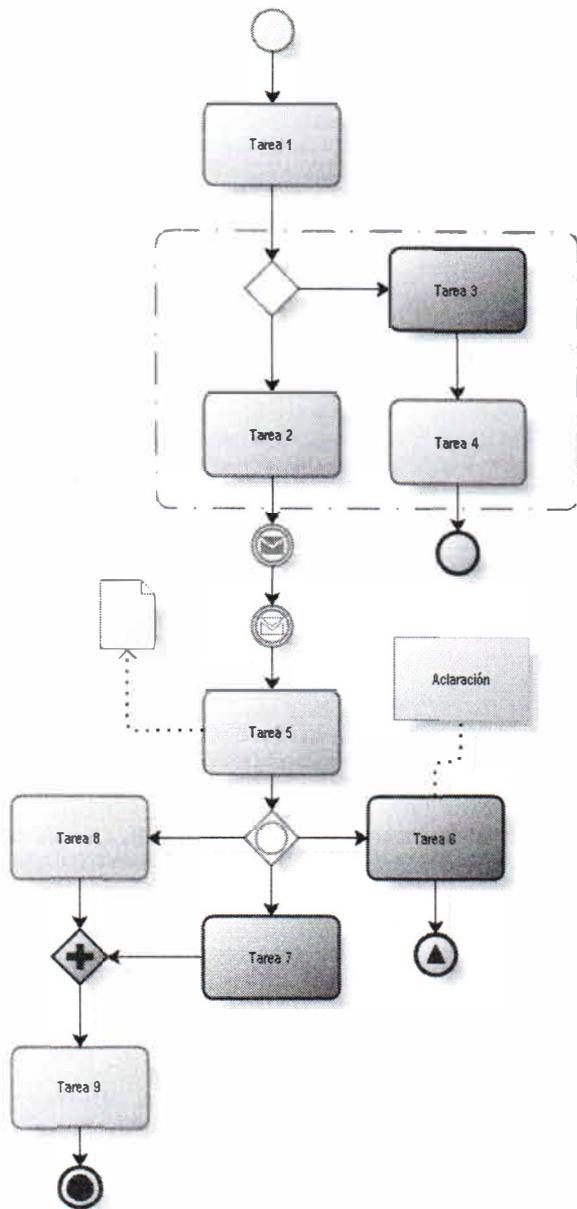
Clave: 046P-SD3_002

Documentación: 3 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020

Autorización

Nivel II



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Hospitalización y Urgencia

Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO
Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Añaujo

Aprobó:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA
Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	5
5.- Modelado de Proceso	6
6.- Desarrollo:.....	6
7.- Colaboradores:.....	9
8.- Definiciones:.....	9
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	10
11. Descripción de Cambios	10
Anexos	11



**Procedimiento de pago para el trámite de alta
administrativa**

Clave: 046P-SD3 002

Documentación: 3 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020



1.- OBJETIVO

Identificar los servicios, materiales e insumos que se utilizaron en los pacientes para que los familiares o los pacientes, realicen el pago correspondiente mediante cuota de recuperación y así, continuar con el proceso de egreso hospitalario.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia cuando el médico, notifica el egreso (de cualquier tipo) de un paciente que se encuentra en hospitalización o en el área urgencias (según sea el caso) y termina por un lado, cuando el usuario entrega a la enfermera los comprobantes de pago por los servicios materiales e insumos recibidos durante la atención médica de un paciente y por el otro lado, cuando el personal de CenDis/CEyE archiva la "Ficha de pago Bond" y la(s) hoja(s) de "Consumo diario".

Áreas que intervienen:

Hospitalización, Urgencias, CenDis y/o CEyE, Servicios Clínicos para la Atención Médica

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- El personal médico tiene la responsabilidad de otorgar el "Alta médica" a los pacientes que hayan logrado su recuperación, así como notificar a enfermería y trabajo social sobre el egreso de los mismos.
- El Médico tratante debe informar al paciente/familiar sobre: El alta médica, la cual puede presentarse a cualquier hora del día; las recomendaciones a seguir para su cuidado, los signos de alarma a los cuales debe presentar cuidado, y en su caso, la forma de proceder ante alguno de esos síntomas.
- Es responsabilidad de los Médicos, Enfermeras(os) y Trabajadores(as) sociales, la de explicarle a los Usuarios/familiares, la diferencia entre "Alta médica" y "Alta administrativa" y hacer énfasis en que el proceso para retirarse a casa, es cuando se culmine con el alta administrativa.
- Es responsabilidad de los directivos de las Unidades médicas de urgencia (Cruz Verde), la de implementar los siguientes horarios para el trámite del alta administrativa de pacientes hospitalizados, los cuales a continuación se describen:
 - Por las mañanas, el horario está comprendido entre las 10:00 hrs. a las 12:30 hrs.
 - Por las tardes, el horario está comprendido entre de 16:00 hrs. a las 18:30 hrs.
 - Por las noches, no habrá altas administrativas.
- Todos los familiares de pacientes fallecidos que hayan decidido donar órganos o tejidos, no pagarán los costos que se generen a partir de la firma del consentimiento informado para dicha



**Procedimiento de pago para el trámite de alta
administrativa**

Clave: 046P-SD3_002

Documentación: 3 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020



7. La atención a las mujeres que sufran violencia de género, deberá realizarse de manera prioritaria e integral, el médico tratante realizará el parte médico de lesiones. El personal médico tiene la responsabilidad de otorgar el Alta médica e informar a Trabajo social ya que el servicio brindado será exenta de costo para el paciente

RESPONSABILIDADES

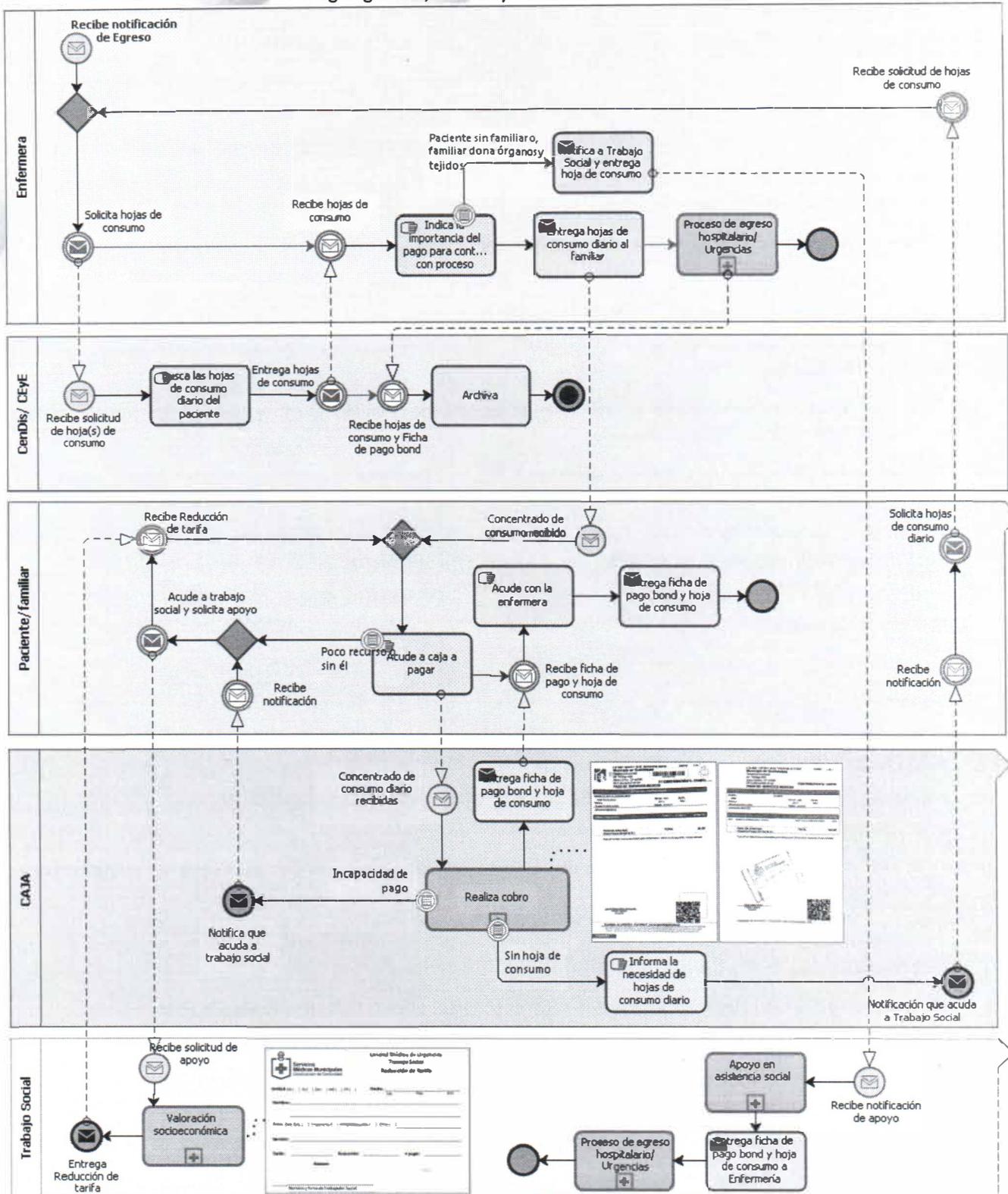
Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)	
<ul style="list-style-type: none"> c) Instaurar mecanismos de control, supervisión y evaluación de calidad de la atención médica prestada a los usuarios, f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación, j) Identificar oportunidades de mejora de la calidad en la atención médica, así como corregir anomalías que sean detectadas, 	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
1.03 Logística Administrativa	
<ul style="list-style-type: none"> a) Supervisar, recibir, distribuir y vigilar el control de los insumos, ropería, y uniformes entregados a las diferentes áreas de la unidad, así como llevar los registros necesarios, f) Participar en la documentación de los procedimientos del área en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica, h) Concentrar la información de productividad del servicio administrativo, para enviar informes a su superior o autoridades normativas de la Dirección de Servicios Médicos, así como cualquier otra aportación que le sea requerida, j) Participar y apoyar a las áreas normativas de la Dirección de Servicios Médicos Municipales para mejorar los procesos y la atención de los usuarios, 	
1.2.2 Urgencias	
<ul style="list-style-type: none"> a) Valorar, dar tratamiento, estabilizar a los pacientes que ingresen al servicios de urgencias, así como darlos de alta cuando éstos puedan salir del peligro en el que se encontraban, d) Proporcionar información completa a familiares y pacientes, sobre el procedimiento, diagnóstico tratamiento y riesgos, así como conseguir firma de consentimiento informado, r) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico. 	
1.2.3 Hospitalización	
<ul style="list-style-type: none"> e) Proporcionar información pertinente a los familiares de los pacientes sobre la situación y evaluación de los mismos, g) Custodiar las pertenencias de los pacientes con el apoyo del personal de Trabajo Social de la Cruz Verde, j) Llevar el registro de todos los insumos o estudios que se realicen a cada paciente para los efectos administrativos a que haya lugar, m) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico. 	

Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa



5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.





6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
1.	Enfermera(o)	<p>Recibe la notificación por parte del Médico tratante, de que el paciente tiene alta médica por mejora por, alta voluntaria por, referencia a otra institución, o bien, porque el paciente falleció.</p> <p>Nota: Si el paciente abandonó (se fugó) de la unidad médica, debes notificar a Trabajo social y al Médico tratante, en apego al <u>"Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias" 044P-CV.</u></p>
2.		Acude a CenDis y/o CEyE y solicita al responsable, el listado de insumos y procedimientos que se le realizaron al paciente durante su estancia en la unidad médica.
3.	Responsable de CenDis y/o CEyE	Recibe la solicitud de la Enfermera(o) y busca y firma la(s) hoja(s) de "Consumo diario" y "Vale para solicitar material de quirófano" que tiene el paciente en cuestión y que se encuentren el formato del mismo nombre (ver anexo 01 y 02).
4.		Entrega las hojas de "Consumo diario" a la Enfermera(o).
5.		Recibe del Responsable de CenDis y/o CEyE las "Hojas de consumo diario" y se dirige con el paciente/familiar.
6.	Enfermera(o)	<p>Le indica al Paciente/familiar la importancia del pago por los servicios e insumos recibidos durante su atención médica y que una vez pagado, se continuará con el <u>"Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias" 044P-CV.</u> así mismo, le informa sobre los horarios establecidos por la institución (pacientes hospitalizados) para el pago correspondiente, los pacientes del área de urgencia, podrán pagar en cualquier momento se realizará el cobro.</p> <p>Nota: Si sucediera que el paciente no tiene familiares o, el familiar donó órganos y tejidos, entonces, suspenda ésta actividad, notifica al personal de Trabajo social tal situación, y entrégale la(s) hoja(s) de "Consumo diario" para que apoye al Paciente/familiar con la condonación del servicio. Trabajador social aplica la actividad 14.</p>
7.		Entrega las hojas de "Consumo diario" al familiar para que acuda a pagar y tramitar con ello, la alta administrativa y continua con el <u>"Procedimiento de egreso hospitalario/urgencias" 044P-CV.</u>
8.		Recibe la información sobre la importancia del pago junto con la(s) hoja(s) de "Consumo diario".
9.	Paciente/familiar	<p>Acude a la Caja en la unidad médica a pagar por los servicios e insumos recibidos y le entrega la(s) hoja(s) de "Consumo diario".</p> <p>Nota: Si sucediera que el Paciente/familiar no tiene el dinero suficiente o éste no cuenta con recursos, suspende esta actividad y acude al área de Trabajo social a pedir valoración socioeconómica para el pago. Continúa en la actividad 16.</p>



Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
10.	Caja en la unidad médica	<p>Recibe al paciente/familiar, recoge la(s) hoja(s) de "Consumo diario" y de ser el caso, la "Reducción de tarifa" (ver anexo 03) y realiza cobro.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si sucediera que el Paciente/familiar manifiesta incapacidad de pago, entonces suspenda esta actividad y deriva al familiar al área de Trabajo social a pedir valoración socioeconómica para el pago. El Paciente/familiar aplica la actividad 16. • Si el Paciente/familiar de Urgencias u Hospital llegara sin la(s) hoja(s) de "Consumo diario" entonces suspenda ésta actividad y canaliza a éste, con la enfermera(o) para que solicite dicho(s) documento(s). El Paciente/familiar aplica la actividad 24. • Si el Trabajador social tramita el pago, recibirá la "Reducción de tarifa" y emitirá recibo de pago en cero, engrapando al duplicado de la "Ficha de pago" el soporte de la operación.
11.		Entrega al Paciente/familiar la "Ficha de pago" en original y en "Hoja de pago bond" (ver anexo 04 y 05 respectivamente), debidamente sellados y firmados.
12.		Recibe la "Ficha de pago" en original, la "hoja de pago bond" y la(s) hoja(s) de "Consumo diario".
13.	Paciente/familiar	<p>Acude con la Enfermera(o) que le entregó la documentación correspondiente para que fuera a pagar y le entrega la(s) hoja(s) de "Consumo diario y la "Ficha de pago bond".</p> <p>Fin de procedimiento Continúa el <u>"Procedimiento de egreso hospitalario/urgencia" 044P-CV.</u></p>
14.		Recibe la notificación de apoyo, la(s) hoja(s) de "Consumo diario" y procede a realizar el apoyo en asistencia social, y aplicado el <u>"Procedimiento de valoración socioeconómica" 036P-CV,</u> tramita ante caja, la ficha (recibo) de pago en "cero" mediante la "Reducción de tarifa".
15.	Trabajador Social	<p>Acude con la Enfermera(o) que le pidió apoyo y le entrega la(s) hoja(s) de "Consumo diario y la "Ficha de pago bond".</p> <p>Fin de procedimiento Continúa el <u>"Procedimiento de egreso hospitalario/urgencia" 044P-CV.</u></p>
16.	Paciente/familiar	Recibe la notificación de acudir al área de Trabajo social, acude con la trabajadora y solicita apoyo, para ello, entrega la(s) hoja(s) de "Consumo diario".
17.		Recibe la solicitud de apoyo y la(s) hoja(s) de "Consumo diario", aplica el <u>"Procedimiento de valoración socioeconómica" 036P-CV</u>
18.	Trabajador Social	Entrega al Paciente/familiar la "Reducción de tarifa", la(s) hoja(s) de "Consumo diario", le indica que acuda a Caja a tramitar la "Ficha de pago" correspondiente y que una vez tramitado el pago, entrega a la Enfermera(o) la documentación para continuar con el <u>"Procedimiento de egreso hospitalario/urgencia" 044P-CV.</u>
19.	Paciente/familiar	Recibe la "Reducción de tarifa" la(s) hoja(s) de "Consumo diario" y acude nuevamente a Caja en la unidad médica.
20.	Caja en la unidad médica	Recibe al paciente/familiar, recoge la(s) hoja(s) de "Consumo diario" y la "Reducción de tarifa" (ver anexo 03) y realiza cobro.
21.		Entrega al Paciente/familiar la "Ficha de pago" en original y en "hoja de pago bond" (ver anexo 04 y 05 respectivamente), debidamente sellados y firmados.

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
22.		Recibe la "Ficha de pago" en original, la "hoja de pago bond" y la(s) hoja(s) de "Consumo diario".
23.	Paciente/familiar	Acude con la Enfermera(o) que le entregó la documentación correspondiente para que fuera a pagar y le entrega la(s) hoja(s) de "Consumo diario y la "Ficha de pago bond". Fin de procedimiento Continúa el <u>"Procedimiento de egreso hospitalario/urgencia" 044P-CV.</u>
24.		Recibe notificación de acudir con la Enfermera(o), acude al área de hospitalización o de urgencias según sea el caso y solicita la(s) hoja(s) de "Consumo diario".
25.	Enfermera(o)	Aplica actividad 2.

