

SUPLEMENTO. Tomo I. Ejemplar 19. Décima Séptima Sección. Año 101. 6 de febrero de 2018

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. COORDINACIÓN GENERAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA
COMUNIDAD. DIRECCIÓN SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES. URGENCIAS**

DIRECTORIO



Maestro Juan Enrique Ibarra Pedroza
Presidente Municipal de Guadalajara

Maestro Oscar Villalobos Gámez
Secretario General

Licenciado Luis Eduardo Romero Gómez
Director de Archivo Municipal

Comisión Editorial

Mónica Ruvalcaba Osthoff
Mirna Lizbeth Oliva Gómez
Karla Alejandrina Serratos Ríos
Gloria Adriana Gasga García
Lucina Yolanda Cárdenas del Toro

Registro Nacional de Archivo Código

MX14039 AMG

Archivo Municipal de Guadalajara
Esmeralda No. 2486
Col. Verde Valle
C.P. 44550 Tel/Fax 3122 6581

Edición, diseño e impresión

Esmeralda No. 2486
Col. Verde Valle
C.P. 44550 Tel/Fax 3122 6581

La Gaceta Municipal es el órgano oficial del
Ayuntamiento de Guadalajara

Gaceta Municipal

Fecha de publicación: 6 de febrero de 2018

SUMARIO

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS. COORDINACIÓN
GENERAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA
COMUNIDAD. DIRECCIÓN DE SERVICIOS
MÉDICOS MUNICIPALES. URGENCIAS**



Gobierno de
Guadalajara



Unidad Médica de Urgencias



Documento de Referencia

Manual de Procedimientos de Urgencias

Elaboración: 05 de mayo del 2016 Actualización: 9 de diciembre del 2016 Nivel: II

Autorización: **25 de enero del 2017**



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



Autorización

Elaboró



DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe del Departamento de Innovación y Desarrollo

Dictamen Técnico-Administrativo:



DR. ARTURO MÚZQUIZ PEÑA
Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación

Dictamen Técnico-Médico:



DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Validó:



DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales

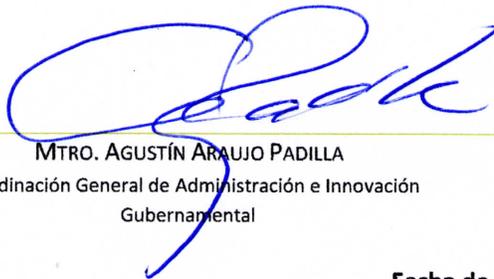
Aprobó



ING. BERNARDO FERNÁNDEZ LABASTIDA
Coordinador General de Construcción de Comunidad

Autorizó

Artículo 94 del Reglamento de la Administración Pública Municipal de Guadalajara



MTRO. AGUSTÍN ARAUJO PADILLA
Coordinación General de Administración e Innovación
Gubernamental



ING. ENRIQUE ALFARO RAMÍREZ
Presidente Municipal de Guadalajara

Fecha de Autorización

25 de enero del 2017



Presentación

El Manual de Procedimientos de urgencia, 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 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 visitantes 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. Fernando Petersen Aranguren**, ha instruido que la atención médica en urgencias, 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.

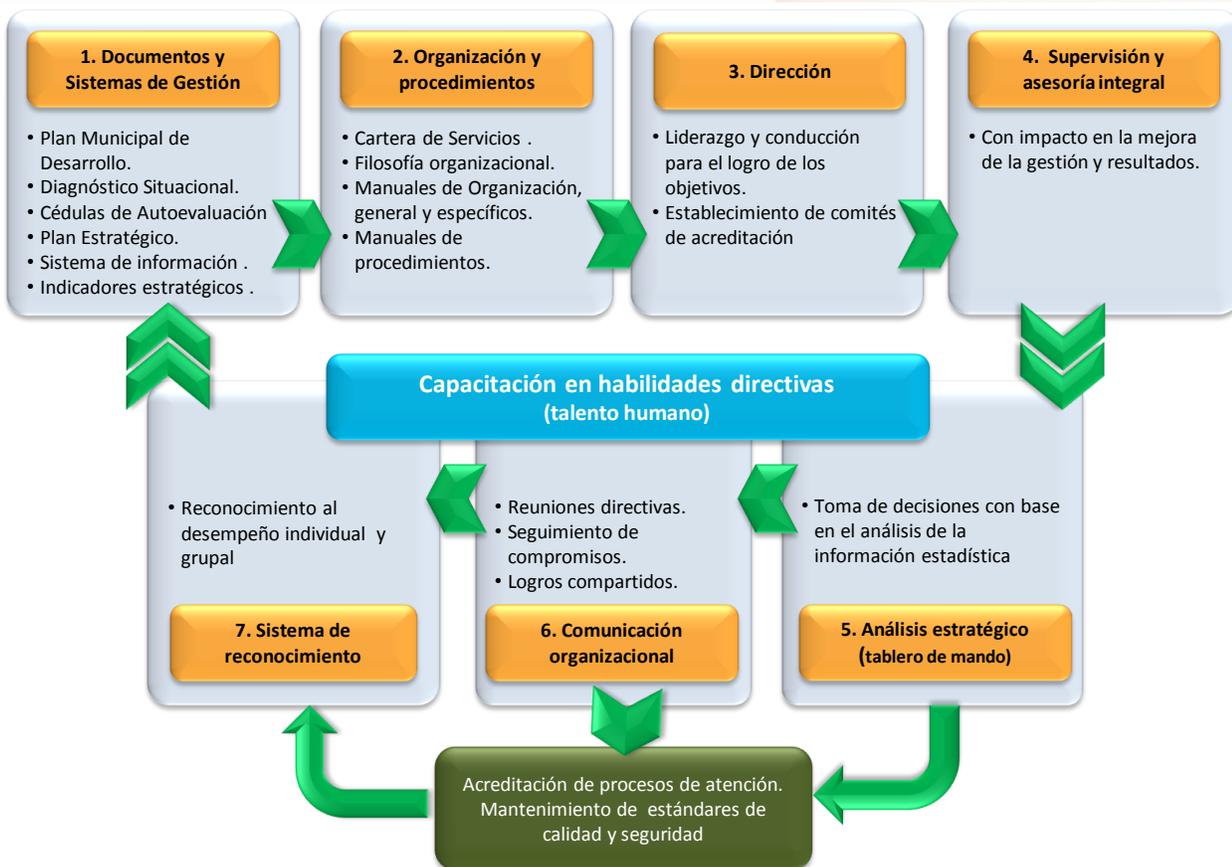
LA CALIDAD EN SERVICIOS MÉDICOS.

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

- Procedimiento para la clasificación de urgencias en triage
- Procedimiento para la atención de médica en área de triage.
- Procedimiento para la atención de urgencias
- Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico
- Procedimiento para la programación quirúrgica
- Procedimiento para otorgar consulta preanestésica
- Procedimiento para clasificación, recolección y disposición del RPBI
- Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes
- Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre
- Procedimiento para la entrega –recepción de hemocomponentes

Documento de Referencia

Dirección de Servicios Médicos Municipales Subdirección de Atención de Urgencias Médicas Unidad Médica de Urgencias



Dirección de Servicios Médicos Municipales 2015 - 2018.

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.**



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.



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 conseguir los 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.

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”.

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 apearse a las guías de práctica clínica.



Fundamento Legal

Ordenamiento: Reglamento de la Administración Pública Municipal de Guadalajara.

Título Sexto: Coordinaciones Generales.

Capítulo I: Disposiciones Comunes

Artículo 94. Los manuales de organización y procedimientos de las dependencias deben ser propuestos por los titulares de las mismas, autorizados por el Presidente Municipal y por la Coordinación General de Administración e Innovación Gubernamental y en consecuencia, de observancia obligatoria para los servidores públicos municipales.

Asimismo, el Presidente Municipal debe expedir los acuerdos, circulares internas y otras disposiciones particulares necesarias para regular el funcionamiento de las dependencias que integran la administración pública municipal.

Capítulo VI Coordinación General de Construcción de Comunidad.

Sección Quinta: Dirección de Servicios Médicos Municipales.

Artículo 149. 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. Planear, dirigir y controlar los programas que se instrumenten en el municipio en materia de salud, así como su operación;
- III. Mejorar la cobertura de servicios de salud para urgencias médicas, atendiéndolas en tiempo, ya sea por accidente o por enfermedad;
- IV. Promover programas de activación física en lugares públicos, para impulsar estilos de vida sana, y trabajar en la prevención de enfermedades de mayor prevalencia y costo social, en coordinación con las dependencias competentes;
- V. Operar un sistema sanitario de atención, con vinculación funcional de todas las instituciones públicas y privadas del sector salud que actúan en el municipio;
- VI. Emprender la reingeniería del sistema de salud, en correspondencia con el nuevo modelo de gestión de la ciudad multipolar, alineando la estructura y funciones a las nuevas responsabilidades;

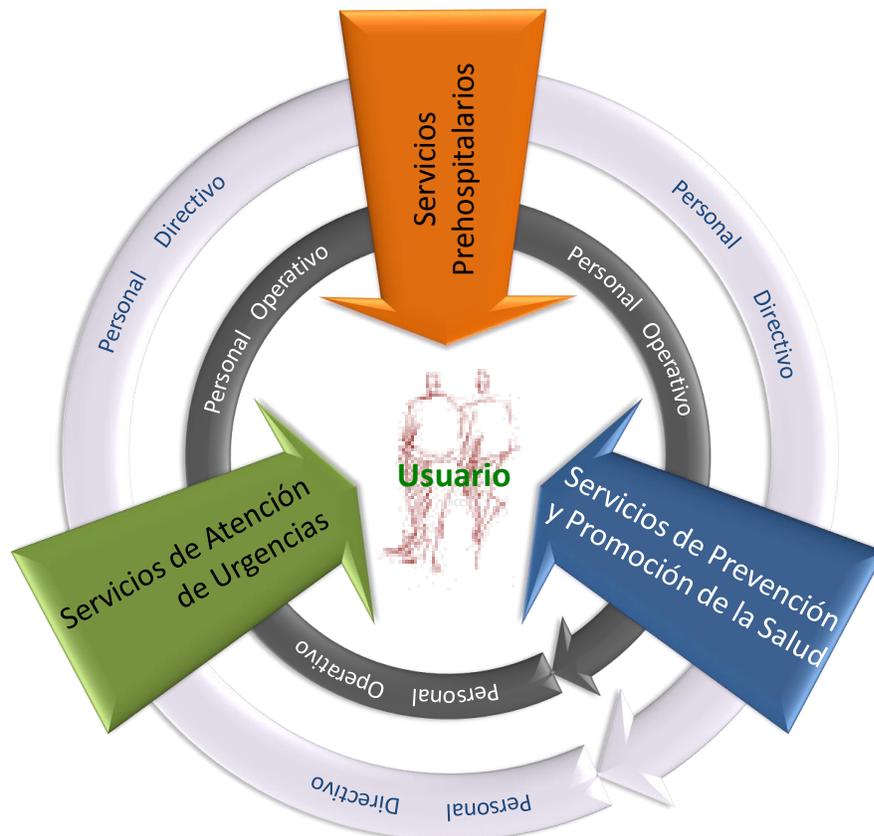
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

- VII.** Desarrollar los protocolos de intervención específica para los padecimientos de alta prevalencia y tipos de trauma en accidentes;
- VIII.** Realizar el saneamiento y preservación de los entornos habitacionales, escolares y laborales como condicionantes de la salud de las personas, en coordinación con las dependencias competentes;
- IX.** Promover y proponer la celebración de convenios con las dependencias competentes, para la consecución de sus fines;
- X.** Realizar acuerdos con otras secretarías para llevar a cabo trabajos intermunicipales y de coordinación interinstitucional, en cuanto sean compatibles y necesarios para lograr un objetivo social;
- XI.** Planear, dirigir y controlar los programas que se instrumenten en el municipio en materia de salud, así como su operación;
- XII.** Dirigir y controlar la operación de las dependencias del Ayuntamiento encargadas de la prestación de los servicios de salud en el municipio;
- XIII.** Autorizar, apoyar y evaluar el desarrollo y cumplimiento de los programas de enseñanza, educación continua y adiestramiento en el servicio médico;
- XIV.** Informar a la Coordinación General de Construcción de Comunidad, los avances de sus actividades, y resultado de análisis estadísticos que permitan medir la capacidad de respuesta de la Dirección en los términos y condiciones que indique su Coordinador; y
- XV.** Las demás previstas en la normatividad aplicable.

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

Documento de Referencia

Dirección de Servicios Médicos Municipales Subdirección de Atención de Urgencias Médicas Unidad Médica de Urgencias

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS

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.



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
2015 - 2018

Procedimiento para la Clasificación de Urgencias en "Triage"

Clave: 023P-CV_001

Documentación: 28 de septiembre del 2016

Actualización: 02 de diciembre de 2016

Autorización: **6 de enero del 2017**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Urgencias

Documento de Referencia

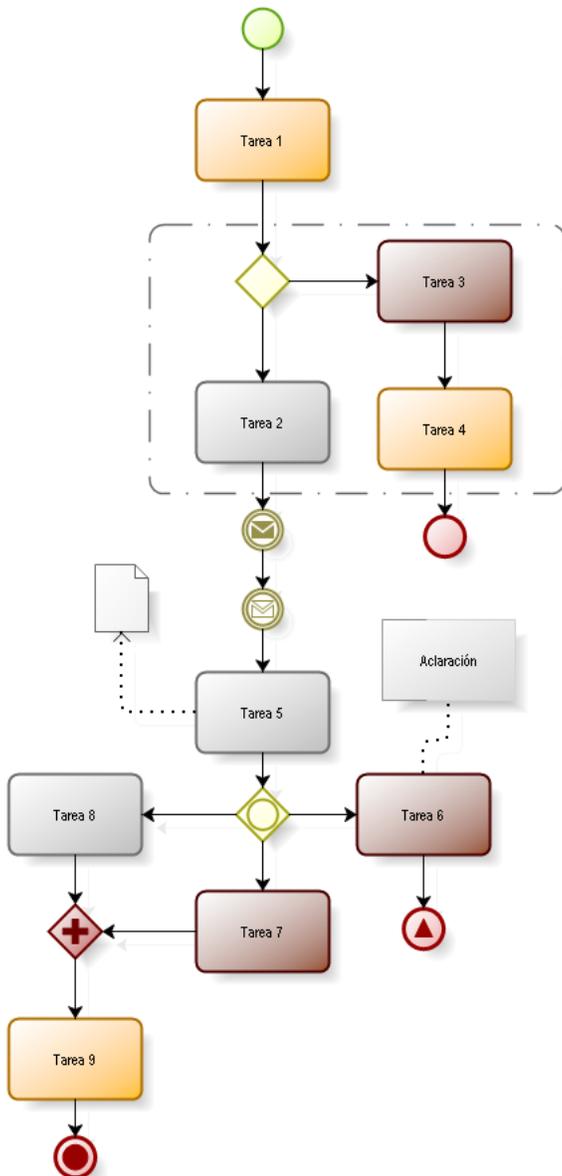
Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Departamento de Innovación y Desarrollo

Vo. Bo.: **RÚBRICA**
DR. JUAN VIDRIO LÓPEZ
Director de la Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó: **RÚBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018





ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la Clasificación de Urgencias en "Triage"

Clave: 023P-CV_001

Documentación: 28 de septiembre del 2016

Actualización: 02 de diciembre de 2016



1.- OBJETIVO

Recibir a los pacientes y determinar con base a la gravedad del daño, la prioridad y sitio para su atención, con la finalidad de asegurar al paciente con riesgo de perder la vida, un órgano o una función, una atención médica, inmediata y eficiente.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El proceso inicia cuando el médico del Triage recibe al usuario y termina una vez calificada la prioridad ó la gravedad.

Áreas que intervienen:

Urgencias triage.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

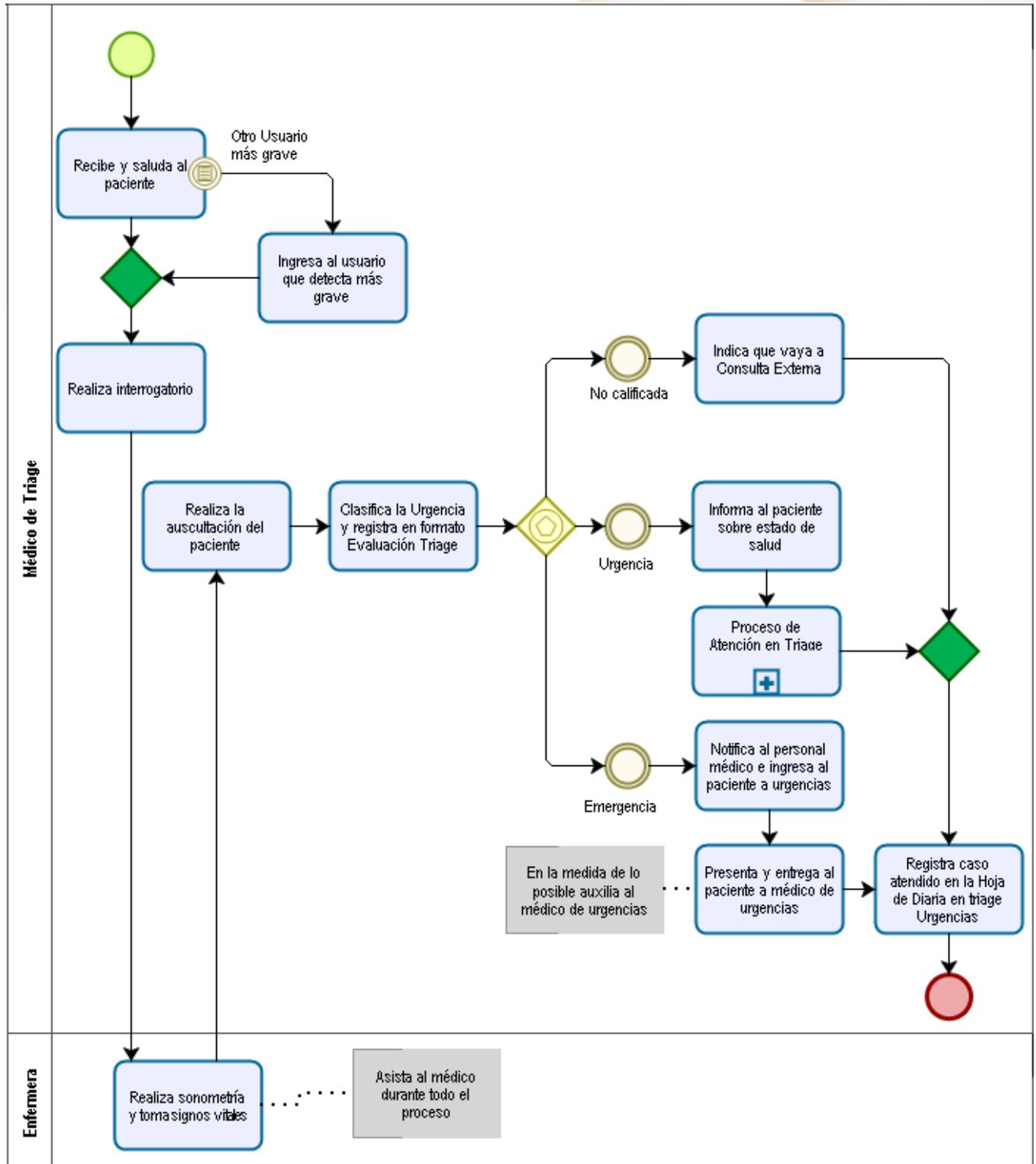
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento 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 de los médicos del Triage, el atender a los pacientes durante toda su jornada laboral.
3. Los médicos del Triage, deben asegurarse que los usuarios de sus servicios, entendieron y comprendieron todas las indicaciones médicas que les hayan sido otorgadas durante su proceso de atención.
4. Con la finalidad de lograr eficiencias organizacionales, las fichas para la atención de Triage, deben estar disponibles durante toda la jornada laboral.
5. Los médicos del Triage deberán respetar los tiempos de atención conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Triage
6. Los médicos del triage que detecten que la atención que están brindando trata de un caso médico legal, deberá informar al Ministerio Público y a Trabajo Social.
7. Es responsabilidad del personal médico dar aviso a las autoridades correspondientes en los casos de notificación obligatorio, con apego a las normas establecidas para tal fin.

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)	
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,	
m) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

Documento	008OE-DSMM_001 Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.2.2 Urgencias	
a) Valorar... Estabilizar a los pacientes que ingresen a los servicios de urgencias...	
b) Canalizar a los pacientes a otro nivel de atención médica... cuando en la Cruz Verde, ya no se tenga la posibilidad de continuar apoyándolo...	
d) Proporcionar información completa a familiares y pacientes, sobre el procedimiento...	
p) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación...	
r) 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.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la Clasificación de Urgencias en "Triage"

Clave: 023P-CV_001

Documentación: 28 de septiembre del 2016

Actualización: 02 de diciembre de 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad								
1.	Médico del Triage	Recibe y saluda al paciente. Nota: Si observa a otra persona con síntomas visibles como más grave, y ésta no es la que sigue en la fila, el Médico del Triage lo ingresará primero y explicará amablemente los motivos a los usuarios (en el momento oportuno) que seguían en el turno, el porqué de su decisión y que en un momento los atenderá. Acude a solicitar atención de Urgencias.								
2.	Médico del Triage	Realiza interrogatorio al paciente e indica a la enfermera tomar somatometría y signos vitales.								
3.	Enfermera	Recibe la indicación y toma sonometría y signos vitales y, entrega al Médico de Triage. Nota: Asiste al médico durante todo el proceso.								
4.	Médico del Triage	Realiza la auscultación al paciente								
5.	Médico del Triage	Califica la urgencia y registra en el formato "Evaluación Triage" (ver anexo 01) y determina acción a seguir con base a la siguiente tabla: <table border="1" data-bbox="490 936 1479 1241"> <thead> <tr> <th>Clasifica cómo</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencia no calificada</td> <td>Indica al paciente que su caso no es una urgencia y que es necesario que vaya a consulta externa. Aplica actividad 7.</td> </tr> <tr> <td>Urgencia</td> <td>Informa al paciente sobre su estado de salud Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Emergencia</td> <td>Notifica al personal médico e ingresa al paciente a Urgencias. Aplica actividad 8.</td> </tr> </tbody> </table>	Clasifica cómo	Entonces	Urgencia no calificada	Indica al paciente que su caso no es una urgencia y que es necesario que vaya a consulta externa. Aplica actividad 7.	Urgencia	Informa al paciente sobre su estado de salud Aplica actividad siguiente.	Emergencia	Notifica al personal médico e ingresa al paciente a Urgencias. Aplica actividad 8.
Clasifica cómo	Entonces									
Urgencia no calificada	Indica al paciente que su caso no es una urgencia y que es necesario que vaya a consulta externa. Aplica actividad 7.									
Urgencia	Informa al paciente sobre su estado de salud Aplica actividad siguiente.									
Emergencia	Notifica al personal médico e ingresa al paciente a Urgencias. Aplica actividad 8.									
6.	Médico del Triage	Aplica el "Proceso de Atención en Triage".								
7.	Médico del Triage	Registra el caso atendido en la "Hoja Diaria de Triage-Urgencia" (ver anexo 02). "Fin del Procedimiento".								
8.	Médico del Triage	Presenta y entrega al paciente a médico de urgencias. Nota: En la medida de lo posible auxilia al Médico de Urgencia.								
9.	Médico del Triage	Registra el caso atendido en la "Hoja Diaria de Triage-Urgencia" (ver anexo 02). "Fin del Procedimiento".								

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| • L.M. Oscar Rubén Saucedo Álvarez | • L.A.E María de la luz Rosales Briseño | • Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano |
| • Dra. Claudia Marcela Santana mejía | • Dra. Lucia Casillas Torres | |

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Auscultación	es un procedimiento clínico de exploración física que consiste en escuchar de manera directa o por medio de instrumentos como el estetoscopio, el área torácica o del abdomen, para valorar los sonidos normales o patológicos producidos en los órganos (contracción cardíaca, soplos cardíacos, peristaltismo intestinal, sonidos pulmonares, etc.).
Emergencia	Es un problema médico-quirúrgico agudo (lesión o enfermedad) que pone en peligro la vida, órgano o función del usuario y requiere atención inmediata.
Urgencia	Paciente que presenta una situación evidente que amenaza la vida o la integridad de un órgano o extremidad si no se proporciona una atención médica inmediata; también se incluye en esta categoría el paciente con dolor extremo y pacientes con aspecto de gravedad o descompensación.
Urgencia no calificada	Pacientes portadores de enfermedades crónicas con pequeñas alteraciones o pacientes cuyo daño requiere un mínimo de intervención y que por ende pueden tolerar cierto tiempo de espera. Estos pacientes en su ingreso pararán a consulta externa de especialidad o bien a otras áreas de hospital.

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"
N.D.	Guía de Práctica Clínica de Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer nivel

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Evaluación de triage
N.A.	Anexo 02 Hoja diaria de triage-urgencias

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	29/Nov/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS





Anexo 01: Evaluación de triage



Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias
Evaluación de Triage



Fecha _____

Unidad médica de Urgencias _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ **Motivo de Consulta:** _____

Hora de ingreso: _____ **Hora de salida:** _____

Aspecto: grave _____ Inestable _____ Tranquilo _____

S. Vitales PA. _____ FC _____ FR _____ T _____ SaO₂ _____

Pulso: Regular _____ Irregular _____

Glasgow:	Ocular	Verbal	Motora	TOTAL
	1 a 4 _____	1 a 5 _____	1 a 6 _____	15 _____
	ALERTA _____	OBNUBILADO _____	ESTUPOR _____	COMA _____

Antecedentes Relevantes:

PRIORIDAD: I II III

Nombre y firma del médico

Procedimiento para la Atención Médica en el Área de “Triage”

Clave: 034P-CV_001

Documentación: 28 de septiembre del 2016

Actualización: 02 de diciembre de 2016

Autorización: **6 de enero del 2017**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias “Cruz Verde”
Urgencias

Documento de Referencia

Autorizaciones

Elaboró:

RÚBRICA

DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA

Departamento de Innovación y Desarrollo

Vo. Bo.:

RÚBRICA

DR. JUAN VIDRIO LÓPEZ

Director de la Unidad Médica de Urgencias

Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó:

RÚBRICA

DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ

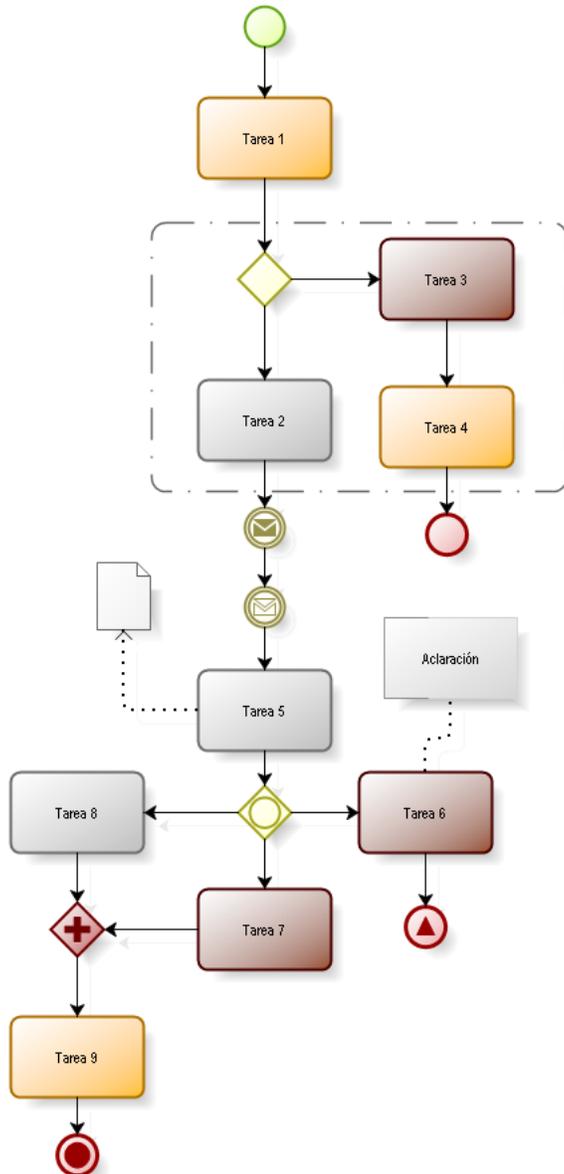
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

RÚBRICA

DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN

Director de Servicios Médicos Municipales





Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018





ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la Atención Médica en el Área de "Triage"

Clave: 034P-CV_001

Documentación: 28 de septiembre del 2016

Actualización: 02 de diciembre de 2016



1.- OBJETIVO

Otorgar servicios de atención médica , inmediata y eficiente para salvaguardar la vida y funciones del organismo.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El proceso inicia una vez calificada la urgencia y termina con la derivación del paciente al área de urgencia o referido a otra institución o a su casa.