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación	
<ul style="list-style-type: none"> LTS. Olivia Graciela Ruvalcaba Chavira C. María Cristina Sosa Mendoza 	<ul style="list-style-type: none"> LTS María Guadalupe Cruz Ramírez

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Alta Administrativa	Es realizar el proceso administrativo que involucra el pago de los insumos y atención médica recibida.
Alta médica	Es la acción que realiza el médico tratante para suspender el tratamiento hospitalario y puede darse en cualquier momento del día
Apoyo en asistencia social	Es el cúmulo de procedimientos que realiza el personal de trabajo social, los cuales están encaminados a apoyar a los pacientes y familiares

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
007OE-DSMM	Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
008OE-CV	Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias
044P-CV	Procedimiento de egreso hospitalario/urgencia
036P-CV	Procedimiento de valoración socioeconómica
037P-CV	Procedimiento para el resguardo de pertenencias y su entrega
N. A.	Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica del paciente



Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa



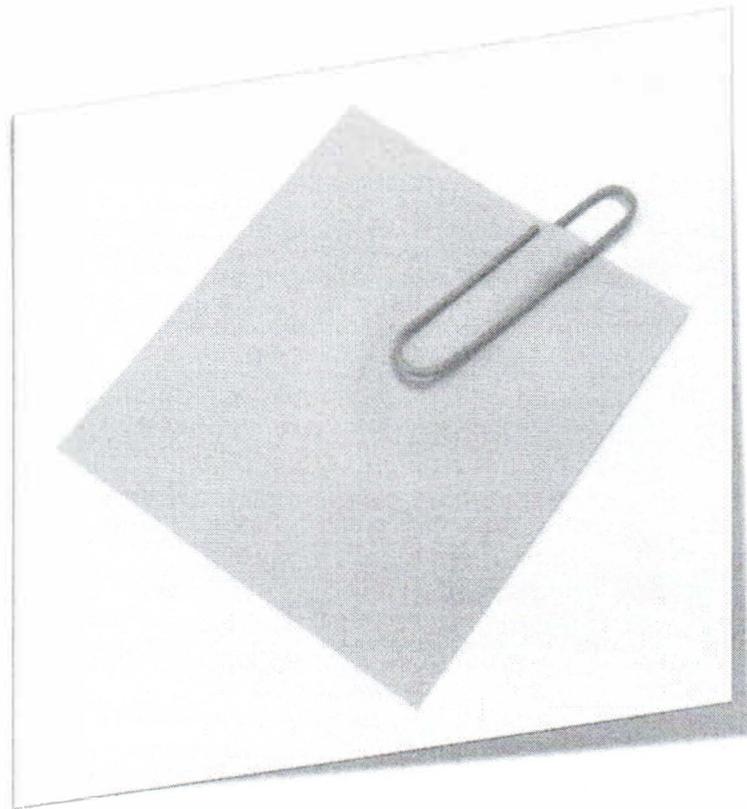
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N. A.	Anexo 01 Consumo diario
N. A.	Anexo 02 Vale para solicitar material de quirófano
N. A.	Anexo 03 Reducción de tarifa
N. A.	Anexo 04 Ficha de pago (Recibo de pago)
N. A.	Anexo 05 Hoja de pago bond

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio 2020	Ninguna	Segunda vez, cambio de administración 2018-2021

ANEXOS







Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad



Vale para solicitar material de quirófano

Unidad: JDA LOA FRS

Fecha: _____
Día Mes Año

Paciente: _____ Edad: _____ Sexo H M

Fecha de nacimiento: 1er. Apellido _____ 2do. Apellido _____ Nombre(s) _____
Día Mes Año Cirujano: _____ Cirugía: _____

Anestésico: _____ Cédula: _____ Firma: _____

Sala: _____ Turno: M V N J/A Registro Expediente: _____ Ingreso CX: _____ Egreso CX: _____

Material	Cantidad		Material	Cantidad		Material	Cantidad	
	recibida	Devuelta		recibida	Devuelta		recibida	Devuelta
Abatelenguas estéril			Guante desechable estéril p/exploración med/gde			Solución Glucosada de _____ ml.		
Agua Estéril de _____ ml.			Guante p/cirugía estéril 6.5			Solución Hartman de _____ ml.		
Agua Inyectable de _____ ml.			Guante p/cirugía estéril desechable 7			Sonda foley con globo cal. _____		
Agua oxigenada fco.			Guante p/cirugía estéril desechable 7.5			Sonda gastrointestinal levin cal. _____		
Aguja hipodérmica desechable # _____			Guante p/cirugía estéril desechable 8			Tubo de aspiración		
Aguja p/raquia anestesia c/mando cal. 25			Guante p/cirugía estéril desechable 8.5			Tubo endotraqueal c/globo murphy cal: _____		
Apósito transparente 6x7 tegaderm			Harnacel (poligelina de gelatina) 500 ml. 1 fco.			Tubo endotraqueal s/ globo cal: _____		
Bolsa p/colostomía			Hidroxietil Almidón de 500 ml.			Tubo Penrose cal: _____		
Bolsa receptal c/válvula para aspirador			Hoja p/bisturí estéril desechable # _____			Venda elástica _____ cm:		
Bolsa recolectora de orina			Jalea lubricante antiséptica tubo 135 gr			Venda enyesada _____ cm:		
Bufo quirúrgico desechable			Jeringa desechable de 10 ml			Venda estéril _____ cm:		
Bufo quirúrgico tela			Jeringa desechable de 3 ml			Venda goma smarch estéril _____ cm:		
Cánula orof plástica trans g-neonatal # _____			Jeringa desechable de 5 ml			Venda huata estéril _____ cm:		
Circuito de anestesia c/filtro			Jeringa p/insulina desechable de 1 ml			Venda maya retelax protact		
Compresas			Jeringa plástica s/aguja 20 ml. caja c/50			Venda tubular stokinet #4, 5, 6		
Drenobac			Lápiz p/electrocauterio 3 entradas desechable			Suturas		
Electrodos			Mascarilla p/anestesia infantil					
Equipo p/dren pleural 3 cam sello agua 2 lt.			Mascarilla p/suministro de oxígeno					
Equipo p/venoclisis normogotero			Organdil estéril					
Gasa chica c/3 pza.			Placa para cauterio					
Gasa mediana c/4 pza.			Puntas nasales p/oxígeno					
Gasa quirúrgica c/3 pza.			Solución Cloruro de sodio de _____ ml.					

Nombre y firma de quien recibe: _____

Nombre y firma de quien entrega _____

**Ane X'o 02: Vale para solicitar material de quirófano
(Formato sugerido)
Anverso**

Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa



Reverso

Instrumental quirúrgico	Cantidad		Instrumental quirúrgico	Cantidad		Instrumental quirúrgico	Cantidad	
	recibida	Devuelta		recibida	Devuelta		recibida	Devuelta

Medicamentos

URGENCIAS	Cant.	Devol.
Atropina		
Adrenalina		
Efedrina		
Morfina		
OPIOIDES	Cant.	Devol.
Fentanil		
Nalbufina		
Morfina		
BENZODIACEPINOS	Cant.	Devol.
Midazolán		
Diazepan		
INDUCTORES	Cant.	Devol.
Propofol		
Tiopental		
Quetamina		
Etomidato		

ANTIBIÓTICO	Cant.	Devol.
Cefotaxima		
Caftriaxona		
Cefalotina		
Ceftazidina		
Amikacina		
Clindamicina		
Ciproflox		
Gentamicina		
Metronidazol		
Levofloxacino		
ANALGÉSICO	Cant.	Devol.
Ketorolaco		
Diclofenaco		
Metamizol		
Paracetamol		

RELAJANTES	Cant.	Devol.
Succinilcolina		
Vecuronio		
ANESTÉSICO	Cant.	Devol.
Bicarbonato de sodio		
Bupivacaina		
Lidocaína simple		
Lidocaína c/epinefrina		
Ropivacaina		
Sevorane		
OTROS	Cant.	Devol.
Ranitidina		
Metoclopramida		
Dexametasona		
Metilpredisolona		
Hidrocortisona		

 Enfermera a cargo

 Enfermera de continuación

 Firma

 Firma



Anexo 03: Reducción de tarifa
(Formato sugerido)

 <p>Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad</p>	<p>Unidad Médica de Urgencias Trabajo Social Reducción de Tarifa</p>	
	<p>Unidad: DA (<input type="checkbox"/>) RS (<input type="checkbox"/>) EA (<input type="checkbox"/>) MR (<input type="checkbox"/>) LO (<input type="checkbox"/>)</p>	<p>Fecha: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Día Mes Año</p>
<p>Nombre: _____ _____</p>		
<p>Área: Con. Ext. (<input type="checkbox"/>) Urgencias (<input type="checkbox"/>) Hospitalización (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) _____</p>		
<p>Servicio: _____</p>		
<p>Tarifa: _____ Reducción: _____ A pagar: _____</p>		
<p>Elaboró: _____</p>		<p>Sello</p>
<p>_____ Nombre y firma de Trabajador Social</p>		



Anexo 04: Ficha de pago (recibo de pago)
(Formato sugerido)

4 m 40601 31/07/2017 09:20 4155122 \$60.00 5779347 5779347 1 de 1

Municipio de Guadalajara
 Dirección: Tesorería Municipal
 de Ingresos
 Tesorería: AV. Hidalgo 400
 Guadalajara: Zona Centro, CP 44100
 RFC: MGU420214FG4

RECIBO DE PAGO: 2397408
PAGO DE: SERVICIOS MEDICOS

DATOS DEL CONTRIBUYENTE			
Nombre:		No Ext: 1020	No Int:
Calle:		CP: 0	RFC:
Colonia:		Estado: JALISCO	
Ciudad:			
SERVICIOS MEDICOS			
RUBRO / CONCEPTO	CANT	CUENTA	IMPORTE
1680 CONSULTA ESPECIALIZADA - DENTAL	0000	4149-44-0156-00001-00000	60.00
PAGO EN: EFECTIVO			TOTAL
(Sesenta Pesos 00/100 M.N.)			\$60.00

Para cdfi en: <https://modulos.guadalajara.gob.mx/facturacion/>. Dentro de los siguientes 15 días naturales.

(Firma manuscrita)

Laura Rosalia Vallejo Hermosillo
 FIRMA Y SELLO
 CAJERO

Guadalajara, Jal. a 31/07/2017 Cruz Verde Dr. Jose de Jesus Delgado Araujo

NO ES VÁLIDO COMO COMPROBANTE DE PAGO SIN LA CERTIFICACIÓN DE LA MÁQUINA REGISTRADORA. SELLO Y FIRMA AUTORIZADOS. FAVOR DE PRESENTAR ESTE RECIBO AL EFECTUAR SU PRÓXIMO PAGO. "EL PAGO DE ESTE RECIBO NO LIBERA AL CONTRIBUYENTE DE ADEUDOS ANTERIORES"

CONTRIBUYENTE



Anexo 05: Hoja de pago bond
(Formato sugerido)

4 n 40601 31/07/2017 09:20 4155122 \$60.00 5779347 5779347 1 de 1

Municipio de Guadalajara

Tesorería Municipal
Av. Hidalgo 400
Zona Centro, CP 44100
RFC:MGU420214FG4

CONTRIBUYENTE: 239740

PAGO DE: SERVICIOS MEDICOS

DATOS DEL CONTRIBUYENTE			
Nombre:	62 AÑOS		
Calle:	No Ext: 1020	No Int:	
Colonia:	CP: 0	RFC:	
Ciudad: GUADALAJARA	Estado: JALISCO		
SERVICIOS MEDICOS			
RUBRO / CONCEPTO	CANT	CUENTA	IMPORTE
1680 CONSULTA ESPECIALIZADA - DENTAL	00001	4149-44-0150-00001-00000	60.00
PAGO EN: EFECTIVO		TOTAL	\$60.00
(Sesenta Pesos 00/100 M.N.)			

Para cdfi en: <https://modulos.guadalajara.gob.mx/facturacion/>. Dentro de los siguientes 15 días naturales.



Rosa Vello Hermel
FIRMA Y SELLO
CAJERO



Guadalajara, Jal. a 31/07/2017 Cruz Verde Dr. Jose de Jesus Delgado Arbujo



Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica de pacientes

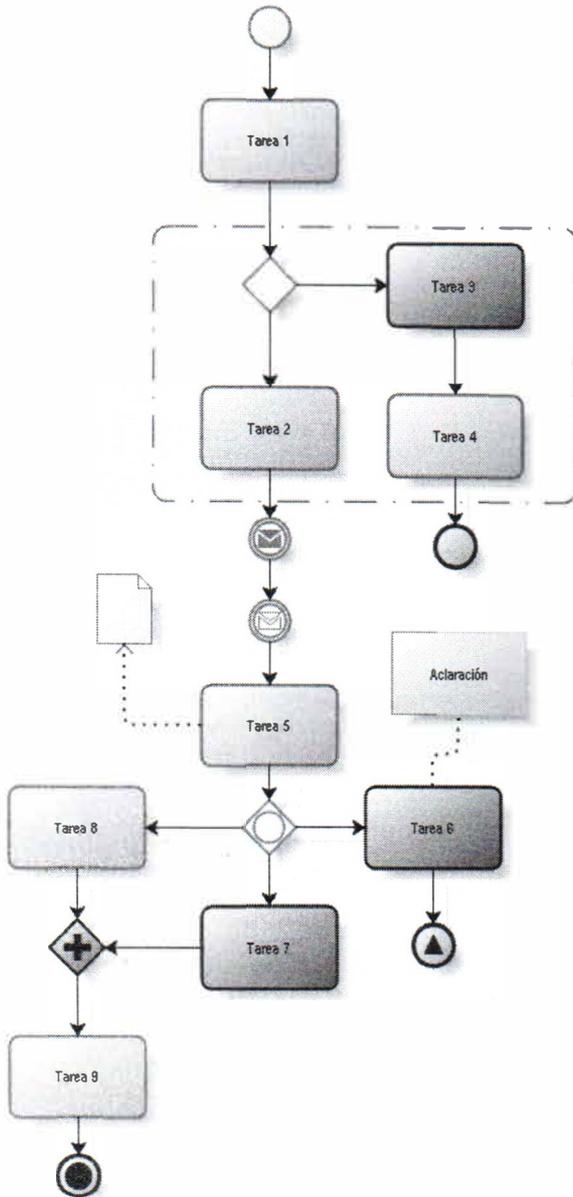
Clave: 047P-SD3_002

Documentación: 3 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Hospitalización y Urgencia

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.: DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO
Unidad Médica de Urgencias
"Dr. José de Jesús Delgado y Araujo"

Aprobó: LIC. OLGA IRENE VELAZQUEZ JIMÉNEZ
Servicios Administrativos

Autorizó: DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales





**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso. Imagen general, no incluye detalles.	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	8
8.- Definiciones:.....	9
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	9
11. Descripción de Cambios	9
Anexos	11



Guatemala
La Ciudad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica de pacientes

Clave: 047P-SD3_002

Documentación: 3 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020





Procedimiento para solicitar insumos para la atención
médica de pacientes



1.- OBJETIVO

Contar con oportunidad los insumos para la atención médica de los pacientes, así como llevar un registro pormenorizado por cada paciente y contribuir así, con el procedimiento de pago para el trámite del alta administrativa

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia cuando la enfermera recibe del médico, las indicaciones necesarias para solicitar insumos médicos y atender a un paciente, y termina cuando el responsable de CenDis o CEyE guarda las hojas de consumo por paciente.

Áreas que intervienen:

Hospitalización, Urgencias, CenDis y/o CEyE

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. El personal de enfermería, tiene la responsabilidad de solicitar los insumos que requiere cada paciente y las hojas de consumo diario (para el pago correspondiente) para entregarlas a los pacientes/familiares, mediante los mecanismos establecidos en el presente procedimiento.
3. Es responsabilidad del personal de CenDis y CEyE, la de realizar el vaciado de los vales de insumos en la hoja de "Consumo diario" y resguardarlos una vez que el paciente/familiar haya pagado los insumos, por lo que el personal de Enfermería deberá hacérselos llegar.
4. La atención a las mujeres que sufran violencia de género, deberá realizarse de manera prioritaria e integral, el médico tratante realizará el parte médico de lesiones. El personal médico tiene la responsabilidad de otorgar el Alta médica e informar a Trabajo social ya que el servicio brindado será exenta de costo para el paciente



4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)	
c) Instaurar mecanismos de control, supervisión y evaluación de calidad de la atención médica prestada a los usuarios,	
f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,	
j) Identificar oportunidades de mejora de la calidad en la atención médica, así como corregir anomalías que sean detectadas,	

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
1.03 Logística Administrativa	
a) Supervisar, recibir, distribuir y vigilar el control de los insumos, ropería, y uniformes entregados a las diferentes áreas de la unidad, así como llevar los registros necesarios,	
f) Participar en la documentación de los procedimientos del área en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica,	
h) Concentrar la información de productividad del servicio administrativo, para enviar informes a su superior o autoridades normativas de la Dirección de Servicios Médicos, así como cualquier otra aportación que le sea requerida,	
l) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	
1.2.2 Urgencias	
n) Crear un ambiente de respeto y cooperación en el marco de la seguridad del paciente según los lineamientos de control de calidad y la ley general de salud,	
p) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica,	
r) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	
1.2.3 Hospitalización	
j) Llevar el registro de todos los insumos o estudios que se realicen a cada paciente para los efectos administrativos a que haya lugar,	
k) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica	
m) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	



**Procedimiento para solicitar insumos para la atención
médica de pacientes**



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad					
1.	Enfermera(o) (de Hospital o Urgencias)	Recibe la indicación del médico para suministrar medicamento al Paciente Nota: Todas las indicaciones médicas se encuentran establecidas en el expediente clínico de cada paciente, o verbalmente tratándose de urgencia inminente, por lo que con base en él, se elabora la solicitud de insumos, ya sea para CEyE o para CenDis.					
2.		Elabora y firma el "Vale de CenDis" (ver anexo 01) o el "Vale para solicitar material de quirófano" (ver anexo 02) según sea el caso. Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente se encuentra en una situación de urgencia inminente, Suspenda esta actividad y continua en la actividad 9 • Al terminar la urgencia, culminarás el proceso con la tramitología que se solicita en el procedimiento normal. 					
3.		Acude con el responsable del Centro de Distribución (CenDis) o de CEyE y entrega el "Vale de CenDis" o el "Vale para solicitar material de quirófano" según corresponda (ver anexo 03) y lo entrega al responsable en turno.					
4.	Responsable de CenDis o CEyE	Recibe de la Enfermera(o) el "Vale de CenDis" o el "Vale para solicitar material de quirófano" (ver anexo 02) y surte los insumos solicitados. Nota: Si al "Vale de CenDis le falta la firma de la enfermera(o), solicítale que lo firme para poder surtir los insumos.					
5.		Firma el "Vale de CenDis" o el "Vale para solicitar material de quirófano" según sea el caso					
6.		En éste punto surgen dos vertientes, por lo que se deberá proceder con base en la siguiente tabla: <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Vertiente</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>Entrega los insumos solicitados a la Enfermera(o). Aplica en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>Realiza el vaciado de los "Vales de CenDis" a la hoja de "Consumo diario" (ver anexo 03), ello, por cada paciente y continúa en la actividad 8 Nota: Si el paciente no tiene una hoja de "Consumo diario" ya elaborada, debes abrir un formato nuevo, éste formato es uno por día</td> </tr> </tbody> </table>	Vertiente	Entonces	A	Entrega los insumos solicitados a la Enfermera(o). Aplica en la siguiente actividad	B
Vertiente	Entonces						
A	Entrega los insumos solicitados a la Enfermera(o). Aplica en la siguiente actividad						
B	Realiza el vaciado de los "Vales de CenDis" a la hoja de "Consumo diario" (ver anexo 03), ello, por cada paciente y continúa en la actividad 8 Nota: Si el paciente no tiene una hoja de "Consumo diario" ya elaborada, debes abrir un formato nuevo, éste formato es uno por día						
7.	Enfermera(o) (de Hospital o Urgencias)	Recibe los insumos solicitados y regresa con el paciente y continúa con su <u>"Procedimiento de estancia hospitalaria 045P-CV"</u> . Fin de Procedimiento					
8.	Responsable de CenDis o CEyE	Conserva el "Vales de CenDis" o el "Vale para solicitar material de quirófano" según sea el caso y las hojas de "Consumo diario" hasta que se las solicite la Enfermera(o) para que se aplique el <u>"Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-CV"</u> Fin de Procedimiento					

Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica de pacientes



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
9.	Enfermera(o) (de Hospital o Urgencias)	Acude con el responsable a CenDis o de CEyE y solicita los insumos verbalmente porque se trata de un caso de urgencia.
10.	Responsable de CenDis O CEyE	Informa al Enfermera(o) que por tratarse de una urgencia, al terminar dicha crisis, debe acudir nuevamente a CEyE o CenDis a entregar el vale correspondiente por los insumos entregados.
11.		Registra temporalmente en una papeleta, lo que se le entregó a la Enfermera(o) y le entrega los insumos solicitados a la Enfermera(o).
12.	Enfermera(o) (de Hospital o Urgencias)	Recibe los insumos médicos solicitados y continua con el <u>"Procedimiento para la atención de urgencias 035P-CV"</u>
13.	Enfermera(o) (de Hospital o Urgencias)	Una vez terminada la urgencia, acude con el Responsable de CenDis o CEyE.
14.	Responsable de CenDis o CEyE	Con papeleta en mano, indica a la Enfermera(o) todos los insumos que se le entregaron para la atención de la urgencia médica.
15.	Enfermera(o) (de Hospital o Urgencias)	Elabora y firma el "Vale de CenDis" (ver anexo 01) o el "Vale para solicitar material de quirófano" (ver anexo 02) según sea el caso y lo entrega al Responsable de CenDis o CEyE según corresponda.
16.	Responsable de CenDis o CEyE	Recibe el "Vale de CenDis" o el "Vale para solicitar material de quirófano" . Nota: Si al "Vale de CenDis" o al "Vale para solicitar material de quirófano" le falta la firma de la enfermera(o), solicítale que lo firme.
17.		Realiza el vaciado de los "Vales de CenDis" o los "Vales para solicitar material de quirófano" según sea el caso, en la hoja de "Consumo diario" (ver anexo 03), ello, por cada paciente. Nota: Si el paciente no tiene una hoja de "Consumo diario" ya elaborada, debes abrir un formato nuevo, éste formato es uno por día.
18.		Conserva el "Vale de CenDis" o el "Vale para solicitar material de quirófano" según sea el caso, así como las hojas de "Consumo diario" hasta que se las solicite la Enfermera(o) para que el paciente realice el <u>"Procedimiento de pago para el trámite de alta administrativa 046P-CV"</u> Fin del procedimiento