Áreas que intervienen:

Urgencias.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

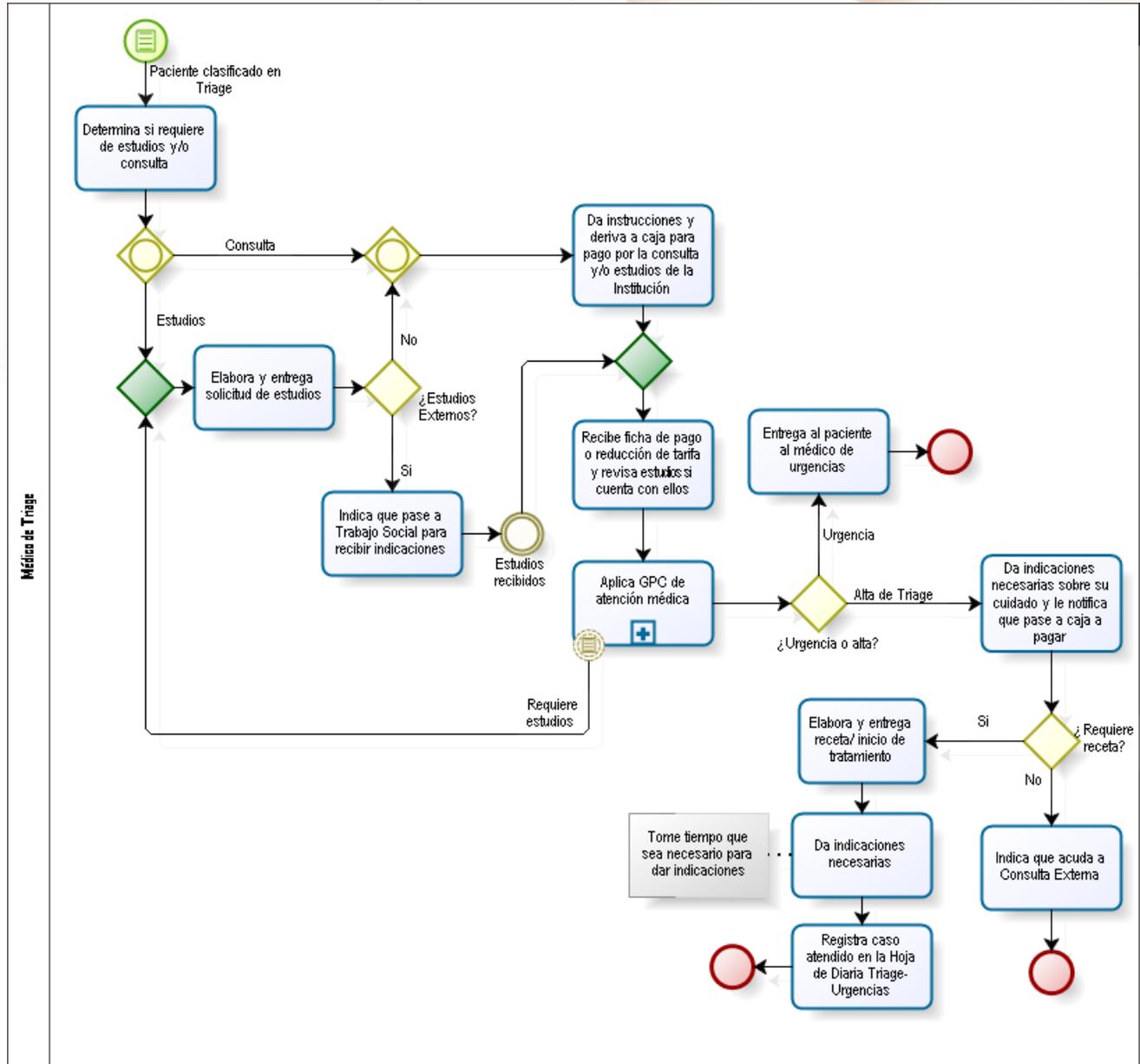
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento 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 de los médicos del Triage, el atender a los pacientes durante toda su jornada laboral.
3. Los médicos del Triage, deben asegurarse que los usuarios de sus servicios, entendieron y comprendieron todas las indicaciones médicas que les hayan sido otorgadas durante su proceso de atención.
4. Es responsabilidad del personal de Trabajo Social, la de apoyar a los usuarios cuando éstos sean canalizados a otras instituciones o laboratorios externos, ello por los distintos profesionales de la salud del área.
5. Con la finalidad de lograr eficiencias organizacionales, las fichas para la atención de Triage, deben estar disponibles durante toda la jornada laboral.
6. Los médicos del Triage deberán respetar los tiempos de atención conforme a lo establecido en la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Triage
7. Es responsabilidad del personal médico dar aviso a las autoridades correspondientes en los casos de notificación obligatorio, con apego a las normas establecidas para tal fin.

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)	
<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... m) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico... 	

Documento	008OE-DSMM_001 Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.2.2 Urgencias	
<ul style="list-style-type: none"> a) Valorar... Estabilizar a los pacientes que ingresen a los servicios de urgencias... b) Canalizar a los pacientes a otro nivel de atención médica... cuando en la Cruz Verde, ya no se tenga la posibilidad de continuar apoyándolo... d) Proporcionar información completa a familiares y pacientes, sobre el procedimiento... p) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación... r) 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.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la Atención Médica en el Área de "Triage"

Clave: 034P-CV_001

Documentación: 28 de septiembre del 2016

Actualización: 02 de diciembre de 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Médico del Triage	Una vez clasificada la urgencia, determina si requiere de estudios, consulta o ambos.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Requiere Estudios y/o Consulta</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consulta</td> <td> <p>Aplica actividad 3.</p> <p>Nota: Si también pagó estudios, debe esperar a que tenga los estudios en su mano antes de pasar con el médico.</p> </td> </tr> <tr> <td>Estudios</td> <td> <p>Elabora y entrega "solicitud de estudios" (ver anexo 01).</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Requiere Estudios y/o Consulta	Entonces	Consulta	<p>Aplica actividad 3.</p> <p>Nota: Si también pagó estudios, debe esperar a que tenga los estudios en su mano antes de pasar con el médico.</p>	Estudios	<p>Elabora y entrega "solicitud de estudios" (ver anexo 01).</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p>
		Requiere Estudios y/o Consulta	Entonces					
Consulta	<p>Aplica actividad 3.</p> <p>Nota: Si también pagó estudios, debe esperar a que tenga los estudios en su mano antes de pasar con el médico.</p>							
Estudios	<p>Elabora y entrega "solicitud de estudios" (ver anexo 01).</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p>							
Estudios	<p>Elabora y entrega "solicitud de estudios" (ver anexo 01).</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p>							
2.	Médico del Triage	Determina si requiere estudios externos						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Estudios Externos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td> <p>Indica al paciente que pase a Trabajo Social para recibir indicaciones de los estudios y que regrese a pagar la ficha por la consulta de urgencias con los estudios en la mano.</p> <p>Aplica actividad 4.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	¿Estudios Externos?	Entonces	No	Aplica actividad siguiente.	Si	<p>Indica al paciente que pase a Trabajo Social para recibir indicaciones de los estudios y que regrese a pagar la ficha por la consulta de urgencias con los estudios en la mano.</p> <p>Aplica actividad 4.</p>
		¿Estudios Externos?	Entonces					
No	Aplica actividad siguiente.							
Si	<p>Indica al paciente que pase a Trabajo Social para recibir indicaciones de los estudios y que regrese a pagar la ficha por la consulta de urgencias con los estudios en la mano.</p> <p>Aplica actividad 4.</p>							
Si	<p>Indica al paciente que pase a Trabajo Social para recibir indicaciones de los estudios y que regrese a pagar la ficha por la consulta de urgencias con los estudios en la mano.</p> <p>Aplica actividad 4.</p>							
3.	Médico del Triage	Da instrucciones al paciente y deriva a caja para pago de la consulta y/o estudios de la institución en caso de haberle solicitado.						
4.	Médico del Triage	Recibe la "ficha de pago" (Anexo 02) o "reducción de tarifa" (Anexo 03) y revisa estudios si cuenta con ellos.						
5.	Médico del Triage	<p>Aplica el proceso de la Guía de Práctica Clínica (GPC) de atención médica.</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p> <p>Nota: Si sucediera que es necesario tomarse algún estudio, elabora y entrega "solicitud de estudios" (ver anexo 01).</p> <p>Aplica actividad 2.</p>						
6.	Médico del Triage	Determina si el caso que está atendiendo es una urgencia real o lo da de alta del Triage.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Es urgencia real o de alta?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencia</td> <td> <p>Entrega al paciente al médico de urgencias.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p> </td> </tr> <tr> <td>Alta de Triage</td> <td> <p>Da indicaciones necesarias al paciente sobre su cuidado.</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	¿Es urgencia real o de alta?	Entonces	Urgencia	<p>Entrega al paciente al médico de urgencias.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>	Alta de Triage	<p>Da indicaciones necesarias al paciente sobre su cuidado.</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p>
		¿Es urgencia real o de alta?	Entonces					
Urgencia	<p>Entrega al paciente al médico de urgencias.</p> <p>Fin del Procedimiento.</p>							
Alta de Triage	<p>Da indicaciones necesarias al paciente sobre su cuidado.</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p>							
Alta de Triage	<p>Da indicaciones necesarias al paciente sobre su cuidado.</p> <p>Aplica actividad siguiente.</p>							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
7.	Médico del Triage	Determina si requiere elaborar receta.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Requiere receta?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No</td> <td>Indica que vaya al área de Consulta Externa para continuar su atención integral (seguimiento). Fin del Procedimiento.</td> </tr> <tr> <td>Si</td> <td>Elabora y entrega receta para dar inicio a su tratamiento. Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Requiere receta?	Entonces	No	Indica que vaya al área de Consulta Externa para continuar su atención integral (seguimiento). Fin del Procedimiento.	Si	Elabora y entrega receta para dar inicio a su tratamiento. Aplica actividad siguiente.
		¿Requiere receta?	Entonces					
No	Indica que vaya al área de Consulta Externa para continuar su atención integral (seguimiento). Fin del Procedimiento.							
Si	Elabora y entrega receta para dar inicio a su tratamiento. Aplica actividad siguiente.							
8.	Médico del Triage	Da indicaciones necesarias. Nota: Toma tiempo que sea necesario para dar indicaciones y asegúrate que el paciente los haya comprendido.						
9.	Médico del Triage	Registra caso atendido en la "Hoja Diaria Triage-Urgencia" (ver formato 04). Fin del procedimiento.						

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

<ul style="list-style-type: none"> • LM. Oscar Rubén Saucedo Álvarez • Dra. Claudia Marcela Santana Mejía 	<ul style="list-style-type: none"> • L.A.E María de la Luz Rosales Briseño • Dra. Lucia Casillas Torres 	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano
---	---	---

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Estudios	Son todos aquellos análisis de laboratorio o de gabinete que el médico solicita para fortalecer el diagnóstico.
GPC	Siglas que representan, Guías de Prácticas Clínicas.
Indicaciones Médicas	Es el término que describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica, un procedimiento médico, un determinado medicamento, o técnica quirúrgica.
Prescripción Médica	Proceso clínico individualizado y dinámico por el cual un médico indica a su paciente las recomendaciones que debe seguir para curarse.
Receta médica	Es el documento legal por medio del cual los médicos prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico.
Urgencia	Condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos.

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".

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Solicitud de exámenes (formatos sugeridos).
N.A.	Anexo 02 Ficha de pago.
N.A.	Anexo 03 Reducción de tarifa.
N.A.	Anexo 04 Hoja diaria de triage-urgencias.

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	29/Nov/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la Atención Médica en el Área de "Triage"

Clave: 034P-CV_001

Documentación: 28 de septiembre del 2016

Actualización: 02 de diciembre de 2016



ANEXOS





Anexo 01: Solicitud de exámenes (formatos sugeridos).

FECHA: _____	DA N° 2792
PACIENTE: _____	
ESTUDIO: _____	
TECNICO: _____	
UNIDAD: _____	
 DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE GUADALAJARA SOLICITUD PARA ESTUDIO RADIOLÓGICO 	
FECHA: ____/____/____ HORA: _____ HRS. UNIDAD: <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> RS <input type="radio"/> LO <input type="radio"/> EA <input type="radio"/> MR <input type="radio"/> UAPS	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	DÍA MES AÑO
EDAD: _____ REFERENCIA: <input type="radio"/> CONSULTA <input type="radio"/> URGENCIAS <input type="radio"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="radio"/> EXTERNO	
MÉDICO TRATANTE: _____	
DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRESUNTIVO: _____	
ESTUDIO SOLICITADO: _____	
TÉCNICO RADIOLOGO TRATANTE: _____	
NÚMERO DE ORDEN DE PAGO: _____ PRECIO DEL ESTUDIO \$ _____	
NUMERO DE PLACAS: _____ TAMAÑO DE PLACAS: _____ PROYECCIONES: _____	
* ATENCION FAVOR DE LLENAR CON LETRA LEGIBLE Y TODOS LOS CAMBIOS COMPLETOS	

 <p>Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad</p>	<p>Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias Solicitud de Estudios Laboratoriales</p> 																																						
		<p>SERVICIO DE URGENCIAS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Fecha</th> <th>Hora</th> <th>Cama</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN O DATOS CLÍNICOS</p> <p>_____</p>	Fecha			Hora	Cama	Día	Mes	Año			_____	_____	_____	_____	_____	<p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Nombre del Médico: _____</p> <p>Sello y firma del Médico: _____</p>																					
Fecha			Hora	Cama																																			
Día	Mes	Año																																					
_____	_____	_____	_____	_____																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>HEMATOLOGÍA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Biometría hemática</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> T. de Protombina</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> T. de Tromboplastina parcial</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> INR</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Factor Rh</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> VDRL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Reacciones febriles</td></tr> </tbody> </table>	HEMATOLOGÍA	<input type="checkbox"/> Biometría hemática	<input type="checkbox"/> T. de Protombina	<input type="checkbox"/> T. de Tromboplastina parcial	<input type="checkbox"/> INR	<input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> Factor Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Reacciones febriles	<table border="1"> <thead> <tr> <th>QUÍMICA CLÍNICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Glucosa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Urea</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Creatinina</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bilirrubina directa/ indirecta/ total</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> TGO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> TGP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Amilasa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lipasa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ácido úrico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Colesterol total</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Triglicéridos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Proteínas totales</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Albumina y relación A/G</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Proteína C. reactiva</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sodio, Potasio, Cloro, Calcio</td></tr> </tbody> </table>	QUÍMICA CLÍNICA	<input type="checkbox"/> Glucosa	<input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Bilirrubina directa/ indirecta/ total	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Amilasa	<input type="checkbox"/> Lipasa	<input type="checkbox"/> Ácido úrico	<input type="checkbox"/> Colesterol total	<input type="checkbox"/> Triglicéridos	<input type="checkbox"/> Proteínas totales	<input type="checkbox"/> Albumina y relación A/G	<input type="checkbox"/> Proteína C. reactiva	<input type="checkbox"/> Sodio, Potasio, Cloro, Calcio	<table border="1"> <thead> <tr> <th>URIANÁLISIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Gravindex</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pregnosticon</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Amiba en fresco</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Azul de metileno</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tinción de gram</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Gasometría arterial</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CK</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CK-MB</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Troponina</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> BNP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dímero D</td></tr> </tbody> </table>	URIANÁLISIS	<input type="checkbox"/> Gravindex	<input type="checkbox"/> Pregnosticon	<input type="checkbox"/> Amiba en fresco	<input type="checkbox"/> Azul de metileno	<input type="checkbox"/> Tinción de gram	<input type="checkbox"/> Gasometría arterial	<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> Troponina	<input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> Dímero D
HEMATOLOGÍA																																							
<input type="checkbox"/> Biometría hemática																																							
<input type="checkbox"/> T. de Protombina																																							
<input type="checkbox"/> T. de Tromboplastina parcial																																							
<input type="checkbox"/> INR																																							
<input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo																																							
<input type="checkbox"/> Factor Rh																																							
<input type="checkbox"/> VDRL																																							
<input type="checkbox"/> Reacciones febriles																																							
QUÍMICA CLÍNICA																																							
<input type="checkbox"/> Glucosa																																							
<input type="checkbox"/> Urea																																							
<input type="checkbox"/> Creatinina																																							
<input type="checkbox"/> Bilirrubina directa/ indirecta/ total																																							
<input type="checkbox"/> TGO																																							
<input type="checkbox"/> TGP																																							
<input type="checkbox"/> Amilasa																																							
<input type="checkbox"/> Lipasa																																							
<input type="checkbox"/> Ácido úrico																																							
<input type="checkbox"/> Colesterol total																																							
<input type="checkbox"/> Triglicéridos																																							
<input type="checkbox"/> Proteínas totales																																							
<input type="checkbox"/> Albumina y relación A/G																																							
<input type="checkbox"/> Proteína C. reactiva																																							
<input type="checkbox"/> Sodio, Potasio, Cloro, Calcio																																							
URIANÁLISIS																																							
<input type="checkbox"/> Gravindex																																							
<input type="checkbox"/> Pregnosticon																																							
<input type="checkbox"/> Amiba en fresco																																							
<input type="checkbox"/> Azul de metileno																																							
<input type="checkbox"/> Tinción de gram																																							
<input type="checkbox"/> Gasometría arterial																																							
<input type="checkbox"/> CK																																							
<input type="checkbox"/> CK-MB																																							
<input type="checkbox"/> Troponina																																							
<input type="checkbox"/> BNP																																							
<input type="checkbox"/> Dímero D																																							

Anexo 02: Ficha de pago

4 fh 40601 01/12/2016 14:02 3084757 \$58.00 4828412 4828412 1 de 1

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

RECIBO OFICIAL

CONTRIBUYENTE: 1973284

PAGO DE: SERVICIOS MEDICOS

DATOS DEL CONTRIBUYENTE	
Nombre:	
Calle: CHITUMAL	No Ext: 18 No Int:
Colonia: -	CP: 0 RFC:
Ciudad: GUADALAJARA	Estado: JALISCO
SERVICIOS MEDICOS	
ORTOPEDIA	

CANT	CUENTA	IMPORTE
1154	CONSULTA ESPECIALIZADA - ORTOPIEDIA	00001 4149-44-0150-00001-00000 57.50
9991	AJUSTE ART. 4 LEY DE INGRESOS	00001 4169-61-6000-00001-00000 0.50
PAGO EN: EFECTIVO		TOTAL \$58.00
(Cincuenta y Ocho Pesos 00/100 M.N.)		

Si desea factura de este recibo favor de ingresar a <https://modulos.guadalajara.gob.mx/facturacion/>

[Handwritten signature and stamp]

PAGO EN EFECTIVO
 -1 DIL 2016

Herminia Sanchez Jauregui
 FIRMA Y SELLO
 CAJERO

NO ES VÁLIDO COMO COMPROBANTE DE PAGO SIN LA CERTIFICACIÓN DE LA MÁQUINA REGISTRADORA.
 FIRMA AUTORIZADA: 01/12/2016 Cruz Verde Dr. José de Jesús Delgadillo Araujo
 "EL PAGO DE ESTE RECIBO NO LIBERA AL CONTRIBUYENTE DE ADEUDOS ANTERIORES"

CONTRIBUYENTE

Anexo 03: Reducción de tarifa

 <p>Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad</p>	Unidad Médica de Urgencias Trabajo Social	
	Reducción de Tarifa	
Fecha: _____	Recibo de caja: _____	
Día Mes Año		
Nombre: _____		
Servicio: Con. Ext. (<input type="checkbox"/>) Urgencias (<input type="checkbox"/>) Hospitalización (<input type="checkbox"/>) Otro (<input type="checkbox"/>) _____		
Unidad: DA (<input type="checkbox"/>) RS (<input type="checkbox"/>) EA (<input type="checkbox"/>) MR (<input type="checkbox"/>) LO (<input type="checkbox"/>) UAPS (<input type="checkbox"/>)		
Motivo de la reducción: Estudio socioeconómico (<input type="checkbox"/>) Dictamen socioeconómico (<input type="checkbox"/>) Folio: _____		
Tarifa: _____ Reducción: _____ A pagar: _____		
Autorizó: _____	Elaboró: _____	
_____ Nombre y firma	_____ Nombre y firma de Trabajador Social	

Procedimiento para la atención de urgencias

Clave: 035P-CV_001

Documentación: 14 de marzo del 2016

Actualización: 07 de diciembre del 2016

Autorización: **6 de enero del 2017**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Urgencias

Documento de Referencia

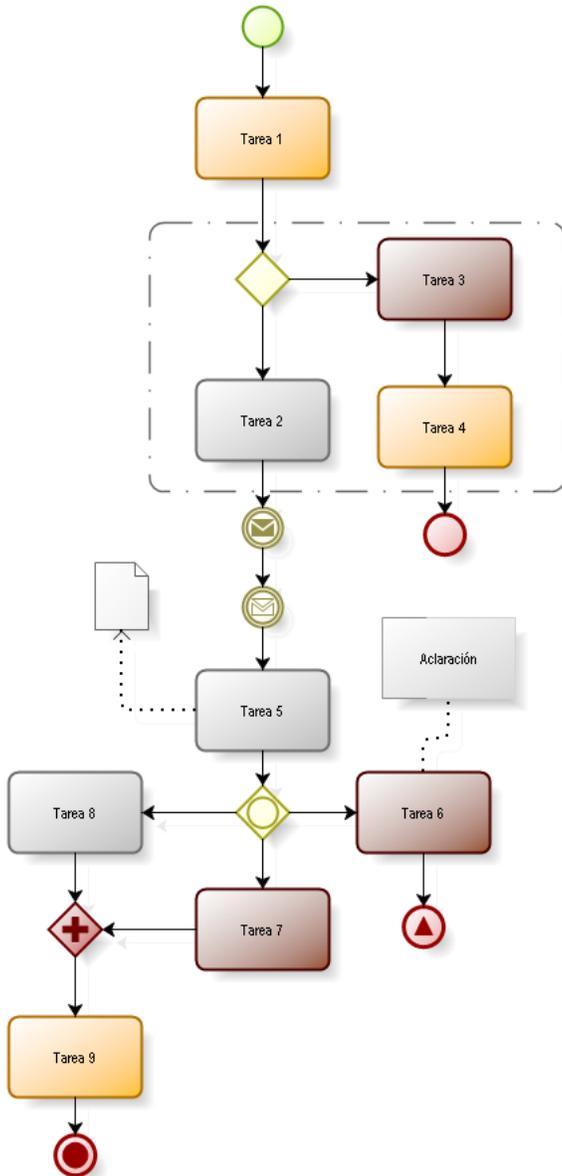
Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
L.A.E MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Asesor Organizacional

Vo. Bo.: **RÚBRICA**
DR. JUAN VIDRIO LÓPEZ
Director de la Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó: **RÚBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



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:	11
8.- Definiciones:.....	11
9.- Documentos de Referencia:.....	11
10.- Formatos Utilizados:	11
11. Descripción de Cambios	11
Anexos	13



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la atención de urgencias

Clave: 035P-CV_001

Documentación: 14 de marzo del 2016

Actualización: 07 de diciembre del 2016



1.- OBJETIVO

Proporcionar, atención médica de Urgencias de inmediato, y con calidad técnica humana.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia, desde que el usuario ingresa con el médico de urgencias para obtener una atención, y finaliza; cuando el médico da de alta al paciente, refiere al paciente a otra institución, deriva al paciente a otra unidad, Envía al paciente a un área especializada o por fallecimiento.

Áreas que intervienen:

Médicos de Urgencias, trabajo social, camillero

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 profesional de Urgencias, debe tratar al usuario y familiares con calidad técnica y científica de los servicios otorgados,
3. Otorgar un comportamiento respetuoso a todos los usuarios; incluyendo a las diferentes áreas y departamentos en los cuales interactúa.
4. Las áreas de urgencias deberán ser consideradas como restringidas, por lo que el ingreso de familiares será por excepción, así como de otras personas, y únicamente el tiempo necesario para cumplir su misión.
5. Es responsabilidad del personal médico, el registro del expediente clínico y la captura o registro (sistema de captura) de la productividad que realizan en su jornada laboral.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
Funciones	
<p>1.2.3 Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Implementar las acciones necesarias para acreditar la unidad médica de urgencias y buscar la certificación de ser necesaria o de acuerdo a instrucciones superiores. 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, 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-DSMM_001 Manual de Organización Específico. Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
<p>1.2.2 Urgencias</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Valorar, dar tratamiento, estabilizar a los pacientes que ingresen al servicio de urgencias, así como darlos de alta cuando éstos puedan salir del peligro en el que se encontraban, 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, d) Proporcionar información completa a familiares y pacientes, sobre el procedimiento, diagnóstico tratamiento y riesgos, así como conseguir firma de consentimiento informado, e) Informar a epidemiología, los casos sospechosos de enfermedades infecto-contagiosas de notificación obligatoria, f) Identificar y canalizar a los pacientes que a las 48 o, 72 horas de su egreso de la unidad presenten una enfermedad infecciosa, g) Promover y vigilar que la atención en el servicio sea acorde al diagnóstico, a fin de que la permanencia de los pacientes en el servicio no exceda de 8 horas, salvo eventualidades, h) Mantener actualizado el "carro rojo", y reponer de manera inmediata los medicamentos utilizados y vigilar que no existan medicamentos caducados, (área de urgencias), i) Solicitar apoyo al área de Trabajo Social. Cuando el caso sea médico legal para mantener informado al ministerio público, j) Autorizar las altas de los pacientes que han sido estabilizados y no requieren hospitalización, conjuntamente con la valoración del especialista, cuando el caso lo amerite, k) Custodiar las pertenencias de los pacientes con el apoyo del personal de Trabajo Social de la Cruz Verde, 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, m) Cumplir y apegarse al catálogo maestro de guías de prácticas clínica o manual de procesos de atención, 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, 	

- o) Promover y vigilar que la atención sea la adecuada según diagnóstico y decidir destino del paciente dentro de las primeras 8 horas excepto eventualidades.
- p) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica,
- q) Mantener una comunicación directa entre las unidades médicas, para valorar ingreso de pacientes según capacidad física resolutive, y
- r) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la atención de urgencias

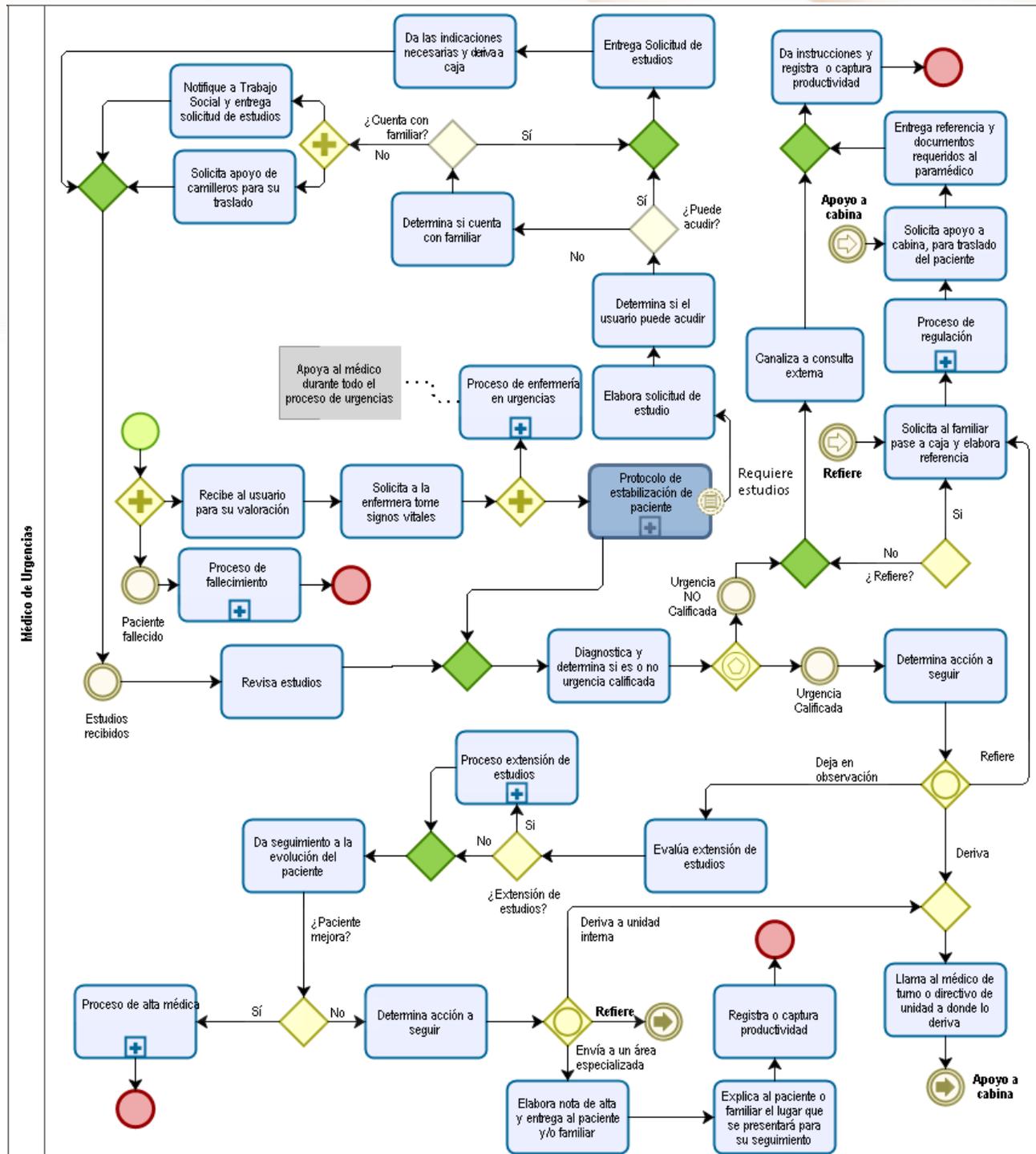
Clave: 035P-CV_001

Documentación: 14 de marzo del 2016

Actualización: 07 de diciembre del 2016



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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la atención de urgencias