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> LTS. Olivia Graciela Ruvalcaba Chavira C. María Cristina Sosa Mendoza | <ul style="list-style-type: none"> LTS María Guadalupe Cruz Ramírez C. Margarita González Martínez |
|--|--|

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Alta Administrativa	Es realizar el proceso administrativo que involucra el pago de los insumos y atención médica recibida.
CenDis	Siglas que representan al Centro de Distribución de insumos médicos a hospital o urgencias
CEyE	Siglas que representan a la Central de Equipos y Esterilización
Insumos	Es todo aquello que es necesario para realizar un procedimiento, como lo pueden ser: Personal, manuales, formatos, instalaciones y equipo entre otros más
Urgencia	Situación evidente que amenaza la vida o la integridad de un órgano o extremidad si no se proporciona una atención médica inmediata.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
007OE-DSMM	Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
008OE-CV	Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias
044P-CV	Procedimiento de egreso hospitalario/urgencia

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N. A.	Anexo 01 Vale de CenDis
N. A.	Anexo 02 Vale para solicitar material de quirófano
N. A.	Anexo 03 Consumo diario

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio 2020	Ninguna	Segunda vez, cambio de administración 2018-2021



Guanajuato
La Ciudad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica de pacientes

Clave: 047P-SD3 002

Documentación: 3 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020

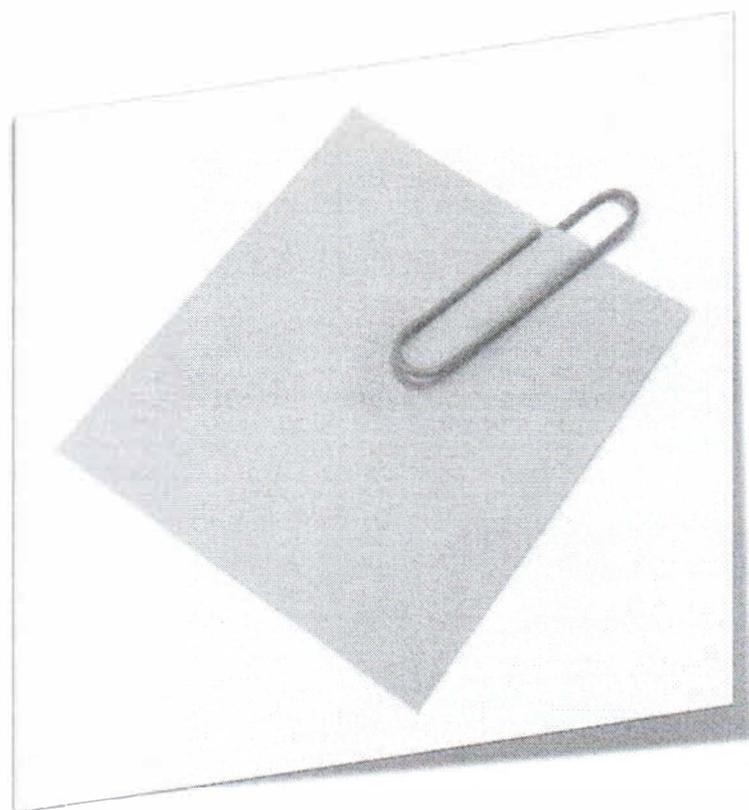


Construcción
de Comunidad



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

ANEXOS







Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica de pacientes

Clave: 047P-SD3 002

Documentación: 3 de mayo del 2017

Actualización: 30 de junio 2020



Anexo 01: Vale de CenDis (Formato sugerido)



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

VALE DE CENDIS



Guadaluajara

UNIDAD: JJDA FRS LOA EAG MRS **Fecha de elaboración:** _____

Folio: _____

Paciente: _____

Día _____ Mes _____ Año _____

1er. Apellido 2do. Apellido Nombre(s) Expediente

Diagnóstico: _____ **Área:** _____ **Cama:** _____

Código	Descripción	Total

Entregó:

Nombre y firma

Recibió:

Nombre y firma

Turno:

M

V

N

J/A



**Anexo 02: Vale para solicitar material de quirófano
(Formato sugerido)
Anverso**



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Vale para solicitar material de quirófano



Gobierno de Jalisco
Guadalajara

Unidad: JDA LOA FRS Fecha: _____
 Día Mes Año

Paciente: _____ Edad: _____ Sexo H M
 1er. Apellido 2do. Apellido Nombre(s)

Fecha de nacimiento: _____ Cirujano: _____ Cirugía: _____
 Día Mes Año

Anestesiólogo: _____ Cédula: _____ Firma: _____

Sala: _____ Turno: M V N J/A Registro Expediente: _____ Ingreso CX: _____ Egreso CX: _____

Material	Cantidad		Material	Cantidad		Material	Cantidad	
	recibida	Devuelta		recibida	Devuelta		recibida	Devuelta
Abatelenguas estéril			Guante desechable estéril p/exploración med/gle			Solución Glucosada de _____ ml.		
Agua Estéril de _____ ml.			Guante p/cirugía estéril 6.5			Solución Hartman de _____ ml.		
Agua lityectable de _____ ml.			Guante p/cirugía estéril desechable 7			Sonda foley con globo cal. _____		
Agua oxigenada fco.			Guante p/cirugía estéril desechable 7.5			Sonda gastrointestinal levin cal. _____		
Aguja hipodérmica desechable # _____			Guante p/cirugía estéril desechable 8			Tubo de aspiración		
Aguja p/raquia anestesia c/mando cal. 25			Guante p/cirugía estéril desechable 8.5			Tubo endotraq c/globo murphy cal: _____		
Apósito transparente 6x7 tegaderm			Hamacell (poligelina de gelatina) 500 ml. 1 fco.			Tubo endotraqueal s/ globo cal: _____		
Bolsa p/colostomia			Hidroxielil Almidón de 500 ml.			Tubo Penrose cal: _____		
Bolsa receptal c/válvula para aspirador			Hoja p/bisturi estéril desechable # _____			Venda elástica _____ cm:		
Bolsa recolectora de orina			Jalea lubricante antiséptica tubo 135 gr			Venda enyesada _____ cm:		
Bulto quirúrgico desechable			Jeringa desechable de 10 ml			Venda estéril _____ cm:		
Bulto quirúrgico teta			Jeringa desechable de 3 ml			Venda goma smarch estéril _____ cm:		
Cánula orof plástica trans g-neonatal # _____			Jeringa desechable de 5 ml			Venda huata estéril _____ cm:		
Circuito de anestesia c/filtro			Jeringa p/insulina desechable de 1 ml			Venda maya retelax protect		
Compresas			Jeringa plástica s/aguja 20 ml. caja c/50			Venda tubular stokinat #4, 5, 6		
Drenobac			Lápiz p/electrocauterio 3 entradas desechable			Suturas		
Electrodos			Mascarilla p/anestesia infantil					
Equipo p/dren pleural 3 cam sello agua 2 lL.			Mascarilla p/suministro de oxígeno					
Equipo p/venoclisis normogotero			Organdil estéril					
Gasa chica c/3 pza.			Placa para cauterio					
Gasa mediana c/4 pza.			Puntas nasales p/oxígeno					
Gasa quirúrgica c/3 pza.			Solución Cloruro de sodio de _____ ml					

Nombre y firma de quien recibe: _____ Nombre y firma de quien entrega _____



Procedimiento para solicitar insumos para la atención médica de pacientes

Reverso

Instrumental quirúrgico	Cantidad		Instrumental quirúrgico	Cantidad		Instrumental quirúrgico	Cantidad	
	recibida	Devuelta		recibida	Devuelta		recibida	Devuelta

Medicamentos

URGENCIAS	Cant.	Devol.
Atropina		
Adrenalina		
Efedrina		
Morfina		
OPIOIDES	Cant.	Devol.
Fentanil		
Nalbufina		
Morfina		
BENZODIACEPINOS	Cant.	Devol.
Midazolam		
Diazepam		
INDUCTORES	Cant.	Devol.
Propofol		
Tiopental		
Quetamina		
Etomidato		

ANTIBIÓTICO	Cant.	Devol.
Cefotaxima		
Ceftriaxona		
Cefalotina		
Ceftazidina		
Amikacina		
Clindamicina		
Ciprofloxi		
Gentamicina		
Metronidazol		
Levofloxacino		
ANALGÉSICO	Cant.	Devol.
Ketorolaco		
Diclofenaco		
Metamizol		
Paracetamol		

RELAJANTES	Cant.	Devol.
Succinilcolina		
Vecuronio		
ANESTÉSICO	Cant.	Devol.
Bicarbonato de sodio		
Bupivacaína		
Lidocaína simple		
Lidocaína c/epinefrina		
Ropivacaína		
Sevorane		
OTROS	Cant.	Devol.
Ranitidina		
Metoclopramida		
Dexametasona		
Metilpredisolona		
Hidrocortisona		

Enfermera a cargo

Enfermera de continuación

Firma

Firma



Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes

Clave: 048P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre del 2017

Actualización: 30 de junio 2020

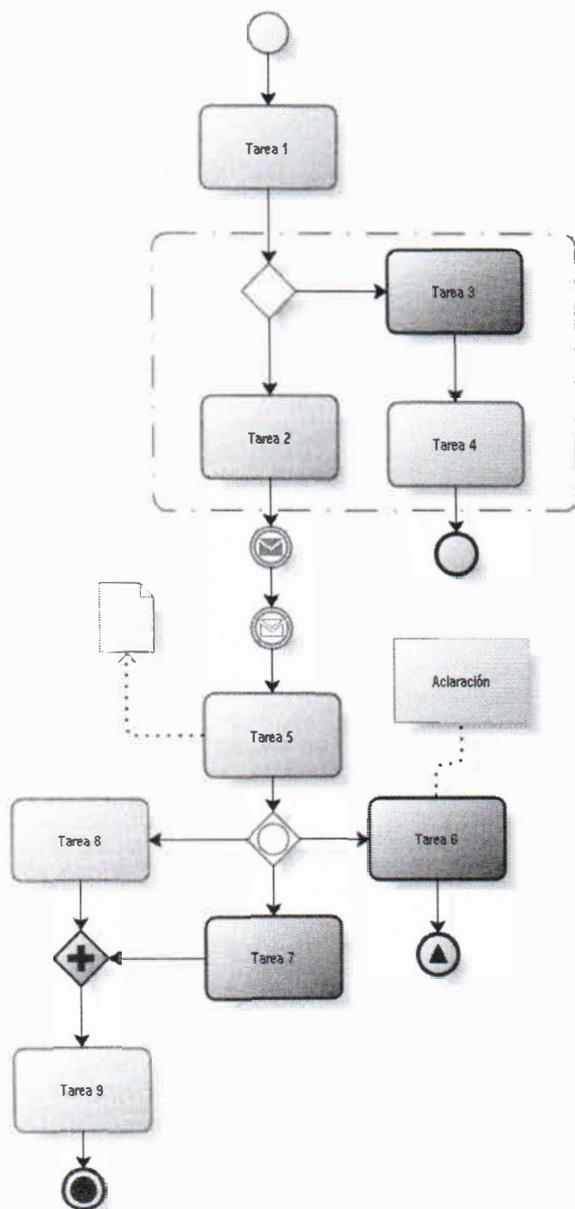
Autorización

Nivel II



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre



Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO

Proyeetista

Vo. Bo.

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO

Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA

Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción
de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	8
8.- Definiciones:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:	8
11. Descripción de Cambios.....	8
Anexos	9



**Procedimiento para el abastecimiento de
hemocomponentes**





Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes



1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes en el depósito de sangre.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando tenemos una demanda de hemocomponentes y no hay existencia de los mismos en el depósito de sangre y termina cuando se almacenan los hemocomponentes recibidos.

Áreas que intervienen:

Depósito de Sangre

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. El día de la solicitud ordinaria de hemocomponentes lo establece el proveedor de insumos del Depósito de Sangre y el día de la entrega de los hemocomponentes al Depósito es el día siguiente de la solicitud.
3. Si el proveedor no puede trasladar los hemocomponentes del Centro Estatal de Trasfusión Sanguínea (CETS) hacia el Depósito de Sangre, el químico de dicho depósito, debe informar y pedir a la Unidad Médica que solicita el o los hemocomponentes, un mensajero para que recoja la solicitud, la lleve a CETS, reciba el o los hemocomponentes y los traslade al Depósito de Sangre que los solicita.



4.- RESPONSABILIDADES

Documento 007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales

C. Políticas rectoras:

- * Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.
- * Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica.

1.2. Atención de Urgencias Médicas

- c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.
- h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.

Documento 008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"

1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)

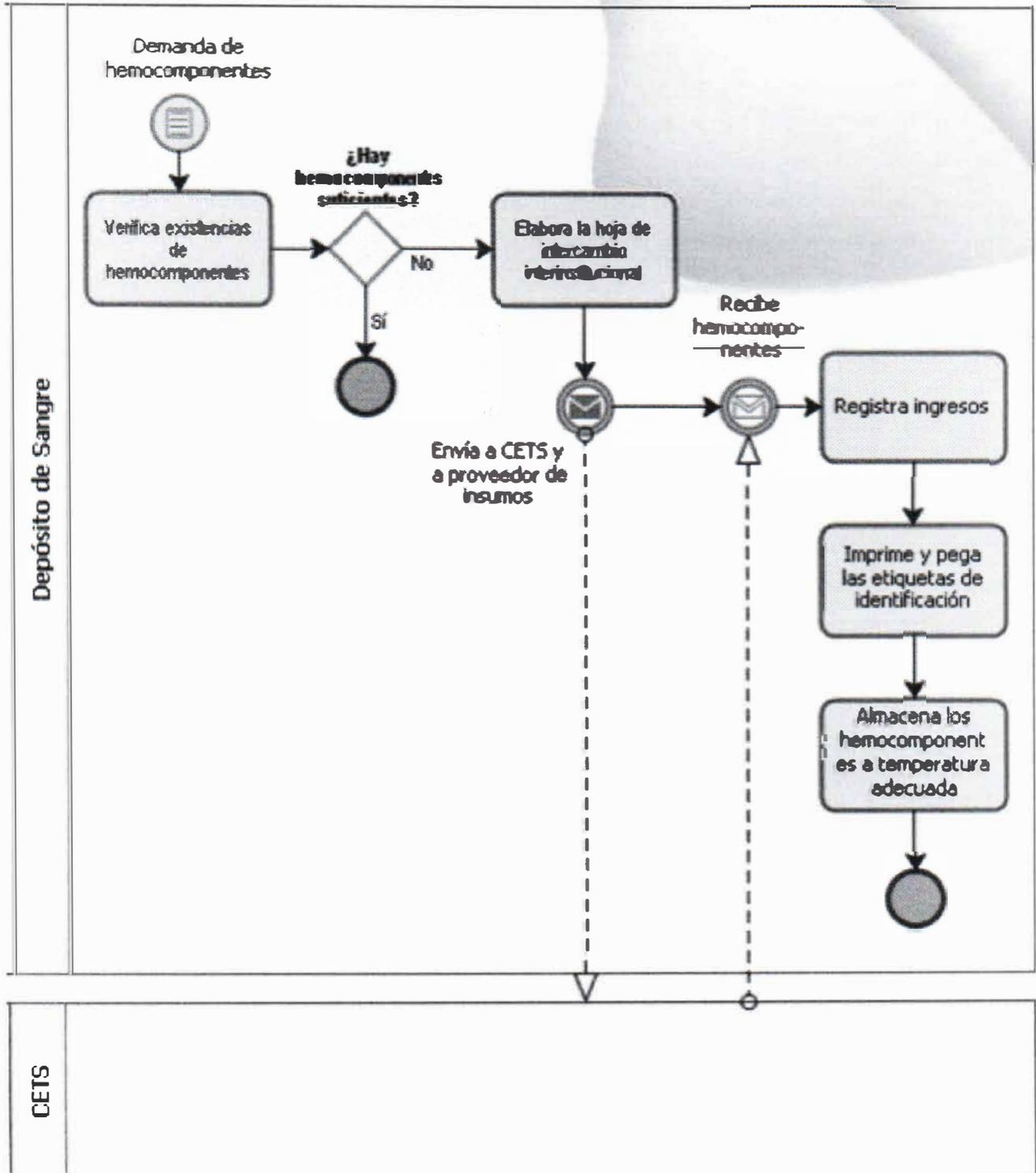
- f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,
- i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos,

1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

- b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicos
- f) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.



5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.





**Procedimiento para el abastecimiento de
hemocomponentes**





Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad									
1.		<p>Una vez que se tiene una demanda de hemocomponentes, verifica si hay existencias</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Hay hemocomponentes suficientes?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Hay hemocomponentes suficientes?	Entonces	Sí	Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente			
¿Hay hemocomponentes suficientes?	Entonces										
Sí	Fin de procedimiento										
No	Continúa en la actividad siguiente										
2.		<p>Elabora la "Hoja de Intercambio Interinstitucional" (ver anexo 01) que se encuentra firmada por responsable sanitario con sello institucional, con los datos del receptor.</p> <p>Nota: Si el formato no tiene firma y/o sello, debes firmarla y recabar el sello con trabajo social.</p>									
3.		<p>Envía con el mensajero la "Hoja de Intercambio Interinstitucional" y copia al proveedor de insumos del Depósito de Sangre y al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS)</p>									
4.		<p>Recibe del mensajero los hemocomponentes que presentan características y temperaturas adecuadas</p> <p>Nota: Los hemocomponentes que se encuentren fuera de las especificaciones, no deberán ingresarse al depósito, notificando al médico a cargo del depósito y al CETS la situación.</p>									
5.		<p>Registra ingreso de hemocomponentes en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 02) y, en la "Bitácora de ingresos y egresos" (ver anexo 03)</p>									
6.		<p>Imprime la(s) etiqueta(s) de identificación de unidad que arroja automáticamente el "Sistema informático de banco de sangre" la(s) pega en el(los) hemocomponente(s), así mismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imprime etiqueta de identificación del marbete y lo pega en él. • Imprime etiqueta de tubo piloto y la pega en él. 									
7.		<p>Almacena los hemocomponentes con base a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Hemocomponente</th> <th>Lugar</th> <th>Temperatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Concentrados eritrocitarios</td> <td>Refrigerador</td> <td>2°C a 4°C</td> </tr> <tr> <td>Plasmas frescos congelados</td> <td>Congelador</td> <td>39°C a -45°C</td> </tr> </tbody> </table> <p>Fin de procedimiento</p>	Hemocomponente	Lugar	Temperatura	Concentrados eritrocitarios	Refrigerador	2°C a 4°C	Plasmas frescos congelados	Congelador	39°C a -45°C
Hemocomponente	Lugar	Temperatura									
Concentrados eritrocitarios	Refrigerador	2°C a 4°C									
Plasmas frescos congelados	Congelador	39°C a -45°C									

Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes



7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

--

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Es un componente sanguíneo, por ejemplo: glóbulos rojos o eritrocitos, plasma fresco, plaquetas, etc.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
N. A.	N. A.