Clave: 035P-CV_001

Documentación: 14 de marzo del 2016

Actualización: 07 de diciembre del 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Médico de Urgencias	<p>Recibe al usuario para su valoración.</p> <p>Nota:</p> <p>En cualquier momento durante el proceso de Urgencias, el paciente puede fallecer; Si sucediera, Aplica el proceso de fallecimiento.</p> <p>Fin del Proceso</p>						
2.		Solicita a la enfermera tome signos vitales.						
3.		<p>De manera paralela la enfermera da inicio a sus “procesos de enfermería de urgencias” y el médico de urgencia continúa con el “Protocolo de estabilización de paciente”.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> La enfermera apoya al médico y al usuario desde que inicia el proceso de urgencia hasta que finaliza En caso que el paciente requiera estudios, elabora “solicitud de estudios” (ver anexo1), 						
4.		<p>Determina si el Usuario, puede acudir a que le realicen los exámenes.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Usuario puede acudir?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Entrega al usuario solicitud de estudios, da las indicaciones necesarias y deriva a caja. Aplica actividad 06</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica Actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Usuario puede acudir?	Entonces	Sí	Entrega al usuario solicitud de estudios, da las indicaciones necesarias y deriva a caja. Aplica actividad 06	No	Aplica Actividad siguiente
¿Usuario puede acudir?		Entonces						
Sí		Entrega al usuario solicitud de estudios, da las indicaciones necesarias y deriva a caja. Aplica actividad 06						
No		Aplica Actividad siguiente						
5.	<p>Determina si el paciente cuenta con familiar.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cuenta con familiar?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Entrega solicitud de estudios, da las indicaciones necesarias y deriva a caja. Aplica actividad 06</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Notifica a trabajo social, entrega solicitud de estudios y solicita apoyo de camilleros para su traslado. Aplica la siguiente actividad</td> </tr> </tbody> </table>	¿Cuenta con familiar?	Entonces	Sí	Entrega solicitud de estudios, da las indicaciones necesarias y deriva a caja. Aplica actividad 06	No	Notifica a trabajo social, entrega solicitud de estudios y solicita apoyo de camilleros para su traslado. Aplica la siguiente actividad	
¿Cuenta con familiar?	Entonces							
Sí	Entrega solicitud de estudios, da las indicaciones necesarias y deriva a caja. Aplica actividad 06							
No	Notifica a trabajo social, entrega solicitud de estudios y solicita apoyo de camilleros para su traslado. Aplica la siguiente actividad							
6.	Recibe estudios y los revisa.							
7.	<p>Diagnostica, y determina si es o no es urgencia calificada de acuerdo a la siguiente tabla</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasifica cómo</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Urgencia no calificada</td> <td>Canaliza al paciente a consulta externa y le da instrucciones y registra o captura su productividad. Fin del proceso</td> </tr> <tr> <td>Urgencia calificada</td> <td>Aplica la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	Clasifica cómo	Entonces	Urgencia no calificada	Canaliza al paciente a consulta externa y le da instrucciones y registra o captura su productividad. Fin del proceso	Urgencia calificada	Aplica la actividad siguiente	
Clasifica cómo	Entonces							
Urgencia no calificada	Canaliza al paciente a consulta externa y le da instrucciones y registra o captura su productividad. Fin del proceso							
Urgencia calificada	Aplica la actividad siguiente							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad								
8.	Médico de urgencias	Determina acción a seguir, con base a la siguiente tabla. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Clasifica cómo</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Refiere</td> <td>Solicita al familiar pase a caja, elabora referencia (ver anexo 2), y aplica el proceso de regulación. Aplica actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Deriva</td> <td>Llama al médico de turno o directivo de unidad, realiza hoja de derivación (ver anexo 3), y lo deriva. aplica actividad 09</td> </tr> <tr> <td>Deja en observación</td> <td>Aplica actividad 11</td> </tr> </tbody> </table>	Clasifica cómo	Entonces	Refiere	Solicita al familiar pase a caja, elabora referencia (ver anexo 2), y aplica el proceso de regulación. Aplica actividad siguiente	Deriva	Llama al médico de turno o directivo de unidad, realiza hoja de derivación (ver anexo 3), y lo deriva. aplica actividad 09	Deja en observación	Aplica actividad 11
Clasifica cómo		Entonces								
Refiere		Solicita al familiar pase a caja, elabora referencia (ver anexo 2), y aplica el proceso de regulación. Aplica actividad siguiente								
Deriva		Llama al médico de turno o directivo de unidad, realiza hoja de derivación (ver anexo 3), y lo deriva. aplica actividad 09								
Deja en observación		Aplica actividad 11								
9.		Solicita apoyo a cabina para traslado del paciente, entrega referencia y documentos requeridos al paramédico.								
10.		Da instrucciones y registra o captura su productividad. Fin del proceso								
11.		Evalúa si requiere extensión de estudios. <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Extensión de estudios?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica el "proceso extensión de estudios". Aplica actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Extensión de estudios?	Entonces	Sí	Aplica el "proceso extensión de estudios". Aplica actividad siguiente	No	Aplica la actividad siguiente		
¿Extensión de estudios?		Entonces								
Sí		Aplica el "proceso extensión de estudios". Aplica actividad siguiente								
No		Aplica la actividad siguiente								
12.		Da seguimiento a la evolución del paciente y determina si el paciente mejora <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Paciente mejora?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Aplica el proceso de alta médica y registra o captura su productividad. Fin del procedimiento</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Paciente mejora?	Entonces	Sí	Aplica el proceso de alta médica y registra o captura su productividad. Fin del procedimiento	No	Aplica actividad siguiente		
¿Paciente mejora?		Entonces								
Sí		Aplica el proceso de alta médica y registra o captura su productividad. Fin del procedimiento								
No		Aplica actividad siguiente								
13.		Determina acción a seguir en base a la siguiente tabla. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Acción a seguir</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Envía al paciente a un área especializada</td> <td>Elabora "hoja de egreso" (ver anexo 4), entrega al paciente y/o familiar, Aplica actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Refiere</td> <td>Solicita al familiar pase a caja a pagar y elabora referencia Aplica actividad 15</td> </tr> <tr> <td>Deriva a otra unidad interna</td> <td>Llama al médico de turno o directivo de unidad a donde lo deriva, Aplica actividad 16</td> </tr> </tbody> </table>	Acción a seguir	Entonces	Envía al paciente a un área especializada	Elabora "hoja de egreso" (ver anexo 4), entrega al paciente y/o familiar, Aplica actividad siguiente	Refiere	Solicita al familiar pase a caja a pagar y elabora referencia Aplica actividad 15	Deriva a otra unidad interna	Llama al médico de turno o directivo de unidad a donde lo deriva, Aplica actividad 16
Acción a seguir	Entonces									
Envía al paciente a un área especializada	Elabora "hoja de egreso" (ver anexo 4), entrega al paciente y/o familiar, Aplica actividad siguiente									
Refiere	Solicita al familiar pase a caja a pagar y elabora referencia Aplica actividad 15									
Deriva a otra unidad interna	Llama al médico de turno o directivo de unidad a donde lo deriva, Aplica actividad 16									
14.	Explica al paciente o familiar el lugar que se presentará para su seguimiento y registra o captura su productividad Fin del procedimiento									
15.	Aplica el proceso de regulación.									
16.	Solicita apoyo a cabina para traslado del paciente.									

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
17.		Entrega referencia y documentos requeridos al paramédico.
18.	Médico de urgencias	Da instrucciones e indicaciones al paramédico y registra o captura su productividad. Fin del Procedimiento.

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- Dra. Claudia Marcela Mejía Santana
- Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Urgencia	Paciente que presenta una situación evidente que amenaza la vida o la integridad de un órgano o extremidad si no se proporciona una atención médica inmediata; también se incluye en esta categoría el paciente con dolor extremo y pacientes con aspecto de gravedad o descompensación.
Enfermería	Grupo profesional de la salud, que proporciona cuidados de enfermería a los usuarios para la consecución de los objetivos del servicio.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
Anotar clave	Anotar nombre del 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"

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
NA	Anexo 01 Solicitud de estudios
NA	Anexo 02 Referencia y contrarreferencia
NA	Anexo 03 Hoja de derivación
NA	Anexo 04 Hoja de egreso

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	02/Dic/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la atención de urgencias

Clave: 035P-CV_001

Documentación: 14 de marzo del 2016

Actualización: 07 de diciembre del 2016



ANEXOS





Anexo 01: Solicitud de estudios

FECHA: _____ PACIENTE: _____ ESTUDIO: _____ TECNICO: _____ UNIDAD: _____	DA N° 2792
 DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE GUADALAJARA SOLICITUD PARA ESTUDIO RADIOLÓGICO 	
FECHA: ____/____/____ HORA: _____ HRS. UNIDAD: <input type="radio"/> DA <input type="radio"/> RS <input type="radio"/> LO <input type="radio"/> EA <input type="radio"/> MR <input type="radio"/> UAPS	
NOMBRE DEL PACIENTE: _____	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE DIA _____ MES _____ AÑO _____
EDAD: _____ REFERENCIA: <input type="radio"/> CONSULTA <input type="radio"/> URGENCIAS <input type="radio"/> HOSPITALIZACIÓN <input type="radio"/> EXTERNO	
MÉDICO TRATANTE: _____ DIAGNÓSTICO CLÍNICO PRESUNTIVO: _____ ESTUDIO SOLICITADO: _____ TÉCNICO RADIOLOGO TRATANTE: _____	
NÚMERO DE ORDEN DE PAGO: _____ PRECIO DEL ESTUDIO \$ _____	
NUMERO DE PLACAS: _____ TAMAÑO DE PLACAS: _____ PROYECCIONES: _____	
* ATENCION FAVOR DE LLENAR CON LETRA LEGIBLE Y TODOS LOS CAMBIOS COMPLETOS	

 <p>SERVICIO DE URGENCIAS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Fecha</th> <th>Hora</th> <th>Cama</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN O DATOS CLÍNICOS</p> <hr/>	Fecha			Hora	Cama	Día	Mes	Año			_____	_____	_____	_____	_____	<div style="text-align: right;">  <p>Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias Solicitud de Estudios Laboratoriales</p> </div> <p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Nombre del Médico: _____</p> <p>Sello y firma del Médico: _____</p>																							
Fecha			Hora	Cama																																			
Día	Mes	Año																																					
_____	_____	_____	_____	_____																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">HEMATOLOGÍA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Biometría hemática</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> T. de Protombina</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> T. de Tromboplastina parcial</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> INR</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Factor Rh</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> VDRL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Reacciones febriles</td></tr> </tbody> </table>	HEMATOLOGÍA	<input type="checkbox"/> Biometría hemática	<input type="checkbox"/> T. de Protombina	<input type="checkbox"/> T. de Tromboplastina parcial	<input type="checkbox"/> INR	<input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo	<input type="checkbox"/> Factor Rh	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/> Reacciones febriles	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">QUÍMICA CLÍNICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Glucosa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Urea</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Creatinina</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Bilirrubina directa/ indirecta/ total</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> TGO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> TGP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Amilasa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Lipasa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ácido úrico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Colesterol total</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Triglicéridos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Proteínas totales</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Albumina y relación A/G</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Proteína C. reactiva</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sodio, Potasio, Cloro, Calcio</td></tr> </tbody> </table>	QUÍMICA CLÍNICA	<input type="checkbox"/> Glucosa	<input type="checkbox"/> Urea	<input type="checkbox"/> Creatinina	<input type="checkbox"/> Bilirrubina directa/ indirecta/ total	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/> Amilasa	<input type="checkbox"/> Lipasa	<input type="checkbox"/> Ácido úrico	<input type="checkbox"/> Colesterol total	<input type="checkbox"/> Triglicéridos	<input type="checkbox"/> Proteínas totales	<input type="checkbox"/> Albumina y relación A/G	<input type="checkbox"/> Proteína C. reactiva	<input type="checkbox"/> Sodio, Potasio, Cloro, Calcio	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">URIANÁLISIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/> Gravindex</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Pregnosticon</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Amiba en fresco</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Azul de metileno</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Tinción de gram</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Gasometría arterial</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CK</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CK-MB</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Troponina</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> BNP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dímero D</td></tr> </tbody> </table>	URIANÁLISIS	<input type="checkbox"/> Gravindex	<input type="checkbox"/> Pregnosticon	<input type="checkbox"/> Amiba en fresco	<input type="checkbox"/> Azul de metileno	<input type="checkbox"/> Tinción de gram	<input type="checkbox"/> Gasometría arterial	<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> Troponina	<input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> Dímero D
HEMATOLOGÍA																																							
<input type="checkbox"/> Biometría hemática																																							
<input type="checkbox"/> T. de Protombina																																							
<input type="checkbox"/> T. de Tromboplastina parcial																																							
<input type="checkbox"/> INR																																							
<input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo																																							
<input type="checkbox"/> Factor Rh																																							
<input type="checkbox"/> VDRL																																							
<input type="checkbox"/> Reacciones febriles																																							
QUÍMICA CLÍNICA																																							
<input type="checkbox"/> Glucosa																																							
<input type="checkbox"/> Urea																																							
<input type="checkbox"/> Creatinina																																							
<input type="checkbox"/> Bilirrubina directa/ indirecta/ total																																							
<input type="checkbox"/> TGO																																							
<input type="checkbox"/> TGP																																							
<input type="checkbox"/> Amilasa																																							
<input type="checkbox"/> Lipasa																																							
<input type="checkbox"/> Ácido úrico																																							
<input type="checkbox"/> Colesterol total																																							
<input type="checkbox"/> Triglicéridos																																							
<input type="checkbox"/> Proteínas totales																																							
<input type="checkbox"/> Albumina y relación A/G																																							
<input type="checkbox"/> Proteína C. reactiva																																							
<input type="checkbox"/> Sodio, Potasio, Cloro, Calcio																																							
URIANÁLISIS																																							
<input type="checkbox"/> Gravindex																																							
<input type="checkbox"/> Pregnosticon																																							
<input type="checkbox"/> Amiba en fresco																																							
<input type="checkbox"/> Azul de metileno																																							
<input type="checkbox"/> Tinción de gram																																							
<input type="checkbox"/> Gasometría arterial																																							
<input type="checkbox"/> CK																																							
<input type="checkbox"/> CK-MB																																							
<input type="checkbox"/> Troponina																																							
<input type="checkbox"/> BNP																																							
<input type="checkbox"/> Dímero D																																							

Anexo 02: Referencia y contrarreferencia adversa



Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias
Referencia y contrarreferencia



FOLIO

UNIDAD QUE REFIERE _____	CLUES _____
FECHA DE REFERENCIA _____ EXPEDIENTE _____	EDAD _____ / _____ SEXO (M) (F)
Número Año Mes	
NOMBRE DEL PACIENTE _____	TEL. _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s) Paciente	
DOMICILIO _____	Localidad _____ Municipio _____
Calle y No. Colonia	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____	URGENTE (S) (N)
UNIDAD A LA QUE REFIERE _____	ESPECIALIDAD O SERVICIO _____
NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE REFIERE _____	



HOJA DE REFERENCIA



FOLIO

URGENCIA (S) (N)	REGULACIÓN SAMU _____	FECHA DE REGULACIÓN _____
Número		
NOMBRE DEL PACIENTE _____	EDAD _____ / _____	
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s) Año Mes		
SEXO (M) (F)	NÚMERO _____	FAMILIAR RESPONSABLE _____
Expediente TEL.		