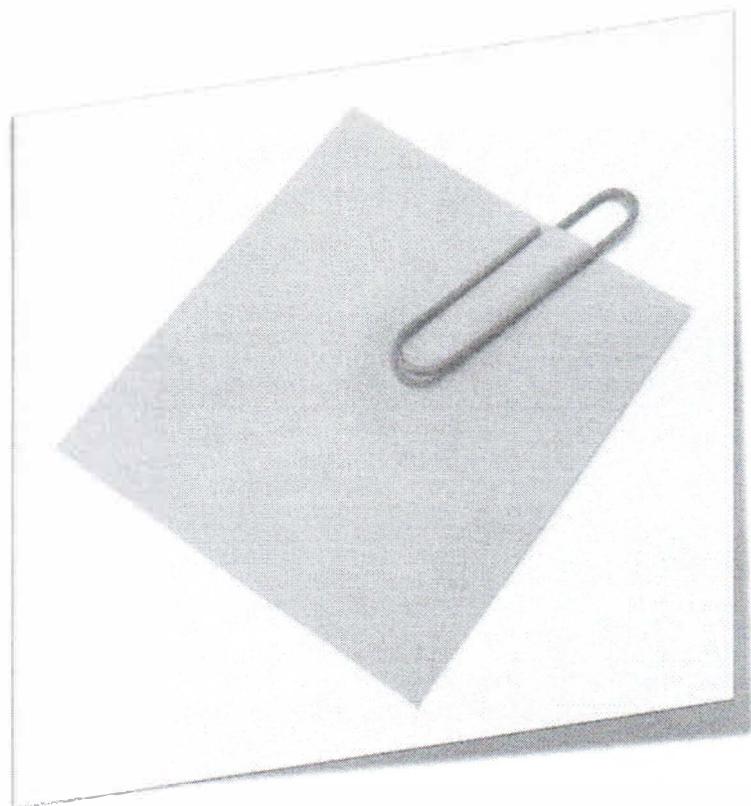
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Hoja de Intercambio Interinstitucional
N.A.	Anexo 02 Sistema informático de banco de sangre
N.A.	Anexo 03 Bitácora de ingresos y egresos

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio 2020	Ninguna	Segunda, por actualización del manual. Administración 2018-2021.

ANEXOS







Procedimiento para el abastecimiento de hemocomponentes



Anexo 01: Hoja de Intercambio Interinstitucional (Formato sugerido)

 <p>Servicios Médicos Municipales Comisión de Coordinación de Comunidades</p>	<p>NOMBRE DEL REGISTRO</p> <p>SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL</p>	 <p>Guadalajara</p>
---	--	---

C DR JUAN CARLOS LOPEZ HERNANDEZ
RESPONSABLE SANITARIO DEL BANCO DE SANGRE
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA
PRESENTE

CRUZ VERDE DELGADILLO ARAUJO
Lugar y fecha

Solicito a usted se nos proporcione unidades en total de los siguientes grupos sanguíneos:

	O+	A+	B+	AB+	O-	A-	B-	AB-
CONCENTRADO DE ERITROCITOS								
CONCENTRADO DE ERITROCITOS LEUCODEPLETADO								
C. DE ERITROCITOS FRACCIÓN PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO FRACCIÓN PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
CONCENTRADO DE PLAQUETAS								
C. DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADO								
C. DE PLAQUETAS FRACCIÓN PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
CONCENTRADO DE PLAQUETAS POR AFERESIS								
CRIOPRECIPITADOS								

OBSERVACIONES O ESPECIFICACIONES ESPECIALES DE LOS HEMOCOMPONENTES:

Del grupo sanguíneo _____ y Rh _____ para ser transfundidos al paciente:
 edad _____ sexo _____ del Servicio _____ registro _____ diagnóstico _____ cama _____

Hemoglobina _____ g/dL Hematocrito _____ % Plaquetas _____ TP _____ TESTIGO _____
 Fibrinogeno _____ TTP _____ TESTIGO _____

Medicamento que recibe _____
 Indicación de la transfusión _____
 Indicado por Or (a) _____ Cédula DGP _____
 Especialidad _____

La institución solicitante se compromete a realizar el fomento y promoción de la donación altruista y voluntaria de sangre en su Unidad Hospitalaria

ATENTAMENTE

DRA. ROSARIO SÁNCHEZ MORA
RESPONSABLE SANITARIO nombre y firma

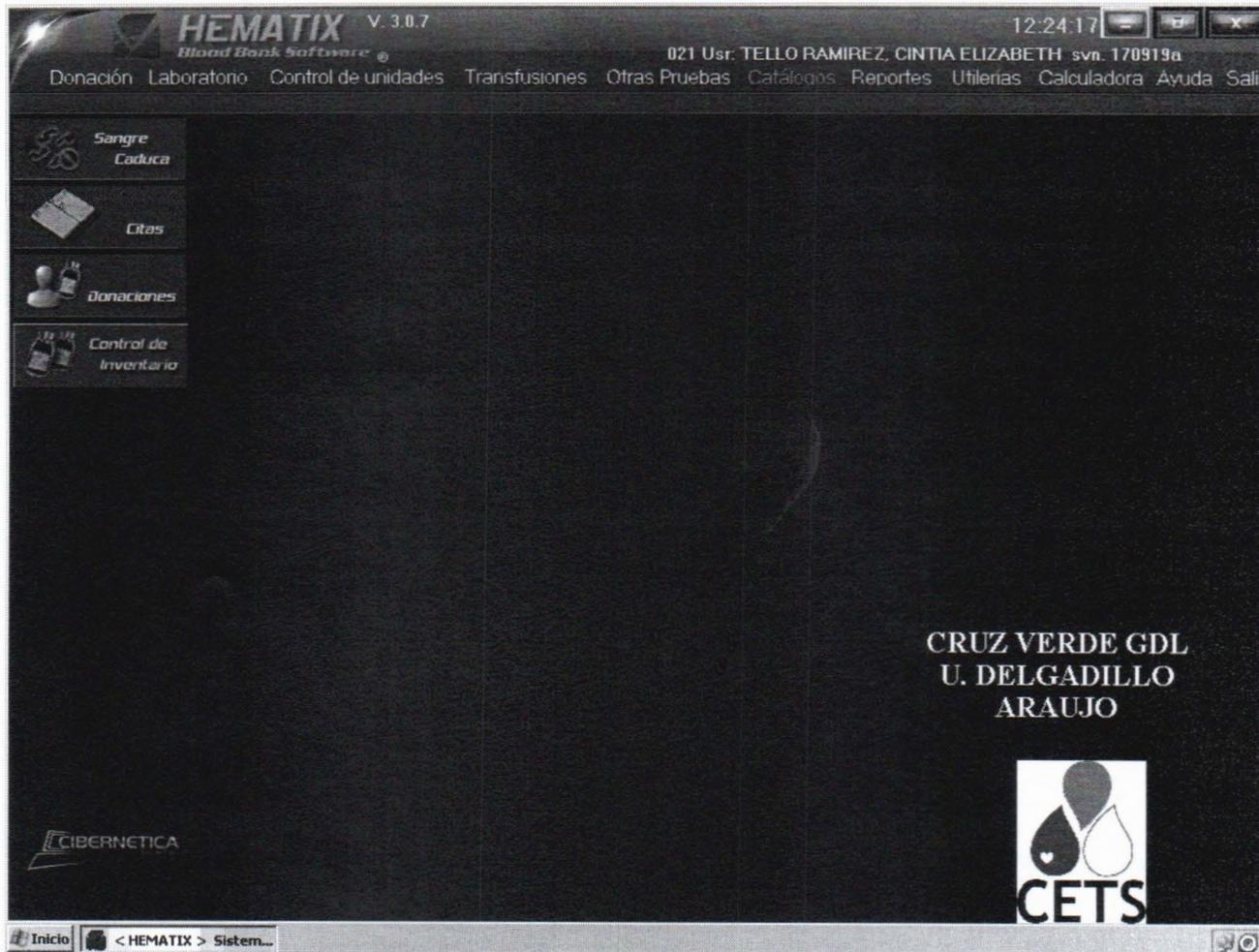
Nombre del establecimiento _____
 Domicilio _____
 Número de Licencia del Establecimiento _____
 Nombre del Responsable del Servicio de Transfusión _____
 Código de Licencia Sanitaria del Servicio de transfusión _____

SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA

Este documento y el contenido del mismo, es propiedad e información confidencial de CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA, queda prohibida su distribución y acceso a personas no autorizadas y publicación o copia sin autorización.



Anexo 02: Sistema informático de banco de sangre
(Formato sugerido)





Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh

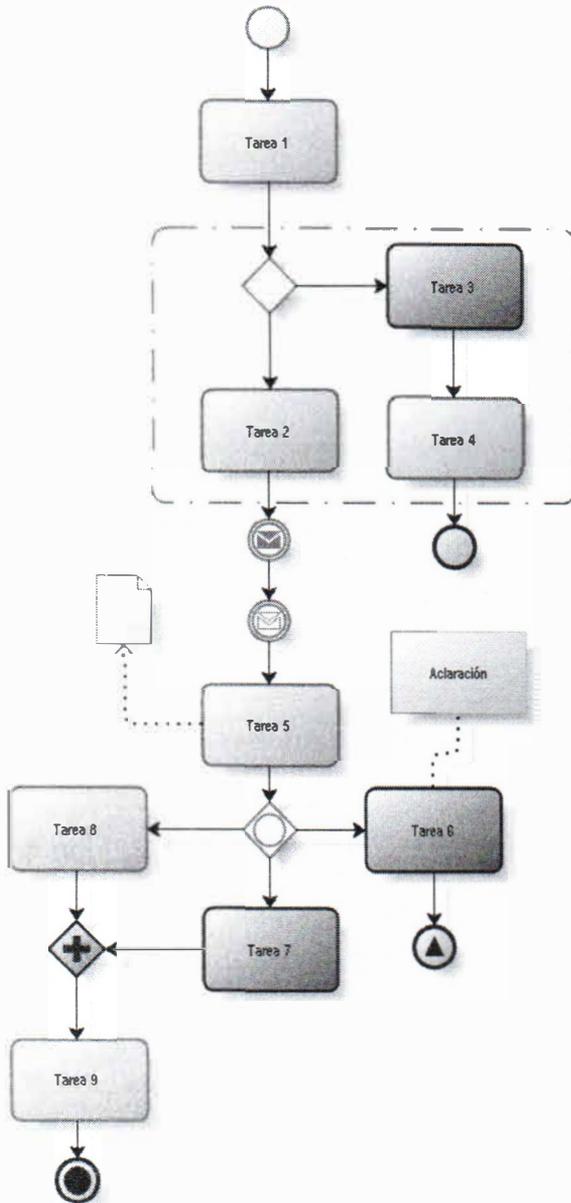
Clave: 049P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 30 de junio del 2020

Autorización

Nivel II



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

Atención de Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO

Proyectista

Vo. Bo.

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMRO

Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgado y Araujo

Aprobó:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA

Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS

Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción
de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





Guadalajara
La Ciudad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 049P-SD3_001

Documentación: 18 de octubre de 2017

Actualización: 30 de junio del 2020



Construcción
de Comunidades



Servicios Médicos
Municipales
Guadalajara



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh



1.- OBJETIVO

Tipificar adecuadamente a los posibles receptores en los grupos ABO y Rhesus para poder seleccionar a un posible donador y proceder a realizar las pruebas de compatibilidad entre ellos.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento comienza ante la necesidad de hemotipificar y al tener una muestra adecuada, termina al obtener el grupo ABO y Rhesus del posible receptor.

Áreas que intervienen:

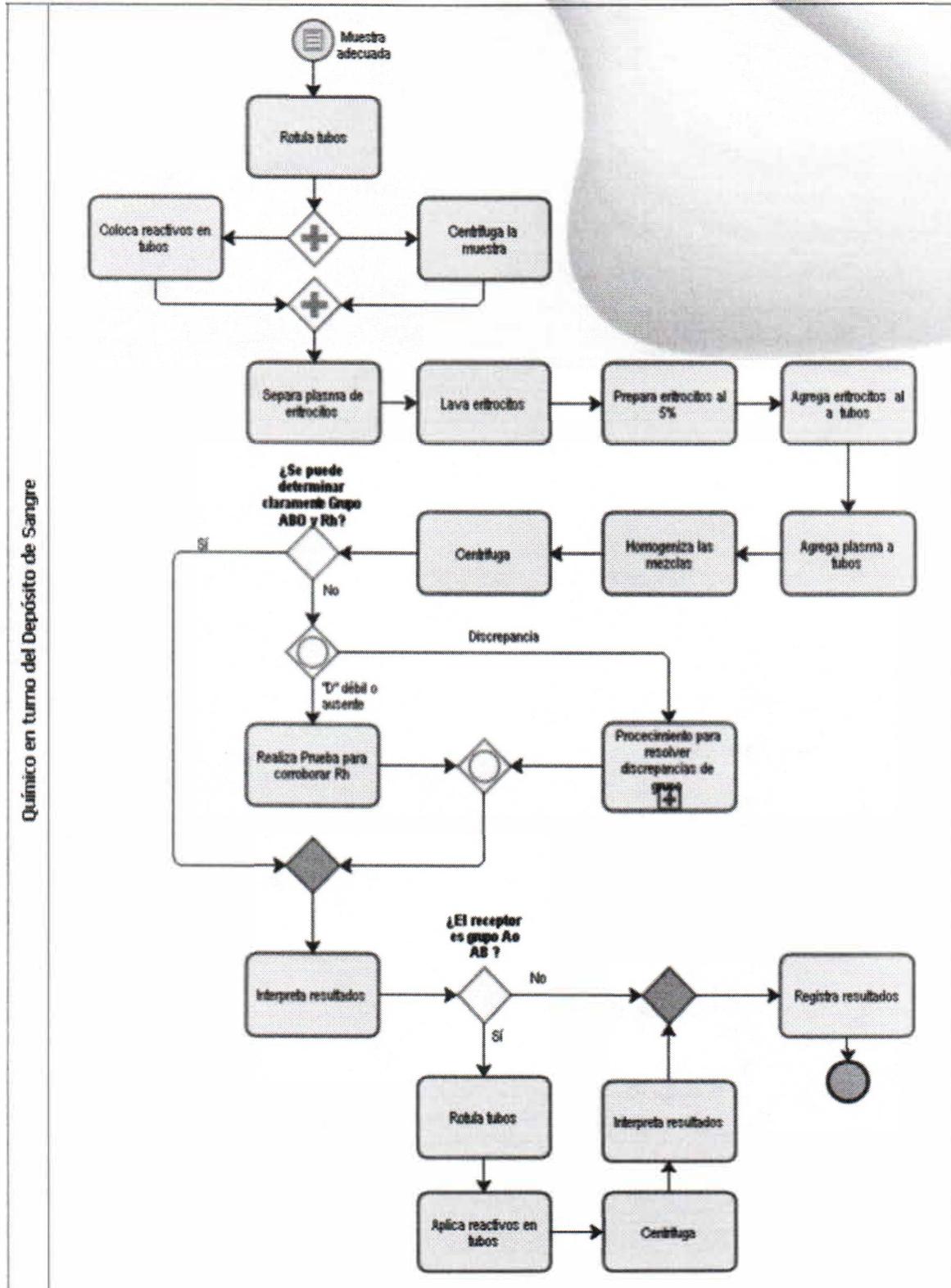
Depósitos de Sangre de Servicios Médicos Municipales de Guadalajara.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es obligación del químico utilizar guantes todo el tiempo que realice este procedimiento y/o manipule tubos con muestras sanguíneas.
- En caso de encontrar grupo Rhesus negativo en un receptor, el químico es responsable de notificar de inmediato al médico encargado del depósito de sangre, quien dará indicaciones acerca de los hemocomponentes que se destinarán al receptor dependiendo de las características clínicas de este último.



5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.





**Procedimiento para la determinación de grupo
sanguíneo ABO y Rh**





6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Químico en turno	Una vez que tiene la muestra adecuada proveniente del <u>"Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3"</u>						
2.		Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. Nota: El tubo con solo iniciales es para el plasma.						
3.		A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Tarea paralela</th> <th style="width: 50%;">Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Por un lado</td> <td>Centrifuga la muestra del receptor a 3,500 rpm (revoluciones por minuto) durante un minuto. Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Por el otro</td> <td>Mientras centrifuga, dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tubo A: Coloca Anti- A ◆ Tubo B: Coloca Anti-B ◆ Tubo AB: Coloca Anti- AB ◆ Tubo D: Coloca Anti-D ◆ Tubo CD: Coloca Control-D ◆ Tubo CM: Coloca 2 gotas de Solución Salina al 0.9% ◆ Tubo A1: Célula de referencia A1 ◆ Tubo A2: Célula de referencia A2 ◆ Tubo B: Célula de referencia B ◆ Tubo O: Célula de referencia O Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Centrifuga la muestra del receptor a 3,500 rpm (revoluciones por minuto) durante un minuto. Continúa en la siguiente actividad	Por el otro	Mientras centrifuga, dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tubo A: Coloca Anti- A ◆ Tubo B: Coloca Anti-B ◆ Tubo AB: Coloca Anti- AB ◆ Tubo D: Coloca Anti-D ◆ Tubo CD: Coloca Control-D ◆ Tubo CM: Coloca 2 gotas de Solución Salina al 0.9% ◆ Tubo A1: Célula de referencia A1 ◆ Tubo A2: Célula de referencia A2 ◆ Tubo B: Célula de referencia B ◆ Tubo O: Célula de referencia O Continúa en la siguiente actividad
Tarea paralela		Entonces						
Por un lado		Centrifuga la muestra del receptor a 3,500 rpm (revoluciones por minuto) durante un minuto. Continúa en la siguiente actividad						
Por el otro		Mientras centrifuga, dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tubo A: Coloca Anti- A ◆ Tubo B: Coloca Anti-B ◆ Tubo AB: Coloca Anti- AB ◆ Tubo D: Coloca Anti-D ◆ Tubo CD: Coloca Control-D ◆ Tubo CM: Coloca 2 gotas de Solución Salina al 0.9% ◆ Tubo A1: Célula de referencia A1 ◆ Tubo A2: Célula de referencia A2 ◆ Tubo B: Célula de referencia B ◆ Tubo O: Célula de referencia O Continúa en la siguiente actividad						
4.		Separa plasma de la muestra centrifugada y colócalo en el tubo previamente rotulado con las iniciales del receptor. Nota: Antes de iniciar esta actividad, debes esperarte a terminar las actividades paralelas de la actividad anterior.						
5.		Lava eritrocitos: Vierte directamente al tubo morado sin plasma solución salina 0.9%, centrifugar un minuto a 3500 rpm. Retirar solución Salina. Nota: Tienes que repetir tres veces esta actividad						
6.	Prepara suspensión de eritrocitos al 5% con 20 gotas de solución salina 0.9% y una gota de eritrocitos del receptor, previamente lavados.							
7.	Agrega a los primeros 6 tubos (A, B, AB, D, CD, CM) una gota de suspensión de eritrocitos al 5%.							
8.	Agrega a los últimos cuatro tubos (A1, A2 B, O) dos gotas de suero o plasma.							



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
9.	Químico en turno	Homogeniza las mezclas de los tubos con movimientos suaves.						
10.		Centrifuga a 3500 rpm. durante 30 segundos.						
11.		Analiza si se puede determinar claramente el grupo ABO y el Rh						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se puede determinar el grupo ABO y el Rh?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica la actividad 15</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se puede determinar el grupo ABO y el Rh?	Entonces	Sí	Aplica la actividad 15	No	Continúa en la siguiente actividad
		¿Se puede determinar el grupo ABO y el Rh?	Entonces					
Sí		Aplica la actividad 15						
No		Continúa en la siguiente actividad						
12.		En este punto se puede presentar dos situaciones: que exista un "D" débil o ausente o, que exista alguna discrepancia						
		Nota: Dichas situaciones o eventos pueden presentar ambas, o solamente una de ellas, por tanto, debe aplicar los caminos de los eventos que se presenten						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Situación que se presenta</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Discrepancia</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>"D" débil o ausente</td> <td>Aplica la actividad no. 14</td> </tr> </tbody> </table>	Situación que se presenta	Entonces	Discrepancia	Continúa en la siguiente actividad	"D" débil o ausente	Aplica la actividad no. 14
		Situación que se presenta	Entonces					
Discrepancia		Continúa en la siguiente actividad						
"D" débil o ausente		Aplica la actividad no. 14						
13.		Realiza " <i>Procedimiento para resolver discrepancias de grupo ABO y Rh 050P-SD3</i> ".						
14.		Realiza prueba para corroborar Rh de la manera siguiente:						
		<ul style="list-style-type: none"> a) Destapa dos pocillos de la tarjeta DG Gel Coombs y rotula uno con la letra "D" y otro con la letra "C" b) Rotula con el nombre del receptor. c) Realiza solución de eritrocitos al 1% del donador. d) Añade a cada uno de los pocillos 50 microlitros de la suspensión de eritrocitos al 1%. e) Añade al pocillo "D" 50 microlitros del reactivo anti-D. f) Incuba durante 15 minutos a 37°C. g) Centrifuga durante 9 minutos. 						
15.		Interpreta resultados.						
	Nota: Si sucedieron las dos situaciones señaladas en la actividad 12, debe esperar a terminar las actividades 13 y 14 para realizar esta actividad							
16.	Determine si el receptor es del grupo "A" o del grupo "AB"							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿El receptor es grupo "A o, AB"?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Continua en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 21</td> </tr> </tbody> </table>	¿El receptor es grupo "A o, AB"?	Entonces	Sí	Continua en la siguiente actividad	No	Aplica actividad 21	
	¿El receptor es grupo "A o, AB"?	Entonces						
Sí	Continua en la siguiente actividad							
No	Aplica actividad 21							
17.	Rotula dos tubos con iniciales del paciente, uno con la leyenda A1 y el otro con la leyenda A2.							



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
18.	Químico en turno	Agrega una gota de Lectina anti A1 en el rotulado con A1 y dos gotas de Lectina anti-H en el rotulado con A2.
19.		Centrifuga 30 segundos a 3500 rpm y deja reposar por 5 minutos.
20.		Interpreta resultados
21.		Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 02) y en la "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh". (ver anexo 03).
		Fin de procedimiento

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación
•

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Rh	Siglas de Factor Rhesus es un sistema de identificación, para clasificar en un grupo la sangre de una persona. Se han identificado más de 45 antígenos de este sistema.
"D" débil o ausente	"D" Es el principal antígeno del sistema Rh. Es una proteína integral de la membrana de los eritrocitos o glóbulos rojos, su presencia en la sangre determina el Rh positivo y su ausencia el Rh negativo. "D" débil expresarse débilmente pero positivo.
Discrepancia	Incongruencia en los resultados del procedimiento para determinar grupo sanguíneo. Esto, por lo general es dado por detectarse grupos débiles, anticuerpos irregulares o autoinmunes que no permiten la identificación correcta del hemotipo.
Lectina	Proteína o glicoproteína natural de origen no inmune que pueden aglutinar células y son capaces de un reconocimiento específico para un determinado carbohidrato uniéndose reversiblemente, sin alterar la estructura covalente de los ligandos glicosídicos reconocidos.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
029P-SD3	Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes
050P-SD3	Procedimiento para resolver discrepancias de grupo



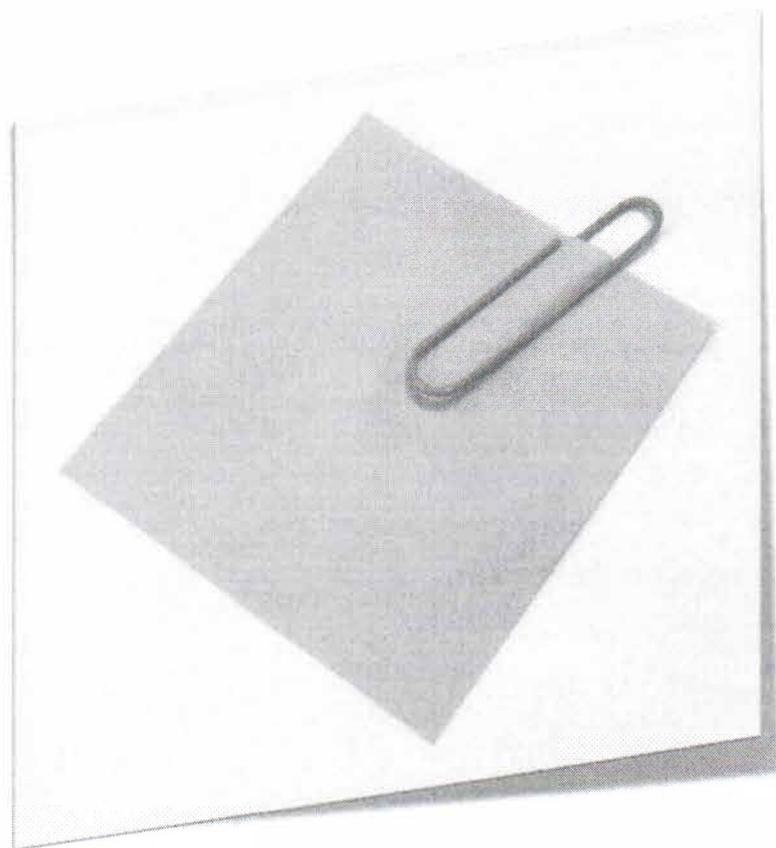
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01-A Solicitud de pruebas cruzadas Urgente
N.A.	Anexo 01-B Solicitud de pruebas cruzadas Ordinaria
N.A.	Anexo 02 Sistema informático de banco de sangre
N.A.	Anexo 03 Bitácora de grupo sanguíneo y Rh

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio del 2020	Ninguna	Segunda, por actualización del manual. Administración 2018-2021.

ANEXOS





**Anexo 01-A: Solicitud de pruebas cruzadas Urgente
(formato sugerido) Anverso**

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200										
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE						
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA					
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE <i>Quando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor</i>									
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.									
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA			REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?						
PLASMAS FRESCO CONGELADO						*Dato requerido						
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO												
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECIFICAS REQUERIDAS:		RASTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
		S1	S2									
Información importante Adicional:		A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA												
Hora: 24:00 H												
Firma:												

Anexo 01-A: Solicitud de pruebas cruzadas Urgente
(formato sugerido) Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	

**Anexo 01-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria
Anverso**

*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		 SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS <small>MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 32017200</small> 											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE					
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?								
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? <small>Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)</small>										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA			FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN							
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS													
PLASMAS FRESCO CONGELADO													
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
			S1	S2									
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.			A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

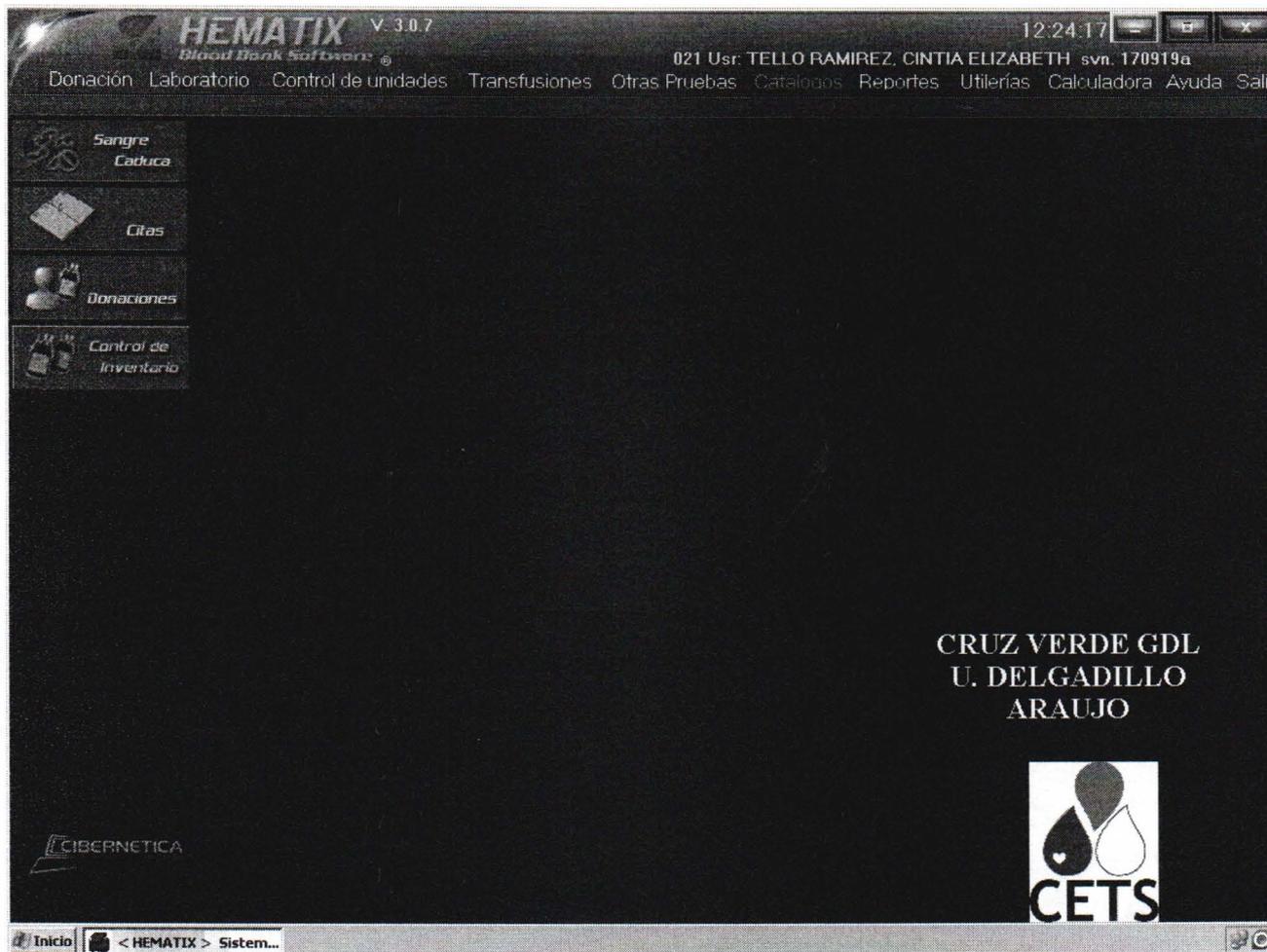
Anexo 01-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	



Anexo 02: Sistema informático de banco de sangre (formato sugerido)





Guadalajara
La Ciudad

PROTEGER1 Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y Rh

Clave: 050-PSD3_001

Documentación: 27 de octubre del 2017

Actualización: 30 de junio del 2020

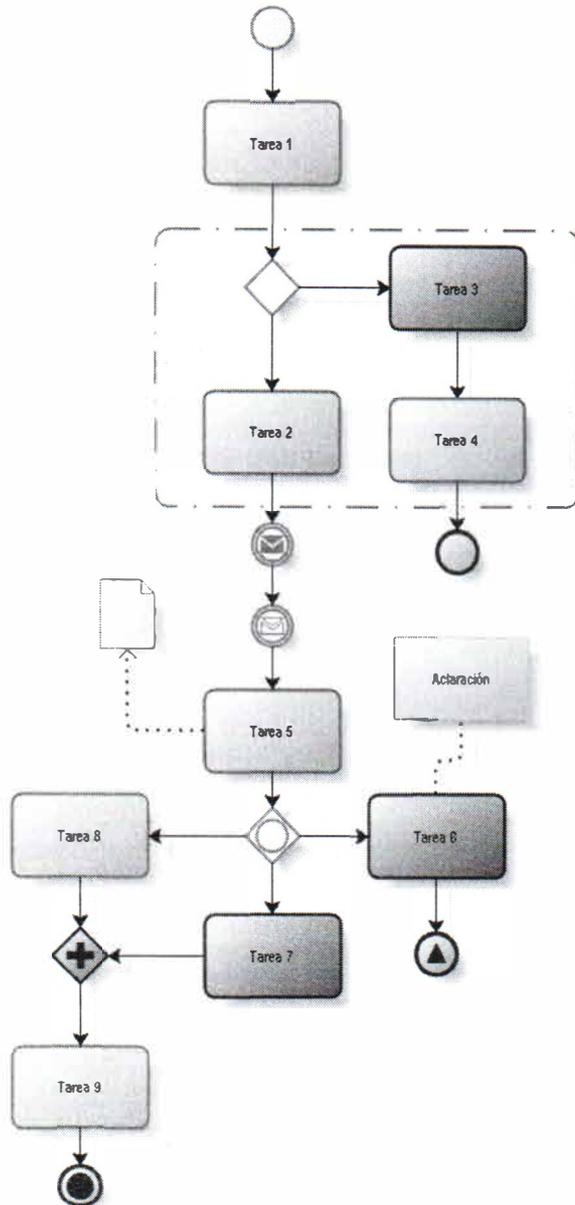
Autorización

Nivel II



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre



Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO

Proyectista

Vo. Bo.

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO

Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgado y Araujo

Aprobó:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA

Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS

Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción
de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





**Procedimiento para resolver discrepancias de grupo
sanguíneo ABO y Rh**



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	3
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	9
8.- Definiciones:.....	9
9.- Documentos de Referencia:.....	9
10.- Formatos Utilizados:	10
11. Descripción de Cambios.....	10
Anexos	11



**Procedimiento para resolver discrepancias de grupo
sanguíneo ABO y Rh**





Procedimiento para resolver discrepancias de grupo
sanguíneo ABO y Rh



1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para la resolución de las discrepancias de grupo ABO y Rh en el depósito de sangre.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando tenemos una discrepancia de grupo ABO y Rh, termina cuando se resolvió la discrepancia estableciendo el hemotipo del receptor o al solicitar una nueva muestra del mismo para repetir procedimientos.

Áreas que intervienen:

Depósito de sangre

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. Es responsabilidad y obligación del químico que elabora el procedimiento utilizar guantes de principio a fin del mismo.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
<p>C. Políticas rectoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos. * Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica. <p>1.2. Atención de Urgencias Médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización. h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto. 	



Documento 008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias “Cruz Verde”

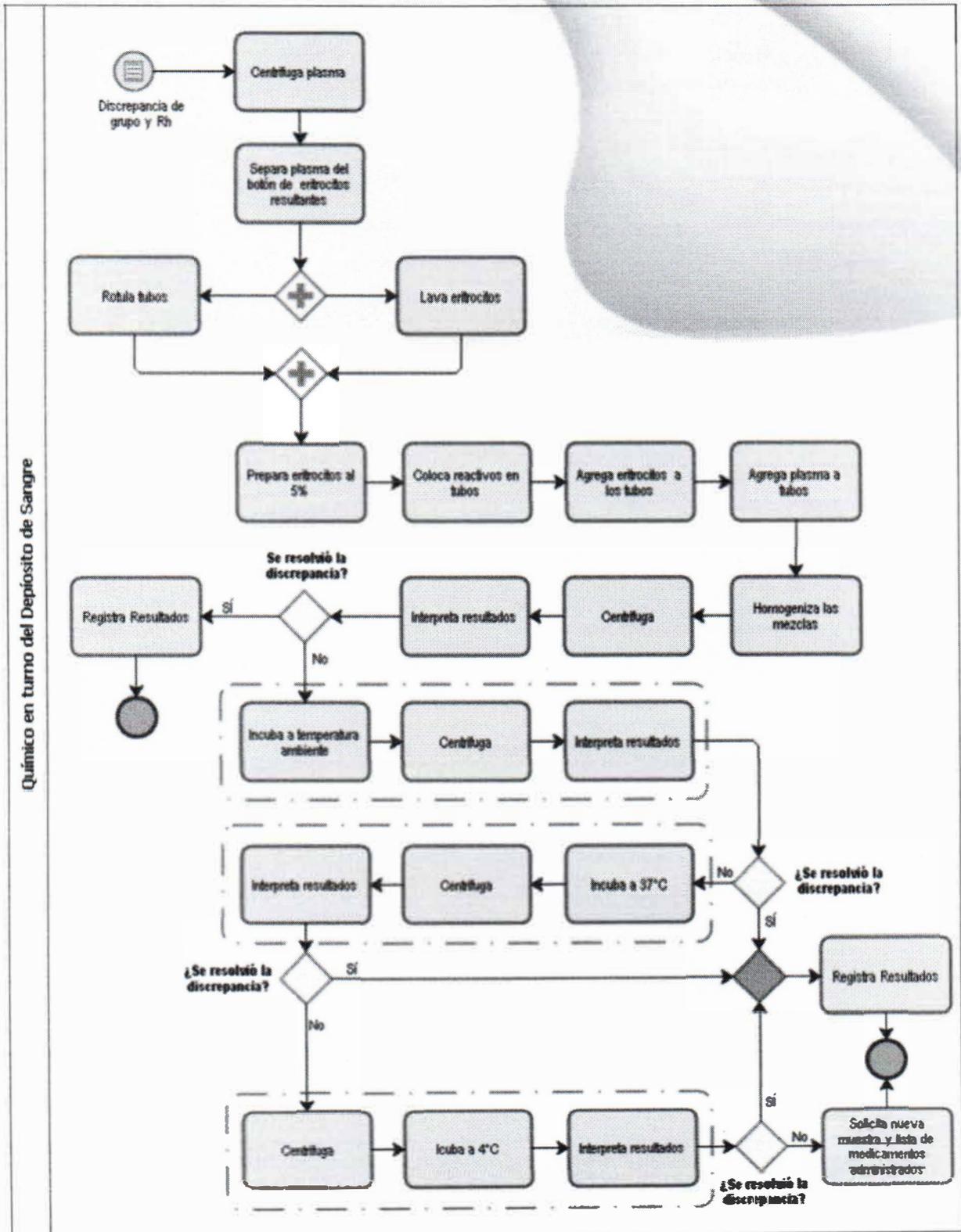
1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)

- f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,
- i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos,

1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

- b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicos
- f) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.

5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalles.