UNIDAD A LA QUE REFIERE

UNIDAD _____	Sello de la unidad receptora
DOMICILIO _____	
Calle y No. Colonia C.P.	
Localidad Municipio	
ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE ENVÍA _____	

MOTIVO DEL ENVÍO

SOBRECUIPO (1) FALTA DE PERSONAL (2) FALTA DE MATERIAL (3) PARA ESTUDIO (4) OTRO (5) _____

Especifique

RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO _____

ATENCIÓN QUE SE LE OTORGÓ AL PACIENTE _____

SIGNOS VITALES		
TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA
	°C	Respiratoria Cardíaca
		x ¹ x ¹

SOMATOMETRÍA	
PESO	TALLA
kgs	cms

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA
UNIDAD QUE REFIERE

- Original y copia al paciente (para entregarse en la unidad receptora)
- Anejar copia en expediente de la unidad
- Original regresa contestado por la unidad receptora

Sello de la
Unidad que
refiere

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA
SALUD QUE REFIERE

Documento de Referencia

Página
16

Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Urgencias

Anexo 03: Hoja de derivación



Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias
Hoja de Derivación



UNIDAD QUE DERIVA JJDA FRS LOA EAG MRS Otro _____ FOLIO _____
Especifique

FECHA DE DERIVACIÓN _____ EXPEDIENTE _____ EDAD _____ / _____ SEXO M F
Número Año Mes

NOMBRE DEL PACIENTE _____ TEL. _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s) Paciente

DOMICILIO _____
Calle y No. Colonia Localidad Municipio

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____ URGENTE Sí No

UNIDAD A LA QUE DERIVA _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD QUE DERIVA _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD _____



HOJA DE DERIVACIÓN



FOLIO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ / _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre(s) Año Mes

SEXO M F EXPEDIENTE _____ FAMILIAR RESPONSABLE _____ TEL. _____
Número

UNIDAD A LA QUE DERIVA

UNIDAD JJDA FRS LOA EAG MRS Otro _____
Especifique

_____ Calle y No. Colonia C.P.

_____ Localidad Municipio

ESPECIALIDAD O SERVICIO AL QUE ENVÍA _____

MOTIVO DEL ENVÍO

SOBRECUIPO 1 FALTA DE PERSONAL 2 FALTA DE MATERIAL 3 PARA ESTUDIO 4 INTENTO DE SUICIDIO 5 IDEACIÓN SUICIDA ACTIVA 6

OTRO 7 _____
Especifique

RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO _____

ATENCIÓN QUE SE LE OTORGÓ AL PACIENTE _____

SIGNOS VITALES

TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA	
	°C	Respiratoria	Cardíaca
		X ¹	X ¹

SOMATOMETRÍA

PESO	TALLA
kgs	cms

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA
UNIDAD QUE DERIVA

Sello de la
Unidad que
deriva

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA
SALUD QUE DERIVA

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

Clave: 032P-CV_001

Documentación: 8 de abril del 2016

Actualización: 23 de noviembre del 2016

Autorización: **6 de enero del 2017**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Registros Médicos Estadística y TIC's

Documento de Referencia

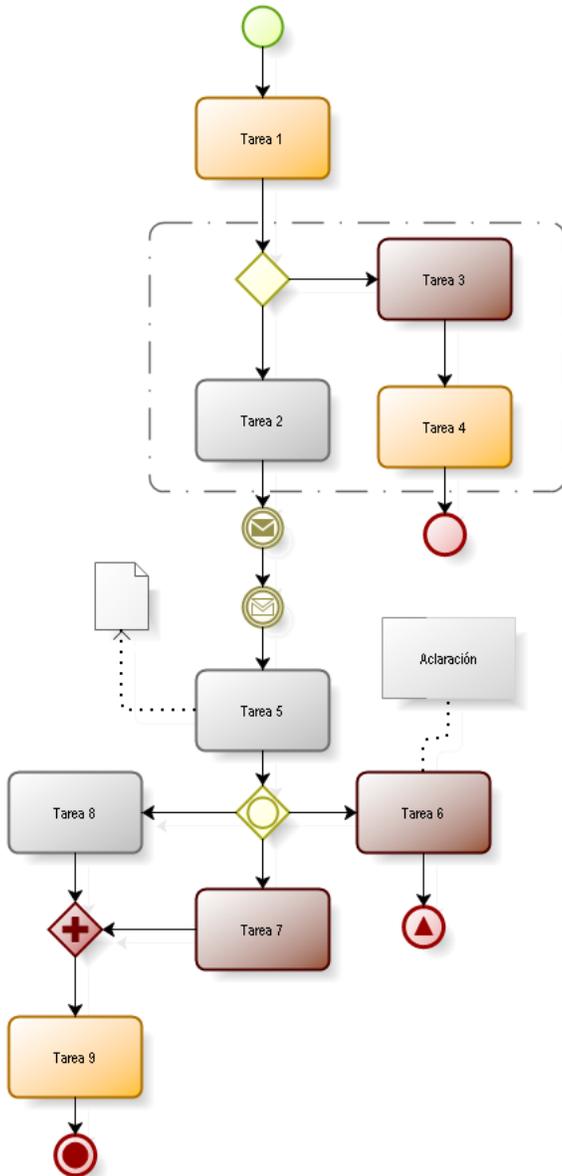
Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Departamento de Innovación y Desarrollo

Vo. Bo.: **RÚBRICA**
DR. GILDARDO DAVID FLORES ROBLES
Director de la Unidad Médica de Urgencias
Dr. Ernesto Arias González

Aprobó: **RÚBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

Clave: 032P-CV_001

Documentación: 8 de abril del 2016

Actualización: 23 de noviembre del 2016



1.- OBJETIVO

Contar con lineamientos administrativos de emisión, control y resguardo de los expedientes clínicos para evitar la duplicidad de folios y de expedientes, en apego a la norma oficial mexicana en materia de expediente clínico.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia desde que un Médico tratante/Residente solicita al área de archivo de la unidad médica de urgencias y termina cuando el vale del expediente clínico se archiva temporalmente.

Áreas que intervienen:

Registros Médicos, Estadística y TIC's y todas áreas de servicios médicos de la unidad médica de urgencias

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

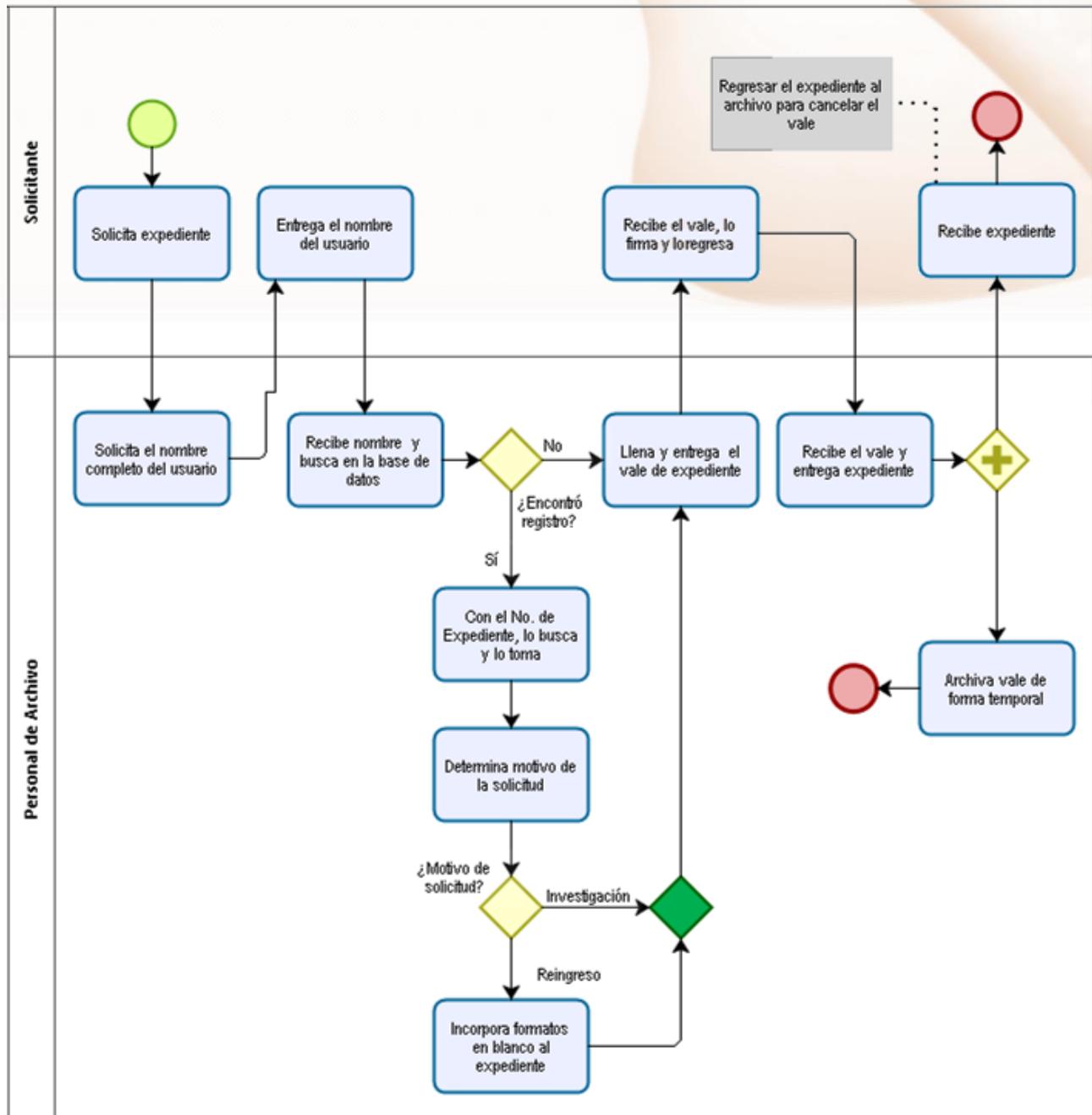
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento 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. Los médicos residentes deben cumplir con la norma oficial mexicana en materia de expediente clínico y con todos los lineamientos administrativos, manuales y procedimientos de la unidad médica de urgencias.
3. El solicitante de expedientes clínicos, debe ser el médico tratante, el residente o enfermera (personal de base).
4. Es responsabilidad del médico tratante de la custodia de los expedientes clínicos y hacer la devolución del mismo, al área de archivo 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)	
c).	Instaurar mecanismos de control, supervisión y evaluación de calidad de la atención médica prestada a los usuarios
f).	Documentar los procedimientos... en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación o certificación.
j).	Identificar oportunidades de mejora de la calidad en la atención médica, así como corregir anomalías que sean detectadas.

Documento	0000E-CV_001 Manual de Organización Específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.0.1 Registros Médicos Estadística y TIC's	
a) Contribuir a la prestación de la mejor atención posible a los pacientes, asegurando que su expediente clínico sea único, íntegro, confidencial accesible y oportuno en el momento de la atención,	
b) Organizar y controlar la recolección, revisión, codificación y tabulación de los expedientes clínicos de forma diaria,	
h) Cumplir estrictamente con la normatividad en materia de integración y custodia de los expedientes clínicos; así como en la distribución oportuna de los mismos a los servicios solicitantes, invariablemente a través de vales de préstamo,	
i) Mantener el acceso a los expedientes clínicos restringido al personal de salud involucrado en la atención del paciente o a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas que lo soliciten o a terceros cuando medie la solicitud por escrito del paciente, tutor o representante legal.	
l) Coordinar la impresión y distribución de los formatos necesarios a todo el personal de acuerdo con la información que debe generar y vigilar la suficiencia,	