**Procedimiento para resolver discrepancias de grupo
sanguíneo ABO y Rh**

Clave: 050-PSD3_001

Documentación: 27 de octubre del 2017

Actualización: 30 de junio del 2020





6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad																												
1.	Químico de turno	Una vez que se tiene una muestra con discrepancia del “Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo y Rh 049P-SD3” , centrifuga el tubo con el plasma del receptor.																												
2.		Si se obtiene un botón de eritrocitos, separa el plasma del mismo y lo coloca en otro tubo que debe rotular con las iniciales del paciente.																												
3.		A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Tarea paralela</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Lava los eritrocitos previamente separados del plasma del tubo, con el anticoagulante EDTA del receptor. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Por otro lado</td> <td>Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. El tubo con solo iniciales es para el plasma. Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Lava los eritrocitos previamente separados del plasma del tubo, con el anticoagulante EDTA del receptor. Continúa en la actividad siguiente	Por otro lado	Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. El tubo con solo iniciales es para el plasma. Continúa en la actividad siguiente																						
Tarea paralela		Entonces																												
Por un lado		Lava los eritrocitos previamente separados del plasma del tubo, con el anticoagulante EDTA del receptor. Continúa en la actividad siguiente																												
Por otro lado		Rotula 11 tubos con las iniciales del receptor y diez de ellos con las siglas A, B, AB, D (Para Rh), CD (Control Rh), CM (Control del medio), A1, A2, B y O. El tubo con solo iniciales es para el plasma. Continúa en la actividad siguiente																												
4.		Una vez terminadas las dos actividades paralelas, prepara suspensión de eritrocitos al 5% con 20 gotas de solución salina 0.9% y una gota de eritrocitos del receptor.																												
5.		Dependiendo de la rotulación del tubo, coloca una gota de los siguientes reactivos: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Tubo</th> <th style="width: 45%;">Tarea a realizar</th> <th style="width: 15%;">Tubo</th> <th style="width: 25%;">Tarea a realizar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A:</td> <td>Coloca Anti- A</td> <td>A1:</td> <td>Célula de referencia A1</td> </tr> <tr> <td>B:</td> <td>Coloca Anti-B</td> <td>A2:</td> <td>Célula de referencia A2</td> </tr> <tr> <td>AB:</td> <td>Coloca Anti- AB</td> <td>B:</td> <td>Célula de referencia B</td> </tr> <tr> <td>D:</td> <td>Coloca Anti-D</td> <td>O:</td> <td>Célula de referencia O</td> </tr> <tr> <td>CD:</td> <td>Coloca Control-D</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CM:</td> <td>Coloca dos gotas de solución salina al 0.9%</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tubo	Tarea a realizar	Tubo	Tarea a realizar	A:	Coloca Anti- A	A1:	Célula de referencia A1	B:	Coloca Anti-B	A2:	Célula de referencia A2	AB:	Coloca Anti- AB	B:	Célula de referencia B	D:	Coloca Anti-D	O:	Célula de referencia O	CD:	Coloca Control-D			CM:	Coloca dos gotas de solución salina al 0.9%		
Tubo		Tarea a realizar	Tubo	Tarea a realizar																										
A:		Coloca Anti- A	A1:	Célula de referencia A1																										
B:		Coloca Anti-B	A2:	Célula de referencia A2																										
AB:	Coloca Anti- AB	B:	Célula de referencia B																											
D:	Coloca Anti-D	O:	Célula de referencia O																											
CD:	Coloca Control-D																													
CM:	Coloca dos gotas de solución salina al 0.9%																													
6.	Agrega a los primeros seis tubos (A, B, AB, D, CD, CM) una gota de suspensión de eritrocitos al 5%.																													
7.	Agrega a los últimos cuatro tubos (A1, A2 B, O) dos gotas de suero o plasma.																													
8.	Homogeniza las mezclas de los tubos con movimientos suaves.																													
9.	Centrifuga todos los tubos a 3,500 rpm (revoluciones por minuto), durante 30 segundos.																													
10.	Interpreta resultado.																													
11.	Revisa si se resolvió la discrepancia en su primera instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">¿Se resolvió la discrepancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas” (ver anexo 01-A y 01-B), “Bitácora de grupo sanguíneo y Rh” (ver anexo 02) y, en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 03). Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces	Sí	Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas” (ver anexo 01-A y 01-B), “Bitácora de grupo sanguíneo y Rh” (ver anexo 02) y, en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 03). Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente																							
¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces																													
Sí	Registra resultados en la “Solicitud de pruebas cruzadas” (ver anexo 01-A y 01-B), “Bitácora de grupo sanguíneo y Rh” (ver anexo 02) y, en el “Sistema informático de banco de sangre” (ver anexo 03). Fin de procedimiento																													
No	Continúa en la actividad siguiente																													



Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y Rh



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
12.	Químico de turno	Incuba los tubos a temperatura ambiente durante 15 min.						
13.		Centrifuga todos los tubos a 3,500 rpm, durante 30 segundos.						
14.		Interpreta resultado.						
15.		Revisa si se resolvió la discrepancia en su segunda instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se resolvió la discrepancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces	Sí	Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente
		¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces					
		Sí	Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento					
No		Continúa en la actividad siguiente						
16.		Incuba los tubos a 37°C (En incubadora) durante 15 min.						
17.		Centrifuga todos los tubos a 3,500 rpm, durante 30 segundos.						
18.		Interpreta resultado.						
19.		Revisa si se resolvió la discrepancia en su tercera instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Se resolvió la discrepancia?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces	Sí	Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento	No	Continúa en la actividad siguiente
		¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces					
		Sí	Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento					
No		Continúa en la actividad siguiente						
20.		Centrifuga todos los tubos a 3500 rpm, durante 30 segundos.						
21.		Incuba los tubos a 4°C (En el refrigerador de Concentrados Eritrocitarios) durante 15 min.						
22.		Interpreta resultado.						



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
23.	Químico de turno	Revisa si se resolvió la discrepancia en su cuarta instancia y así determinar claramente el grupo sanguíneo ABO y el Rh.	
		¿Se resolvió la discrepancia?	Entonces
		Sí	Registra resultados en la "Solicitud de pruebas cruzadas" (ver anexo 01-A y 01-B), "Bitácora de grupo sanguíneo y Rh" (ver anexo 02) y, en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03). Fin de procedimiento
No	Solicita nueva muestra y lista de medicamentos que se le están administrando al paciente y, notifica situación al médico encargado del depósito. Fin de procedimiento		

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Dra. Elba Angélica Orozco Loya. (Médico, que fungió como encargada del depósito de sangre)

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
EDTA	Es la forma de nombrar al ácido etilendiaminotetraacético. Trata de una sustancia usada como anticoagulante
rpm	Revoluciones por minuto
Sistema Informático de Banco de Sangre	Llamado HEMATIX, es el sistema de cómputo conectado en red con el banco de sangre donde se almacena y muestra información relacionada con los donadores, receptores y transfusiones realizadas.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
O49P-SD3	Procedimiento para la determinación el grupo sanguíneo ABO y Rh

Procedimiento para resolver discrepancias de grupo sanguíneo ABO y Rh



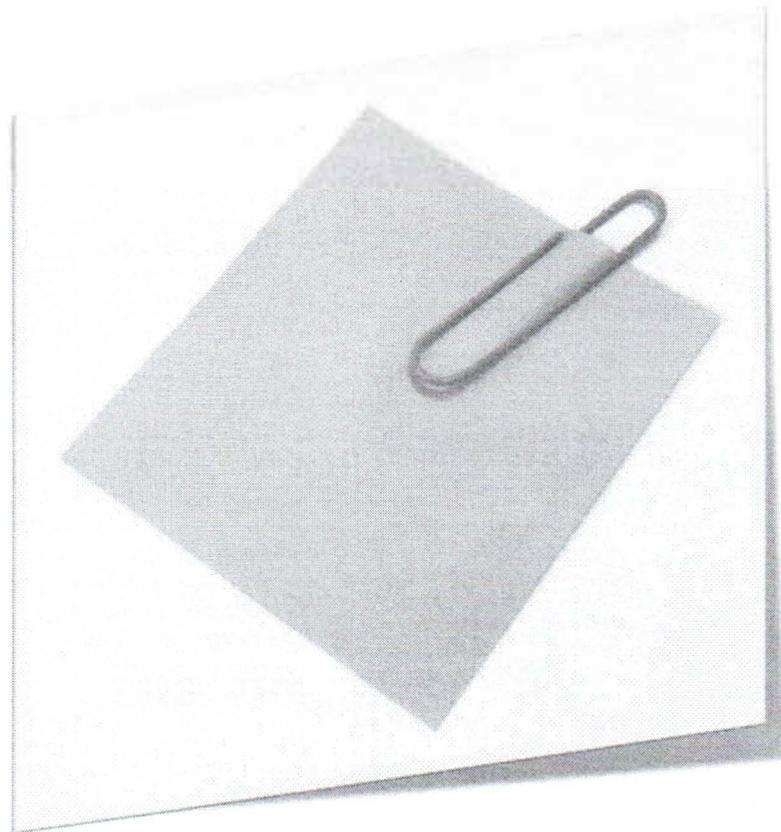
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N.A.	Anexo 01-A	Solicitud de pruebas cruzadas urgencias
N.A.	Anexo 01-B	Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N.A.	Anexo 02	Bitácora de grupo sanguíneo y Rh
N.A.	Anexo 03	Sistema informático de banco de sangre

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio del 2020	Ninguna	Segunda, por actualización del manual. Administración 2018-2021.

ANEXOS







Anexo 01-A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente
(formato sugerido)

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 32017200										
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE						
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA					
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido	SI	NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor									
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.									
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA		REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?							
PLASMAS FRESCO CONGELADO			*Dato requerido									
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO												
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:		RASTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
		S1 S2										
Información Importante Adicional:		A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA												
Hora: 24:00 H												
Firma:												



**Anexo 01-A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente
(formato sugerido)**

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> . No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> . No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO	PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO Indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO Indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA	FECHA		HORA
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> . No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> . No se Pega.	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO	PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO Indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO Indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA	FECHA		HORA



Anexo 01-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria
(formato sugerido)

Anverso

*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión	SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCEÑAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200													
	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE							
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA						
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA							
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?									
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI		NO						
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? Escriba el número de unidad [Ver recibo o comprobante de donación]											
CONCENTRADO DE ERITROCITOS		FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA			FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN									
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA									
PLASMAS FRESCO CONGELADO		En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE									
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS		OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:		RÁSTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
C. PLAQUETAS				S1	S2									
CRIOPRECIPITADO				A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.														
Quién recibe/ elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico						
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H														
Firma:														



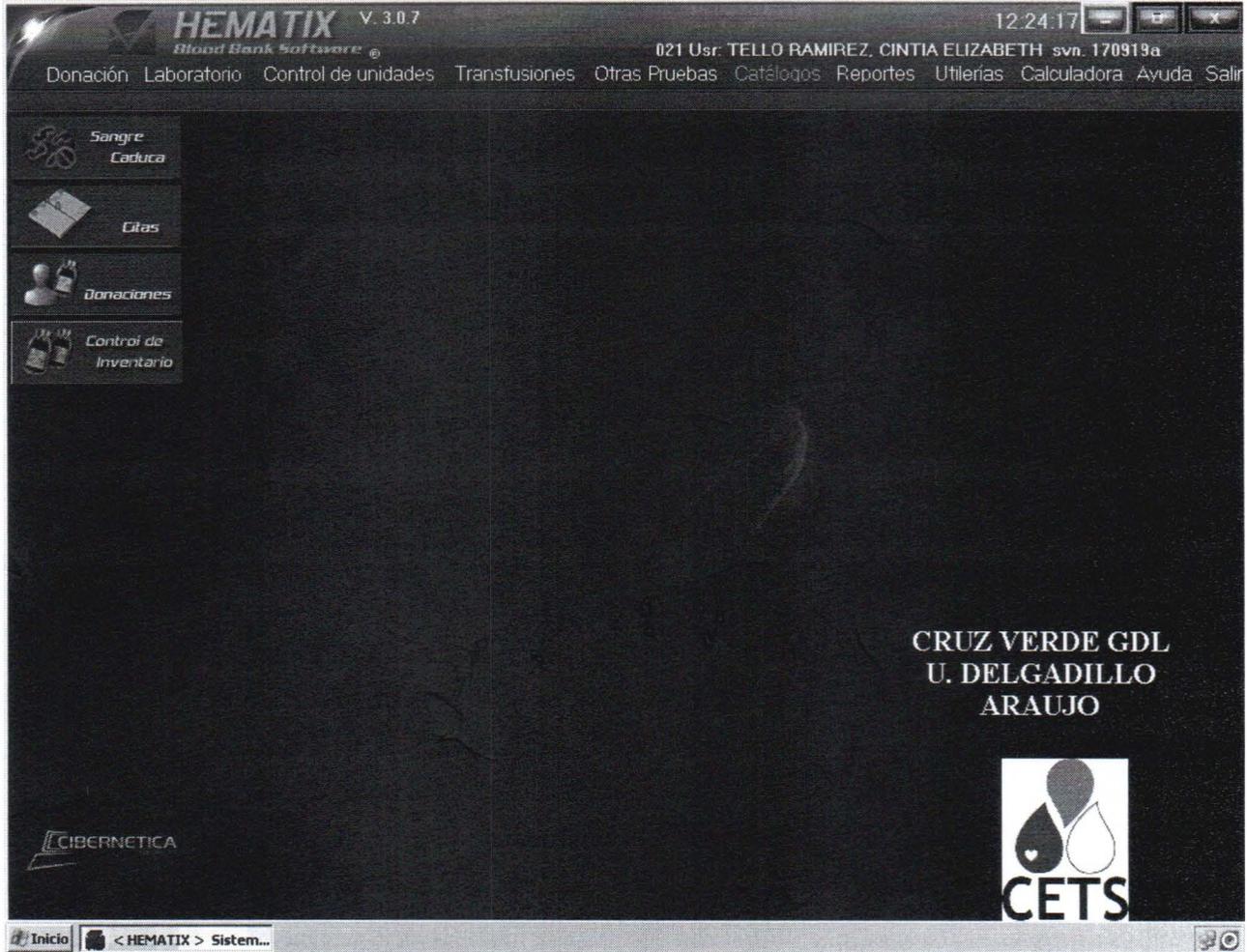
Anexo 01-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria
(formato sugerido)

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA															
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.								
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad						
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO					
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS									
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>									
FECHA				HORA				FECHA				HORA			
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.			Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE No se Pega.								
Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad			Fecha de Extracción de Unidad			Fecha de Caducidad de Unidad						
PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR		AUTOTESTIGO					
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS						NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS									
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>						NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>									
FECHA				HORA				FECHA				HORA			



Anexo 03: Sistema informático de banco de sangre





Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas

Clave: 051P-SD3_001

Documentación: 08 noviembre de 2017

Actualización: 30 de junio del 2020

Autorización

Nivel II



Servicios Médicos Municipales
Construcción de Comunidad

Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO

Proyectista

Vo. Bo.

DR. AGUSTÍN REYES MARTÍN DEL CAMPO

Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó:

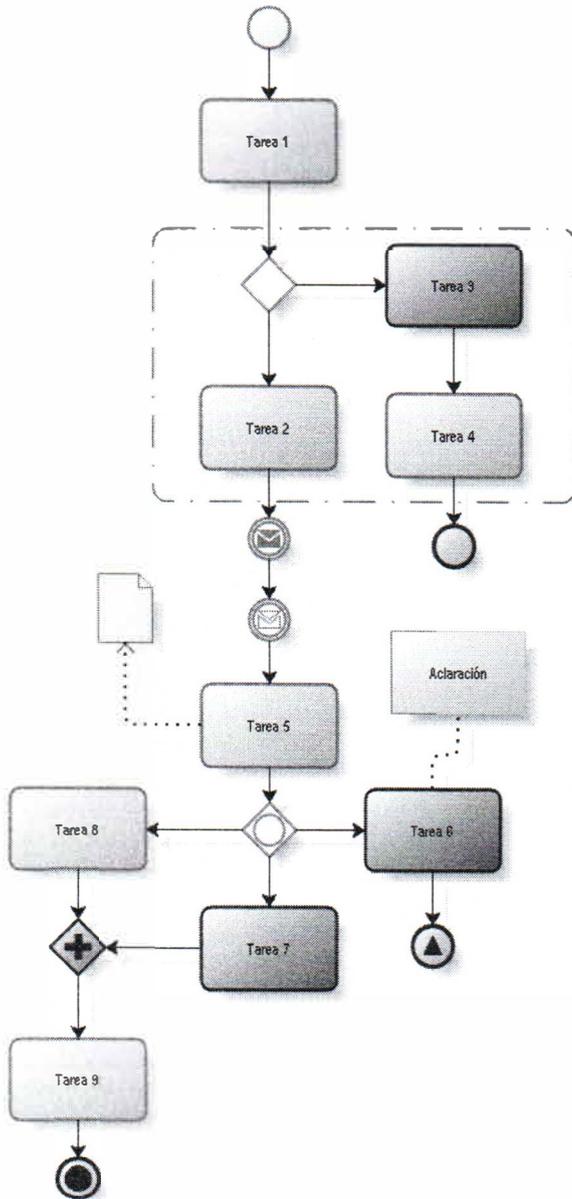
DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA

Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS

Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción
de Comunidad



**Construcción
de Comunidad**



**Servicios Médicos
Municipales**
Construcción
de Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	5
6.- Desarrollo:.....	7
7.- Colaboradores:.....	8
8.- Definiciones:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:	8
11. Descripción de Cambios	8
Anexos	9



**Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas
cruzadas**





1.- OBJETIVO

Unificar los criterios y pautar el procedimiento para la recepción de solicitudes para pruebas cruzadas en el depósito de sangre..

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando recibe una solicitud y muestra adecuadas para realizar pruebas cruzadas y termina cuando se colocan las etiquetas con folio de la solicitud en los tubos de la muestra y solicitud o cuando se **regresa** la solicitud por no cumplir y le notifica al médico responsable de la misma. .

Áreas que intervienen:

Depósito de Sangre

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
2. La forma correcta de llenado de solicitud, los formatos que le deben acompañar y la descripción de la muestra adecuada se encuentran detallados en el **029P-SD3 "Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes"**
3. En caso de regresar la solicitud por no cumplir, es responsabilidad del químico en turno notificarle al médico a cargo del depósito de sangre la situación.
4. Las muestras que se entreguen en el Laboratorio de Análisis Clínicos o, en el Depósito de Sangre y éstas se encuentren carentes de rotulo, deben tirarse (desecharse) de inmediato a RPBI, ello en apego a la norma en materia de disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Únicamente se procesarán muestras y se recibirán documentos cuando la muestra cumple con todos los requisitos.
5. En caso de Urgencia, el personal médico podrá solicitar verbalmente las pruebas cruzadas y hemocomponentes, siempre y cuando envíe el consentimiento informado y la muestra conforme a requisitos, en el entendido de que, al finalizar la urgencia, el personal médico solicitante, debe completar los requisitos del proceso de solicitud ordinario, con la finalidad de conformar: Expediente clínico y el expediente del Depósito de Sangre.

Nota:

En caso de que en Depósito de Sangre ya se cuente con una muestra del paciente de no más de 48 horas, puede prescindir de la nueva muestra y del consentimiento.



Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas



3.- REGLAS DE OPERACIÓN

6. Toda solicitud de pruebas cruzadas para paciente de cirugía programada debe entregarse al Depósito de Sangre con un mínimo de 24 horas de anticipación, en un horario de: antes de las 12:00 horas si el evento quirúrgico es en el turno matutino y antes de las 24:00 horas si el evento quirúrgico será en el turno vespertino.
7. Los hemocomponentes cruzados se apartarán, sólo por 24 horas, por lo que, en caso de posponer una cirugía, deben avisar de manera verbal al Depósito de Sangre para respetar sus componentes y no realizar pruebas de compatibilidad con ellos para otros pacientes.
8. Cuando se reciban solicitudes de hemocomponentes urgentes y no se cuenten con suficientes en stock en Depósito de Sangre, se debe dar prioridad a la urgencia, por tanto, se realizan pruebas de compatibilidad con los hemocomponentes que ya estaban cruzados o destinados para transfundir a pacientes de manera ordinaria; y en cuanto se repongan nuevas unidades al Depósito de Sangre, se realizarán nuevamente pruebas a quienes se les había dejado sin hemocomponentes.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento 007OG-DSMM_002 Manual de organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales

C. Políticas rectoras:

- * Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo, deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos.
- * Las unidades de atención a urgencias médicas, deben trabajar y documentar su actividad administrativa, práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica.

1.2.

Atención de Urgencias Médicas

- c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en área de hospitalización.
- h) Apoyar las acciones de innovación y modernización de los procesos de atención médica de urgencias y hospitalización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales en su conjunto.

Documento 008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"

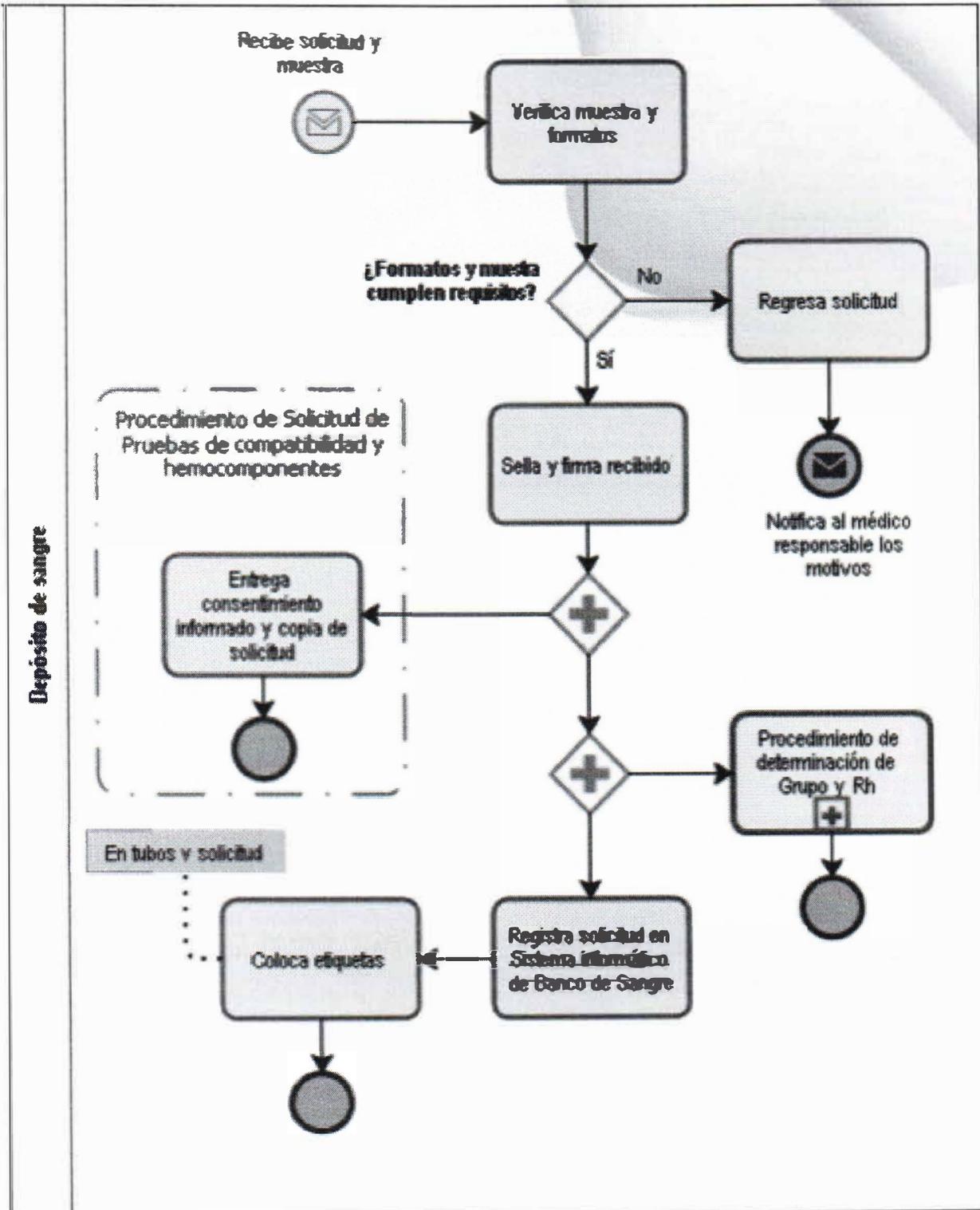
1. Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)

- f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación,
- i) Buscar el buen uso y conservación de los bienes patrimoniales y la optimización del uso de los insumos,

1.3.1 Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento

- b) Realizar estudios, análisis clínicos, patológicos, radiográficos y acciones terapéuticas, en apoyo a los diagnósticos médicos
- f) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.

5.- **MODELADO DE PROCESO.** Imagen general, no incluye detalles.





6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Químico de turno	Recibe solicitud y muestra para cruzar						
2.		Verifica que la muestra sea adecuada y que los formatos estén debidamente llenados						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Formatos y muestra cumplen requisitos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Regresa la solicitud a quién se la trajo y notifica al médico responsable de emitir la solicitud de las pruebas cruzadas, los motivos por los que no se recibió. Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Formatos y muestra cumplen requisitos?	Entonces	No	Regresa la solicitud a quién se la trajo y notifica al médico responsable de emitir la solicitud de las pruebas cruzadas, los motivos por los que no se recibió. Fin del procedimiento	Sí	Continúa en la actividad siguiente
		¿Formatos y muestra cumplen requisitos?	Entonces					
No		Regresa la solicitud a quién se la trajo y notifica al médico responsable de emitir la solicitud de las pruebas cruzadas, los motivos por los que no se recibió. Fin del procedimiento						
Sí		Continúa en la actividad siguiente						
3.	Sella y firma de recibido con fecha en los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Original y copia de "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" (ver anexo 01-A) u original y copia de "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" (ver anexo 01-B) ✓ "Hoja de consentimiento informado adulto" (ver anexo 02-A) u "Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz" (ver anexo 02-B) 							
4.	A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla:							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarea paralela</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Entrega copia de "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o de la "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" y la "Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz" con la leyenda de cuántos y qué tipo de hemocomponentes están solicitando. Esta actividad se encuentra dentro del "<u>Procedimiento de Solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3</u>". Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Entrega copia de "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o de la "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" y la "Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz" con la leyenda de cuántos y qué tipo de hemocomponentes están solicitando. Esta actividad se encuentra dentro del " <u>Procedimiento de Solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3</u> ". Fin del procedimiento	Por el otro lado	Continúa en la actividad siguiente	
Tarea paralela	Entonces							
Por un lado	Entrega copia de "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o de la "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" y la "Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz" con la leyenda de cuántos y qué tipo de hemocomponentes están solicitando. Esta actividad se encuentra dentro del " <u>Procedimiento de Solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes 029P-SD3</u> ". Fin del procedimiento							
Por el otro lado	Continúa en la actividad siguiente							
5.	A continuación, siguen dos actividades paralelas, las cuales se describen en la siguiente tabla:							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Tarea paralela</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Realiza el "<u>Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh 049P-SD3</u>". Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Continua en la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	Tarea paralela	Entonces	Por un lado	Realiza el " <u>Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh 049P-SD3</u> ". Fin del procedimiento	Por el otro lado	Continua en la actividad siguiente	
Tarea paralela	Entonces							
Por un lado	Realiza el " <u>Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh 049P-SD3</u> ". Fin del procedimiento							
Por el otro lado	Continua en la actividad siguiente							
6.	Registra la "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o la "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" en el "Sistema informático de banco de sangre" (ver anexo 03)							

Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
7.	Químico de turno	Imprime las etiquetas de identificación que emite el "Sistema informático de banco de sangre"
8.		Coloque las etiquetas en lo siguiente: ✓ "Solicitud de pruebas cruzadas urgente" o la "Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria" y en, ✓ Tubo para muestra piloto del receptor. Fin del procedimiento

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación
•

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Es un componente sanguíneo, por ejemplo: glóbulos rojos o eritrocitos, plasma fresco, plaquetas, etc.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
029P-SD3	Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes
049P-SD3	Procedimiento para la determinación de grupo sanguíneo ABO y Rh

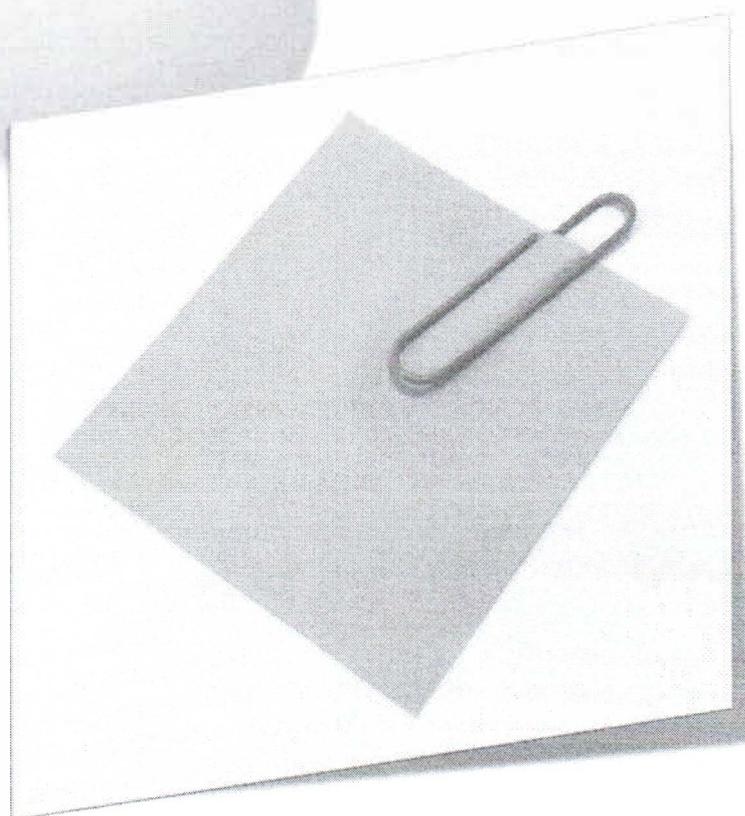
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01-A Solicitud de pruebas cruzadas urgente
N.A.	Anexo 01-B Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N.A.	Anexo 02-A Hoja de consentimiento informado adulto
N.A.	Anexo 02-B Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz
N.A.	Anexo 03 Sistema informático de banco de sangre

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio del 2020		Segunda, por actualización del manual. Administración 2018-2021.

ANEXOS





Procedimiento de recepción de solicitud para pruebas cruzadas



Anexo 01 A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente (formato sugerido)

Anverso

De conformidad a la NOM 253: Solicitud telefónica 36 13 46 79 y comprometerse a mandar formatos completos en caso de Apremio

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200											
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE							
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD		MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA						
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA						
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?								
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido	SI	NO							
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.										
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA			REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?							
PLASMAS FRESCO CONGELADO			*Dato requerido										
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA							
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE							
CRIOPRECIPITADO													
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:			RASTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
			S1	S2									
Información Importante Adicional:			A	B	AB	D	CD	CM	A1	AZ	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico					
Fecha: DD-MM-AA													
Hora: 24:00 H													
Firma:													



Anexo 01 A: Solicitud de pruebas cruzadas urgente
Reverso (formato sugerido)

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE , No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE , No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE , No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE , No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE , No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser INCOMPATIBLE , No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	



Anexo 01 B: Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
(formato sugerido)

Anverso

*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		 SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS <small>MARIANO BARCENAS 997, BO. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200</small> 												
		NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR			SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIENTE						
DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD			MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL			SERVICIO	PISO/SALA	CAMA						
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA							
TRANSFUSIONES PREVIAS				TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL	No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?								
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última		*Valor requerido	SI	NO							
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? <small>Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)</small>											
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA			FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN								
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS														
PLASMAS FRESCO CONGELADO														
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA								
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE								
CRIOPRECIPITADO														
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:				RASTREO ANTICUERPOS IRREG.			PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN							
				S1	S2									
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.				A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	D	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico					
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H														
Firma:														



Anexo 01 B: Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
(formato sugerido)

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGIA					
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	
Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad	
Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.		Etiqueta de Cruce de Unidad		Etiqueta de compatibilidad. De ser <u>INCOMPATIBLE</u> No se Pega.	
Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad	
Fecha de Caducidad de Unidad		Fecha de Extracción de Unidad		Fecha de Caducidad de Unidad	
PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR	AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR	PRUEBA MENOR
AUTOTESTIGO		PRUEBA MAYOR		PRUEBA MENOR	
NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS			NOMBRE Y FIRMA DEL QFB QUE REALIZA LAS PRUEBAS		
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO <small>Indicar puesto o cargo</small>		
FECHA		HORA		FECHA	
HORA		FECHA		HORA	



Anexo 02 A: Hoja de consentimiento informado de adulto
(formato sugerido)



**SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS**



Yo: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) PACIENTE	EDAD	HOMBRE	MUJER
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	REGISTRO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO	

Domicilio en:

CALLE	NUM EXT/INT	COLONIA	CP	MUNICIPIO	(Lada) TELEFONO
-------	-------------	---------	----	-----------	-----------------

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.

Declaro que lei y entendí la información y el material educativo proporcionado.

Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____.

Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"; puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.

Yo C. _____ declaro bajo protesta de decir la verdad, que soy una persona en pleno uso de mis facultades, libre, capaz y responsable para decidir sobre mis actos, consciente de mis deberes y obligaciones, que tengo la capacidad legal y estoy en pleno uso de mis derechos políticos y civiles. Que conozco el contenido de este documento, lo legítimo con la firma de mi puño y letra porque no existe error ni dolo de mi parte; cumpliendo así con las disposiciones legales vigentes para este acto médico. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

En el caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.

DATOS DEL MÉDICO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) MÉDICO	
ESPECIALIDAD	ESPECIFICAR RESIDENTE O ADSCRITO	FIRMA	
		TESTIGO	
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) TESTIGO	FIRMA
CEDULA PROFESIONAL (Si aplica)		No. ID. (Especificar: IFE, Cartilla, Licencia o Pasaporte)	
DOMICILIO: CALLE	NUM EXT/INT	COLONIA	CP
			MUNICIPIO
			(Lada) TELEFONO

Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____
Tel: 12017200



Anexo 02 B: Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz
(formato sugerido) Anverso



**SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES
UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES**



Causa por la que ejerce el consentimiento _____ Para: _____

PACIENTE: NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	MASC	FEM
REGISTRO	No. AFILIACION SEGURO POPULAR	SERVICIO	DIAGNOSTICO		
CALLE	NUMERO EXT/INT		COLONIA		
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)		

QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO (PADRE, MADRE, TUTOR)

YO:					
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	HOMBRE	MUJER
OCUPACION	ESTADO CIVIL	VINCULO CON EL PACIENTE	IDENTIFICACIÓN (especificar tipo y número)		
CALLE	NUMERO EXT/INT		COLONIA		
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)	CORREO ELECTRONICO	

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.
Declaro que lei y entendí la información y el material educativo proporcionado.
Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____
Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos". Y puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.
Conociendo y entendiendo los riesgos, doy mi consentimiento por propia voluntad, con pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de causa consiento la transfusión de sangre y productos sanguíneos para el paciente _____. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

En caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.

Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____
Tel: 12017200

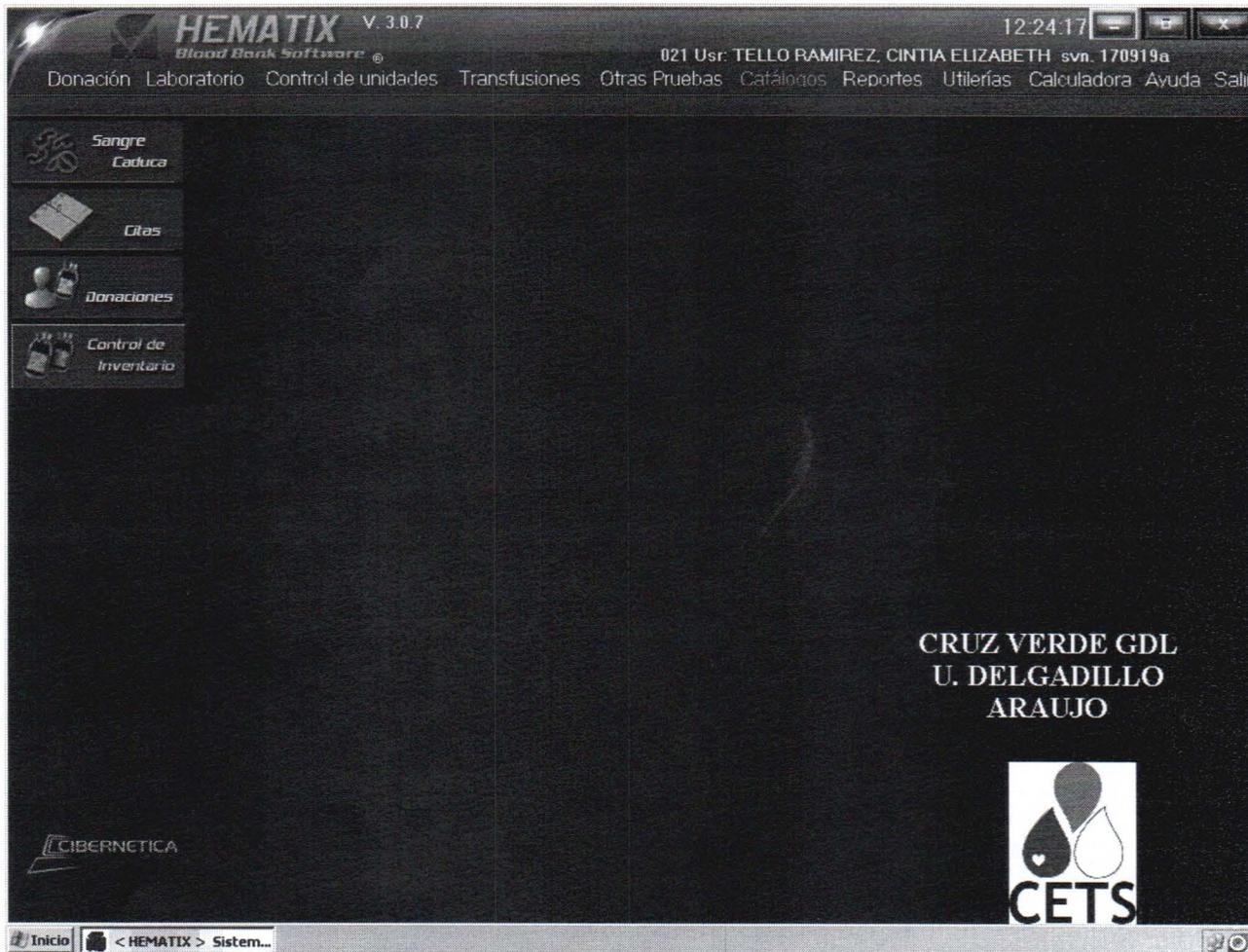


Anexo 02 B: Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz (formato sugerido) Reverso

 Guanajuato	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES	 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad
DATOS DEL MÉDICO		
MÉDICO:		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
FIRMA	CEDULA PROFESIONAL MEDICO	CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD
TESTIGO:		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD HOMBRE MUJER
CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO TELEFONO (LADA)
TESTIGO		
TESTIGO:		
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD HOMBRE MUJER
CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO TELEFONO (LADA)



Anexo 03: Sistema informático de banco de sangre
(formato sugerido)





Guadalajara
La Ciudad

Procedimiento de traslados, atención Informativa y seguimiento del servicio

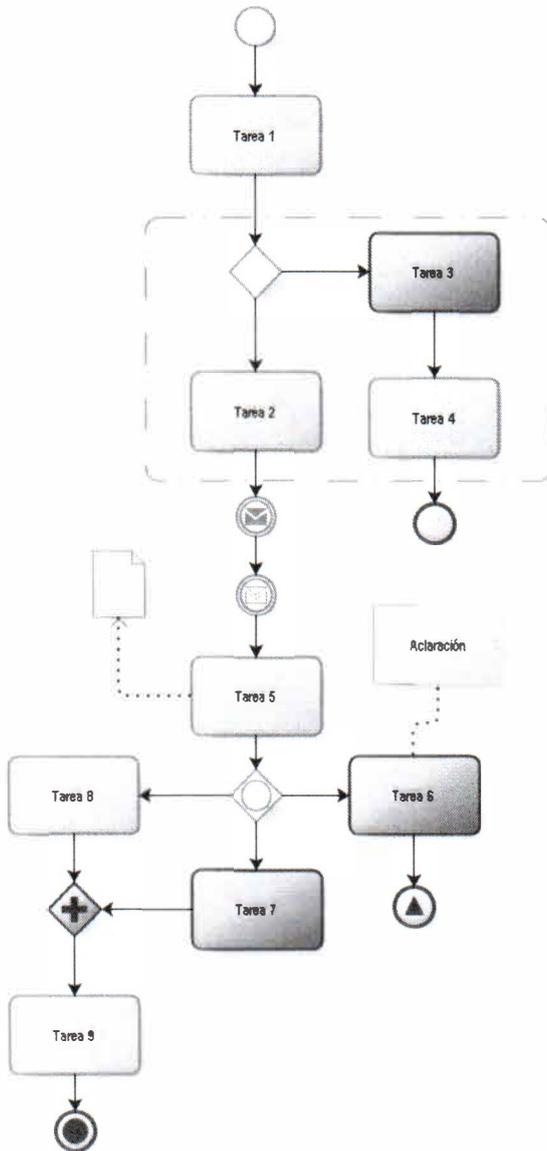
Clave: 054P-SD2_002

Documentación: 23 de noviembre del 2017

Actualización: 30 de junio del 2020

Autorización

Nivel II



Servicios Médicos
Municipales
Construcción
de Comunidad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Atención Prehospitalaria
(Centro de Comunicaciones)

Autorizaciones

Elaboró:

L.A.E. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.:

TAMP. CESAR DÍAZ AVELAR
Atención Prehospitalaria

Autorizó:

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales



Construcción
de Comunidad



**Servicios Médicos
Municipales**
Gestión
de la Comunidad

Departamento de Innovación y Desarrollo
Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2018-2021





ÍNDICE

Pág.