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



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Solicitante (Médico tratante, Residente y Enfermera (base)).	Solicita al personal del Archivo Clínico un "Expediente clínico"						
2.	Personal de Archivo del área de Registros Médicos, Estadística y TIC's	Recibe al Solicitante pide al mismo, el nombre completo del usuario. Nota: Asegúrese de que el solicitante sea el médico tratante o un médico residente en activo o bien, una enfermera de base						
3.	Solicitante	Recibe la indicación y entrega el nombre completo del usuario al Personal de Archivo						
4.	Personal de Archivo	Con el nombre del usuario, busca en la base de datos si ésta persona ya cuenta con algún registro anterior.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Encontró registro en la base de datos?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Con el número de expediente, acude al estante de los expedientes, busca y toma el expediente. Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Aplica actividad 6</td> </tr> </tbody> </table>	¿Encontró registro en la base de datos?	Entonces	Sí	Con el número de expediente, acude al estante de los expedientes, busca y toma el expediente. Aplica actividad siguiente.	No	Aplica actividad 6
		¿Encontró registro en la base de datos?	Entonces					
Sí	Con el número de expediente, acude al estante de los expedientes, busca y toma el expediente. Aplica actividad siguiente.							
No	Aplica actividad 6							
5.	Personal de Archivo	Determina el motivo de la solicitud del expediente, ya sea por tratarse de una investigación o por el reingreso de algún usuario a la unidad médica de urgencias.						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Motivo de la solicitud del expediente?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Investigación</td> <td>Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Reingreso</td> <td>Incorpora al expediente, formatos en blanco. Aplica actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿Motivo de la solicitud del expediente?	Entonces	Investigación	Aplica actividad siguiente.	Reingreso	Incorpora al expediente, formatos en blanco. Aplica actividad siguiente
		¿Motivo de la solicitud del expediente?	Entonces					
Investigación	Aplica actividad siguiente.							
Reingreso	Incorpora al expediente, formatos en blanco. Aplica actividad siguiente							
6.		Toma un "Vale de solicitud de expediente" (anexo 01), lo llena y entrega al Solicitante						
7.	Solicitante	Recibe el "Vale de solicitud de expediente", lo firma y lo regresa al Personal de Archivo.						
8.	Personal de Archivo	Recibe el "Vale de solicitud de expediente" y entrega el expediente solicitado al Solicitante. Nota: En el caso de tratarse de un "Expediente clínico" (anexo 02) en blanco, debe llenar la hoja frontal con los datos del usuario						
9.	Solicitante y Personal de Archivo	De forma paralela el Solicitante y el Personal de Archivo, proceden con base en la siguiente tabla						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Responsable</th> <th>Tarea a realizar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Solicitante</td> <td>Recibe el expediente y se retira. Nota: El Solicitante, debe regresar el expediente al archivo para proceder con la cancelación del "Vale de solicitud de expediente"</td> </tr> <tr> <td>Personal de Archivo</td> <td>Archiva el "Vale de solicitud de expediente" de forma temporal hasta que el Solicitante regrese el expediente</td> </tr> </tbody> </table>	Responsable	Tarea a realizar	Solicitante	Recibe el expediente y se retira. Nota: El Solicitante, debe regresar el expediente al archivo para proceder con la cancelación del "Vale de solicitud de expediente"	Personal de Archivo	Archiva el "Vale de solicitud de expediente" de forma temporal hasta que el Solicitante regrese el expediente
		Responsable	Tarea a realizar					
Solicitante	Recibe el expediente y se retira. Nota: El Solicitante, debe regresar el expediente al archivo para proceder con la cancelación del "Vale de solicitud de expediente"							
Personal de Archivo	Archiva el "Vale de solicitud de expediente" de forma temporal hasta que el Solicitante regrese el expediente							
Fin de Procedimiento								

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| • Magdalena Plascencia Pérez | • Gabriela Plascencia Pérez |
|------------------------------|-----------------------------|

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Expediente clínico	Es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, de imaginología, electrónicos, y de cualquier otra índole; en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. "Norma Oficial del Expediente clínico".

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
008OE-CV_001	Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias.
NOM-001-SSA3-2012	Educación en salud para la organización y funcionamiento de las residencias médicas
NOM-004-SSA3-2012	Norma oficial mexicana en materia del expediente clínico.
N. A.	Reglamento que regula la admisión, funciones, condiciones de trabajo y demás generalidades a que se ajusta el servicio de residencia o posgrado dentro de la Dirección General Municipal de Salud del municipio de Guadalajara

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N. A.	Anexo 01 Vale de solicitud de expediente clínico
N. A.	Anexo 02 Expediente clínico

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	23/Nov/2016	Todos	Primera vez que se documenta bajo BPMN



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

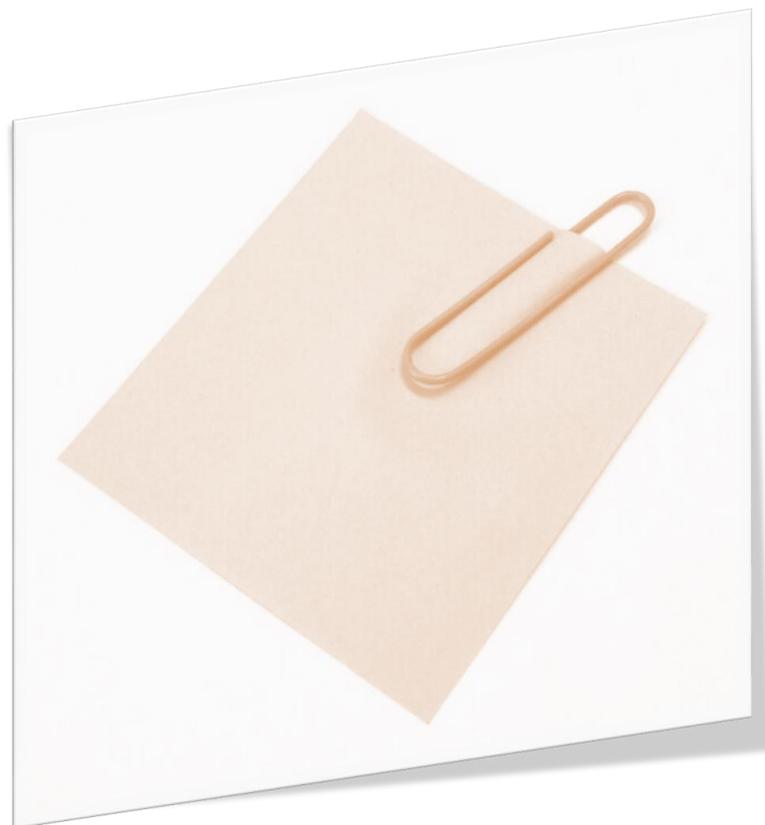
Clave: 032P-CV_001

Documentación: 8 de abril del 2016

Actualización: 23 de noviembre del 2016



ANEXOS

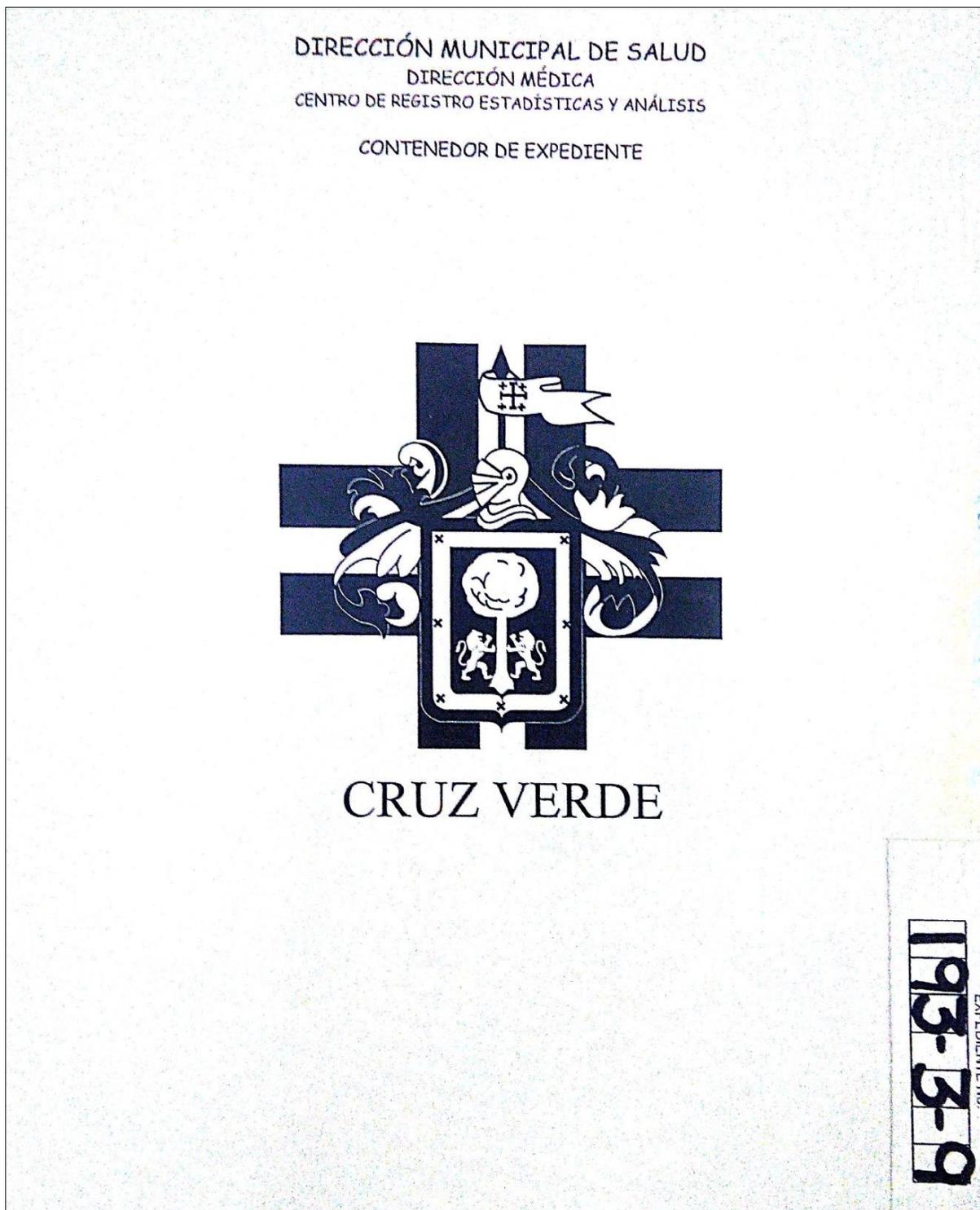




Anexo 01: Vale de solicitud de expediente clínico
(formato sugerido)

 CRUZ VERDE	<p>DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD <i>DIRECCIÓN MÉDICA</i> CENTRO DE REGISTRO ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS</p> <p>VALE ÚNICO DE EXPEDIENTE CLÍNICO</p> <p>UNIDAD: _____</p> <p>No. DE EXP.: _____</p> <p>NOMBRE: _____</p> <p>ENTREGÓ: _____</p> <p>RECIBIÓ: _____</p> <p>SERVICIO: _____</p> <p>FECHA: _____</p> <p>VÁLIDO SOLO POR 24 HORAS</p>
---	--

Anexo 02: Expediente clínico
(formato sugerido)





**DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CRUZ VERDE GUADALAJARA**

CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO

NUM. REGISTRO

NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

INDICE:		
LISTA DE PROBLEMAS	HOJA BLANCA	001
ADMISION HOSPITALARIA	HOJA BLANCA	002
HOJA DE CONSENTIMIENTO	HOJA BLANCA	003
HOJA DE INTERROGATORIO	HOJA BLANCA	004/1, 004/2, 004/3
NOTA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	006/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	006/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	006
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	HOJA AMARILLA	007
HOJA DE PROGRAMACION QUIRURGICA	HOJA CAFE	008
HOJA DE REFERENCIA	HOJA GRIS	009
HOJA DE INTERCONSULTA	HOJA BEIGE	010
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO	HOJA AMARILLA C.	011
HOJA DE REPORTE CLINICO	HOJA BLANCA	012
HOJA DE ALTA VOLUNTARIA	HOJA BLANCA	013

D.M. S/98

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_001

Documentación: 17 de febrero del 2016

Actualización: 05 de diciembre del 2016

Autorización: **6 de enero del 2017**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Urgencias

Documento de Referencia

Autorizaciones

Elaboró:

RÚBRICA

DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y Desarrollo

Vo. Bo.:

RÚBRICA

DR. JUAN VIDRIO LÓPEZ
Director de la Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó:

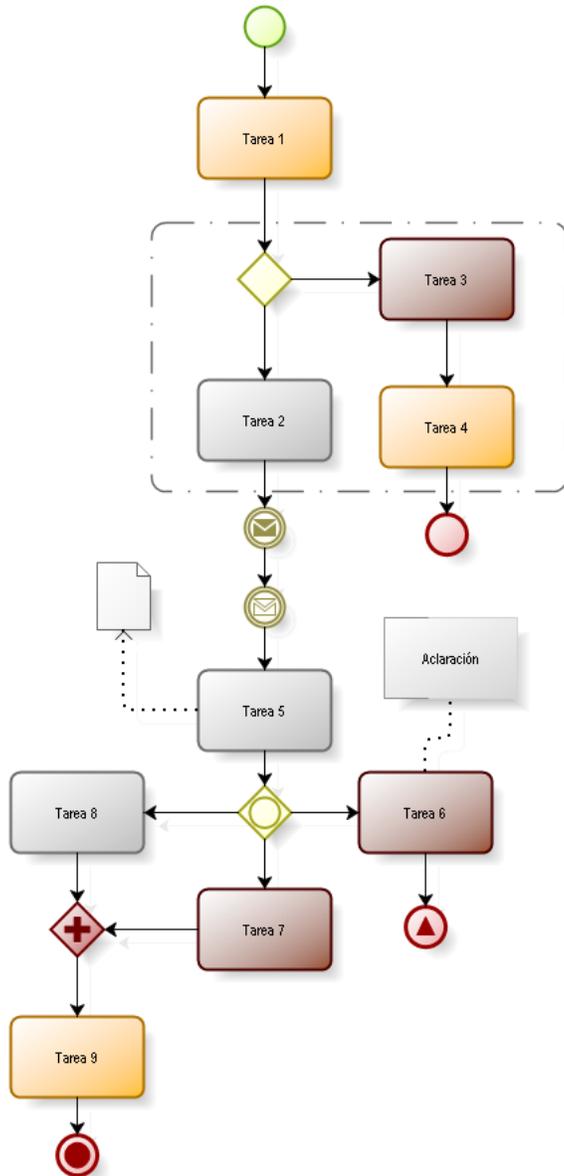
RÚBRICA

DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

RÚBRICA

DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



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:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:	8
11. Descripción de Cambios	8
Anexos	9



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_001

Documentación: 17 de febrero del 2016

Actualización: 05 de diciembre del 2016



1.- OBJETIVO

Llevar el control de los procesos quirúrgicos de los usuarios que así lo ameriten, para hacer más eficientes los recursos institucionales, y dar prioridad a las situaciones de urgencias que se presenten.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia desde que el médico tratante recibe los datos de un usuario que requiere de intervención quirúrgica y termina en dos vertientes, por un lado, cuando el usuario recibe su fecha de programación quirúrgica y por el otro, cuando el Anestesiólogo termina el proceso de programación quirúrgica definitiva.