1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso	7
6.- Desarrollo:	7
7.- Colaboradores:.....	12
8.- Definiciones:.....	12
9.- Documentos de Referencia:.....	12
10.- Formatos Utilizados:	13
11. Descripción de Cambios	13
Anexos	15



1.- OBJETIVO

Lograr que los traslados de servicios lleguen a buen término, en tiempo y forma obteniendo resultados óptimos en los traslados realizados por el paramédico, apoyando de gran medida la claridad que la información que el Técnico Radioperador proporciona.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia, cuando se recibe una llamada y se solicita un servicio de traslado y, termina cuando el paramédico reporta a Centro de Comunicaciones (Cabina) que terminó su servicio y retorna a su base.

Áreas que intervienen:

Técnico Radioperador, Coordinador Operativo y Coordinador de Unidad.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.

- Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
- Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
- Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
- Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.

2. Políticas en materia de radiocomunicaciones

La forma en que las transmisiones de radio se realizan, demuestra la eficiencia de una organización y la actitud de sus integrantes al mantener una disciplina constante y profesional. Es por ello por lo que, al aplicar estos lineamientos en el uso del radio, se hará expedita la entrega del mensaje y se mejorarán las relaciones de trabajo entre todos los involucrados en la atención de emergencias médicas.

2.1. Para lograr una mayor eficiencia en el uso de la radio se debe cumplir con lo siguiente:

- I. Las transmisiones deben ser precisas, breves, puntuales y tener una velocidad de transferencia pausada.



3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- II. Los mensajes se deben hablar a través de frases completas en forma clara y utilizar el tono de una conversación normal.
- III. Se deben transmitir mensajes apropiados, profesionales; así como utilizar las designaciones oficiales, títulos, claves, o números económicos.
- IV. Las transmisiones deben realizarse donde el ruido de la sirena interfiera lo menos posible con la comunicación
- V. Antes de transmitir un mensaje organiza las ideas y asegúrate que los canales están libres para transmitir el mensaje.
- VI. Las transmisiones deben realizarse donde el ruido de la sirena interfiera lo menos posible con la comunicación.
- VII. Al notificar que se está acudiendo al despacho de una emergencia o, al llegar al lugar de le emergencia o, cuando se encuentre disponible o, en cualquier mensaje, primero se debe identificar la unidad que llama y posterior a ello, transmitir el mismo.
- VIII. Mantener en buen estado los equipos de radio durante y después de su uso.
- IX. Al terminar de utilizar el equipo, este de debe asegurar en la posición correcta para que el micrófono permanezca cerrado y sin dañar el tráfico radial.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_002 Manual de Organización de cruz verde
Funciones	
1.1 Atención Prehospitalaria	
c)	Participar activamente en la implementación de un sistema de gestión de la calidad de los procesos prehospitalarios.
q)	En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.
1.2 Atención de Urgencias Médicas	
c)	Coordinar de forma efectivas el trabajo operativo de las diferentes unidades médicas
d)	Coordinarse con la Atención Prehospitalaria para en cualquier situación de urgencia por enfermedad o accidente de manera oportuna y eficaz.



Documento	008OE-CV_002 Manual de Organización Específico de Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
<p>1. Unidad Médica de Urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Implementar las acciones necesarias para acreditar las unidades médicas de urgencias y buscar la certificación de ser necesaria o de acuerdo con instrucciones superiores, b) Coadyuvar para que se dé atención...a la población, que demanda...con calidad y humanitarismo, d) Identificar las principales causas de atención y la cantidad de demanda solicitada, a fin de planificar la organización de los recursos humanos. e) Participar en la...ejecución de acciones...coordinadas ante las contingencias de salud en el municipio <p>1.1 Servicios de Atención Prehospitalaria</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Estar alertas a los llamados de emergencia y tomar acción de los códigos que se indique por Centro de Comunicaciones, (Cabina) para llegar al lugar de los hechos oportunamente con seguridad, f) Notificar a Centro de Comunicaciones la finalización del servicio, así como, mantenerse en comunicación con la Coordinación Operativa, i) Participar en la documentación de los procedimientos del área en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica, l) Aplicar, aquellas actividades señaladas en los procedimientos/Manuales de Procedimientos autorizados por la Dirección de Servicios Médicos y H. Ayuntamiento de Guadalajara, en donde se indique su participación, 	



Instituto
La Ciudad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de traslados, atención Informativa y seguimiento del servicio

Clave: 054P-SD2_002

Documentación: 23 de noviembre del 2017

Actualización: 30 de junio del 2020



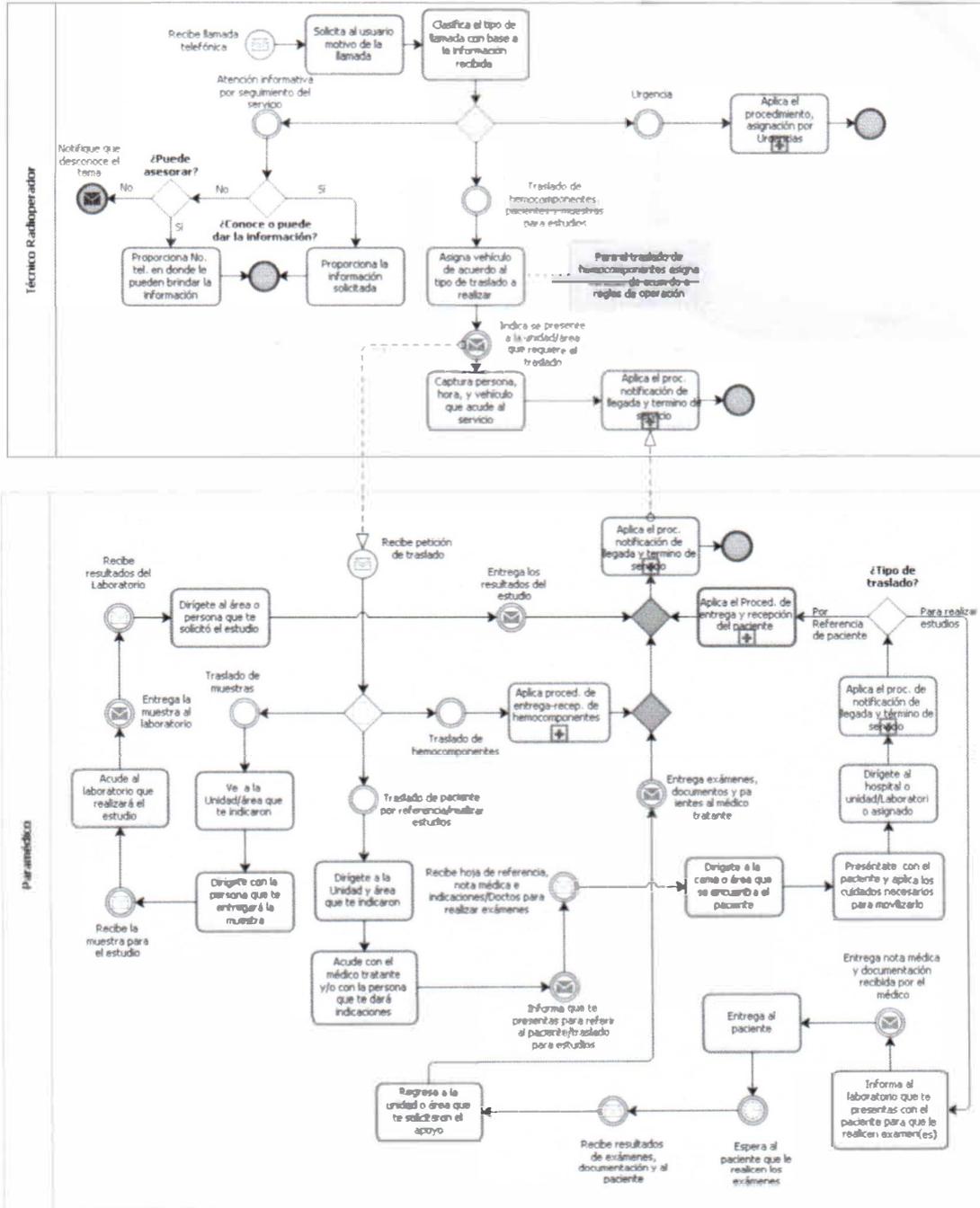
Página 6

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Atención Prehospitalaria
Centro de Comunicaciones



5.- MODELADO DE PROCESO. Imagen general, no incluye detalle





La Ciudad

Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de traslados, atención Informativa y seguimiento del servicio

Clave: 054P-SD2_002

Documentación: 23 de noviembre del 2017

Actualización: 30 de junio del 2020



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Atención Prehospitalaria
Centro de Comunicaciones

Página

8



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad								
1.	Técnico Radioperador	Recibe y atiende llamada telefónica, solicita al usuario que te proporcione el motivo de su llamada								
2.		<p>Clasifica el tipo de llamado con base a la información recibida, y procede de acuerdo con la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de llamado</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencia</td> <td>Aplica el "<u>Procedimiento de asignación por Urgencia 056P-SD2</u>" Fin del Procedimiento</td> </tr> <tr> <td>Traslado de hemocomponentes, pacientes y muestras para estudios</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>Atención informativa por seguimiento de servicios</td> <td>Aplica la actividad 28</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de llamado	Entonces	Urgencia	Aplica el " <u>Procedimiento de asignación por Urgencia 056P-SD2</u> " Fin del Procedimiento	Traslado de hemocomponentes, pacientes y muestras para estudios	Continúa en la siguiente actividad	Atención informativa por seguimiento de servicios	Aplica la actividad 28
Tipo de llamado		Entonces								
Urgencia		Aplica el " <u>Procedimiento de asignación por Urgencia 056P-SD2</u> " Fin del Procedimiento								
Traslado de hemocomponentes, pacientes y muestras para estudios	Continúa en la siguiente actividad									
Atención informativa por seguimiento de servicios	Aplica la actividad 28									
3.	<p>Asigna vehículo de acuerdo con el tipo de traslado a realizar</p> <p>Nota:</p> <p>Para el traslado de hemocomponentes asigna vehículo de acuerdo con las Reglas de Operación descritos en el "<u>Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes 031P-SD3</u>"</p>									
4.	<p>Por un lado, Indica al paramédico, se presente a la Unidad/área que requiere el traslado, y por otro lado captura en forma virtual en el programa "<u>Captura de servicios en cabina</u>" (Ver anexo 01) el nombre de la persona, hora y vehículo que acude al servicio. Aplica el "<u>Procedimiento de notificación de llegada y término del servicio.055P-SD2</u>"</p> <p>Nota:</p> <p>En todo momento deberás mantenerte alerta ante cualquier escenario que se presente en el servicio.</p>									



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad								
5.	Paramédico	<p>Recibe petición de traslado y determina acción a seguir con base al servicio que se presente, y procede de acuerdo con la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de Servicio de traslado</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Traslado de hemocomponentes</td> <td> <p>Aplica el <u>"Procedimiento de entrega y recepción de hemocomponentes 031P-SD3"</u> y posteriormente, el <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término del servicio.055P-SD2"</u></p> <p>Fin del procedimiento</p> </td> </tr> <tr> <td>Traslado de paciente por referencia/Realizar estudios</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Traslado de muestras</td> <td>Aplica la actividad 22</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de Servicio de traslado	Entonces	Traslado de hemocomponentes	<p>Aplica el <u>"Procedimiento de entrega y recepción de hemocomponentes 031P-SD3"</u> y posteriormente, el <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término del servicio.055P-SD2"</u></p> <p>Fin del procedimiento</p>	Traslado de paciente por referencia/Realizar estudios	Continúa en la actividad siguiente	Traslado de muestras	Aplica la actividad 22
Tipo de Servicio de traslado		Entonces								
Traslado de hemocomponentes		<p>Aplica el <u>"Procedimiento de entrega y recepción de hemocomponentes 031P-SD3"</u> y posteriormente, el <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término del servicio.055P-SD2"</u></p> <p>Fin del procedimiento</p>								
Traslado de paciente por referencia/Realizar estudios		Continúa en la actividad siguiente								
Traslado de muestras	Aplica la actividad 22									
6.	Dirígete a la Unidad y área que te indicaron									
7.	Acude con el médico tratante y/o con la persona que te dará indicaciones									
8.	Informa que te presentas para referir al paciente /traslado para estudios									
9.	Recibe del médico tratante hoja de referencia, nota médica e indicaciones/Documents para realizar exámenes									
10.	Paramédico	Dirígete a la cama o área que se encuentra el paciente,								
11.		preséntate con el paciente y/o familiar y dile(s) el servicio indicado por el médico tratante y que procederás a realizarlo. Aplica los cuidados necesarios para movilizarlo								
12.		Dirígete al hospital o unidad/Laboratorio asignado								
13.		Aplica el <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término de servicio 005P-SD2"</u>								
14.		<p>Determina acción a seguir con base al traslado que estás realizando, y procede de acuerdo con la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo traslado</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Para realizar estudios</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> <tr> <td>Por referencia de pacientes</td> <td> <p>Aplica el <u>"Procedimiento de entrega y recepción del paciente"</u>. Y posteriormente el, <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término de servicio 005P-SD2"</u></p> <p>Fin del procedimiento</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Tipo traslado	Entonces	Para realizar estudios	Continúa en la siguiente actividad	Por referencia de pacientes	<p>Aplica el <u>"Procedimiento de entrega y recepción del paciente"</u>. Y posteriormente el, <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término de servicio 005P-SD2"</u></p> <p>Fin del procedimiento</p>		
Tipo traslado	Entonces									
Para realizar estudios	Continúa en la siguiente actividad									
Por referencia de pacientes	<p>Aplica el <u>"Procedimiento de entrega y recepción del paciente"</u>. Y posteriormente el, <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término de servicio 005P-SD2"</u></p> <p>Fin del procedimiento</p>									



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
15.		Informa al personal de laboratorio que te presentas con el paciente para que le realicen examen(es)						
16.		Entrega nota médica, documentación recibida por el médico y paciente						
17.		Espera al paciente que le realicen los exámenes						
18.		Recibe al paciente, resultados de exámenes y documentación						
19.		Regresa a la unidad o área que te solicitaron el apoyo						
20.		Entrega exámenes, documentos y paciente al médico tratante						
21.		Aplica el <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término de servicio 005P-SD2"</u> Fin del Procedimiento						
22.		Ve a la Unida/área que te indicaron, y dirígete con la persona que te entregará la muestra						
23.		Recibe la muestra para el estudio,						
24.		Acude, al laboratorio que realizará el estudio y entrégale la muestra						
25.		Recibe los resultados del laboratorio						
26.		Dirígete al área o persona que te solicito el estudio y entrégale los resultados						
27.		Aplica el <u>"Procedimiento de notificación de llegada y término de servicio 005P-SD2"</u> Fin del Procedimiento						
28.	Técnico radioperador	Determina, si conoces o puedes dar la información						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Conoce o puede dar la información?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Proporciona la información solicitada Fin de procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Conoce o puede dar la información?	Entonces	Sí	Proporciona la información solicitada Fin de procedimiento	No	Continúa en la siguiente actividad
		¿Conoce o puede dar la información?	Entonces					
Sí	Proporciona la información solicitada Fin de procedimiento							
No	Continúa en la siguiente actividad							



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
29.	Paramédico	Determina si puedes asesorar a la persona	
		¿Puedes asesorar?	Entonces
		Sí	Proporciona N°. Tel. en donde le pueden brindar información Fin del procedimiento
No	Notifica que desconoces el tema Fin del procedimiento		

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación
<ul style="list-style-type: none"> Lic. Beatriz Aceves Huerta

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Centro de Comunicaciones	Organismo encargado de recibir, administrar, transmitir y procesar información relativa a la emergencia con unidades superiores, subordinados y externos para el cumplimiento de la misión.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
007OG-DSMM_001	Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
008OE-DSMM_001	Manual de Organización específico de unidad médica de urgencias "Cruz verde"
055P-SD2	Procedimiento de notificación de llegada y termino de servicio



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de traslados, atención Informativa y seguimiento del servicio

Clave: 054P-SD2_002

Documentación: 23 de noviembre del 2017

Actualización: 30 de junio del 2020



10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A	Anexo 01 Captura de servicios en cabina

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	30 de junio del 2020	Ninguna	Segunda vez, cambio de Administración 2018-2021

ANEXOS





Anexo 01: Captura de servicios en cabina

(Formato Sugerido)

Cabina: Base de datos (Formato de archivo de Access 2000) - Microsoft Access

Inicio

frm_Captura

GUADALAJARA
GOBIERNO MUNICIPAL

Captura de servicios en cabina

Folio servicio: 21737

fecha de llamada: 15/01/2018

hora de llamada: 09:59

hora de arribo:

Tipo de servicio inicial: CAIDO DESDE ALTURA

Tipo de servicio final:

Codigo del servicio inicial:

Codigo del servicio final:

Domicilio: VOLCAN BARCENA

Cruce: VOLCAN ATITLAN Y CAYAMBE

Colonia: PANORAMICA

Telefono: 36

Numero de Reporte CEINCO: 168

Dependencia que reporta:

Observaciones:

Traslado a unidad:

Unidad de emergencia: 42

Chofer:

Paramédico:

Radiooperador:

Guardar Nuevo Primero Anterior Siguiente Ultimo Cerrar

1440 x 900pixeles Tamaño: 142.4KB



Autorización

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Dictamen Técnico-Médico Prehospitalario:

DR. JOSÉ BENITO ROJO MENCHACA
Subdirector de Urgencias Médicas

Dictamen Técnico-Administrativo:

DR. JOSÉ PRECIADO SOLTERO
Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación

Autorizó

DR. MIGUEL ÁNGEL ANDRADE RAMOS
Director de Servicios Médicos Municipales

Visto Bueno

MTRO. ALEJANDRO ÍÑIGUEZ VARGAS
Jefe del departamento de la gestión de Calidad

SAUL EDUARDO JIMÉNEZ CAMACHO.
Director de Innovación Gubernamental

Fecha de Autorización

22-Febrero-2021





Guadalajara
La Ciudad

UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACIÓN

Tomo II



**Servicios Médicos
Municipales**
Comisión
de Salud Pública