Áreas que intervienen:

Urgencias y Consulta externa de especialidad

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

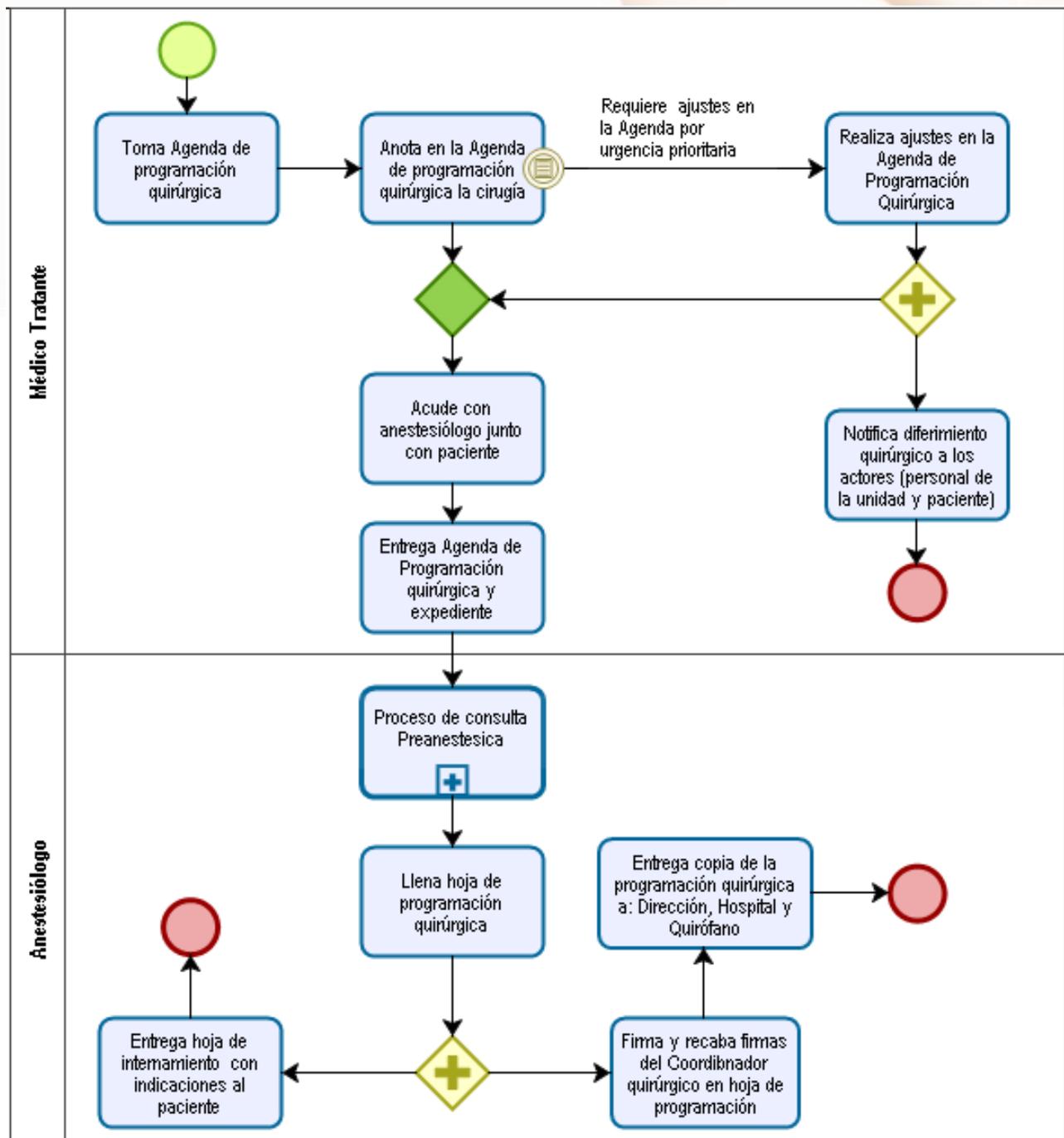
- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento 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 quien programe un proceso quirúrgico, la de notificar al usuario su fecha programada o cuando ésta sufra algún diferimiento por casos de urgencia mayor.
- El personal de salud del área de urgencias, debe registrar en los formatos establecidos por la unidad médica de urgencias, los datos necesarios de la situación de cada paciente e incorporar dichos formatos, en el expediente clínico de cada usuario.
- Con el fin de contar con disponibilidad de hemocomponentes para cuando se requieran, se tiene la necesidad de que los familiares de los pacientes acudan al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS) para realizar donación de sangre, por lo que, el personal médico y el de trabajo social, debe solicitar el (los) comprobante(s) de donación correspondiente.
- Es responsabilidad de los médicos especialistas, la de programar cirugías, hasta que el usuario o familiar, entregue copia del(los) comprobante(s) de donación correspondiente(s).
- En caso de haberse realizado una transfusión urgente, el personal médico y de trabajo social, debe solicitar el(los) comprobante(s) de donación previo al alta del paciente.

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)	
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	008OE-DSMM_001 Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.2.2 Urgencias	
p) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica,	
q) Mantener una comunicación directa entre las unidades médicas, para valorar ingreso de pacientes según capacidad física resolutive, y,	
r) 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.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_001

Documentación: 17 de febrero del 2016

Actualización: 05 de diciembre del 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
1.	Médico tratante	Toma la "Agenda de programación quirúrgica" (ver anexo 01)
2.	Médico tratante	Anota en la " Agenda de programación quirúrgica " (ver anexo 01) la fecha de la tentativa de cirugía. Nota: Si se diera el caso de realizar ajustes en la "Agenda de programación quirúrgica" debido a que se trata una situación de mayor urgencia que las ya programadas, entonces, realiza los ajustes pertinentes a la misma y, además, notifica el diferimiento quirúrgico a los diferentes actores (personal de la unidad y pacientes).
3.	Médico tratante	Acude con el anestesiólogo junto con el paciente
4.	Médico tratante	Entrega la fecha tentativa de programación quirúrgica asignada al paciente, junto con el expediente clínico al Anestesiólogo
5.	Anestesiólogo	Realiza el proceso de consulta preanestésica
6.	Anestesiólogo	Derivado del proceso de consulta preanestésica, llena con letra clara, la " Hoja de programación quirúrgica " (ver anexo 02)
7.	Anestesiólogo	Elabora la " Hoja de internamiento " (ver anexo 03) con las indicaciones que se requieran.
8.	Anestesiólogo	Por un lado, entrega al paciente la hoja de internamiento con las debidas indicaciones (en este momento, el usuario se retira y continúa con las indicaciones que le dieron hasta el día que se le haya programado su intervención). Por el otro lado, firma la " Hoja de programación quirúrgica " (ver anexo 02) y recaba la firma del Coordinador quirúrgico
9.	Anestesiólogo	Entrega copia de la Hoja de programación quirúrgica a la dirección de la unidad médica, al área de hospitalización y al quirófano para que se tomen las medidas necesarias durante el proceso de intervención quirúrgica. Fin de procedimiento

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| • Mtro. Carlos Tello Mireles | • Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano | • Dr. Héctor Omar Malta Mendoza |
| • Dr. Jorge Arturo Esqueda Suarez | • Dra. Rosario Sánchez Mora | |

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Programación quirúrgica	Acción y efecto de programar una intervención quirúrgica, previa manifestación de la intención por parte del médico.

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 específicos de la unidad médica de urgencias "Cruz verde"
019P-CV_001	Procedimiento para otorgar consulta externa de especialidad médica
	Procedimiento de consulta preanestésica

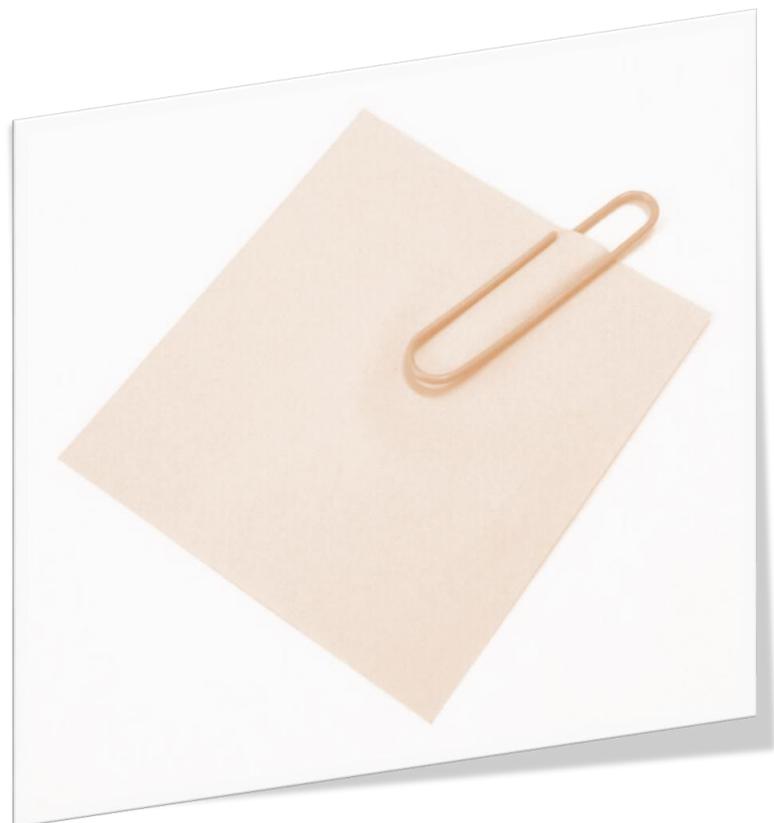
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N. A.	Anexo 01 Agenda quirúrgica
	Anexo 02 Hoja de programación quirúrgica
	Anexo 03 Hoja de internamiento

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	05/Dic/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS





Anexo 02: Hoja de programación quirúrgica



Sistema de Información de Atención
Médica de Urgencias
Hoja de Programación Quirúrgica

SOLICITANTE: UNIDAD JDA UNIDAD LOA UNIDAD EAG UNIDAD FRS UNIDAD MRS UAPS

Turno: Matutino

Fecha	Sala	Turno	Nombre	Edad	Sexo	Exp.	Diagnóstico	Procedimiento	Anestesiólogo	Cirujano	Pendientes

Turno: Vespertino

Fecha	Sala	Turno	Nombre	Edad	Sexo	Exp.	Diagnóstico	Procedimiento	Anestesiólogo	Cirujano	Pendientes

Fecha de realización: _____
Fecha de cirugía: _____

C.c.p. Director de la Unidad
C.c.p. Hospital
C.c.p. Trabajo Social
C.c.p. CEYE
C.c.p. Quirófano
C.c.p. Coordinador General
C.c.p. Patronato

Anexo 03: Hoja de internamiento

 <p>Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad</p>	<p>Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias Solicitud de Estudios Laboratoriales</p>  <p>Gobierno de Guadalajara</p>
<p>Nombre del paciente: _____</p>	
<p>Registro: _____ Edad: _____ Servicio Tratante: _____</p>	
<p>Diagnóstico prequirúrgico: _____</p>	
<p>Cirugía programada: _____</p>	
<p>Favor de presentarse en admisión del hospital a las: _____</p>	
<p>El día: _____</p>	
<p>Ayuno a partir de las: _____ Del día: _____</p>	
<p>Indicaciones:</p>	
<p>1 _____</p>	
<p>2 _____</p>	
<p>3 _____</p>	
<p>4 _____</p>	
<p>5 _____</p>	
<p>Dr. _____</p>	

Procedimiento para otorgar consulta preanestésica

Clave: 024P-CV_001

Documentación: 25 de febrero del 2016

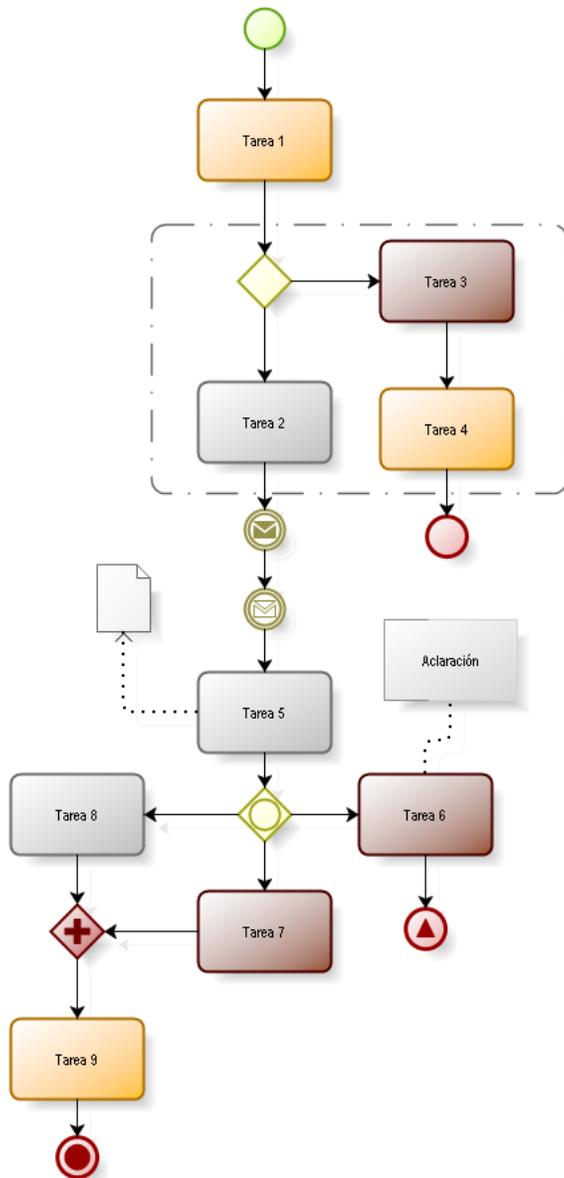
Actualización: 6 de diciembre del 2016

Autorización: **6 de enero del 2017**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Urgencias



Documento de Referencia

Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y Desarrollo

Vo. Bo.: **RÚBRICA**
DR. JUAN VIDRIO LÓPEZ
Director de la Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó: **RÚBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



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:.....	8
8.- Definiciones:.....	8
9.- Documentos de Referencia:.....	8
10.- Formatos Utilizados:.....	8
11. Descripción de Cambios.....	8
Anexos.....	9



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para otorgar consulta preanestésica

Clave: 024P-CV_001

Documentación: 25 de febrero del 2016

Actualización: 6 de diciembre del 2016



1.- OBJETIVO

Determinar, con base a los protocolos o guías de práctica clínica, si el Usuario puede ser intervenido quirúrgicamente sin riesgos y con plena seguridad.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

Inicia cuando el médico tratante, después de haber dado la consulta externa de especialidad médica, determina que el Usuario requiere de una intervención quirúrgica y termina en tres situaciones distintas:

- Una tiene verificativo cuando el anesthesiólogo asigna fecha tentativa de intervención quirúrgica al Usuario.
- Otra cuando le Anesthesiólogo deriva al Médico Tratante el caso, porque al Usuario no es posible realizarle una cirugía y, por último,
- Cuando el médico tratante le proporciona una alternativa no quirúrgica al Usuario.

Áreas que intervienen:

Urgencias

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

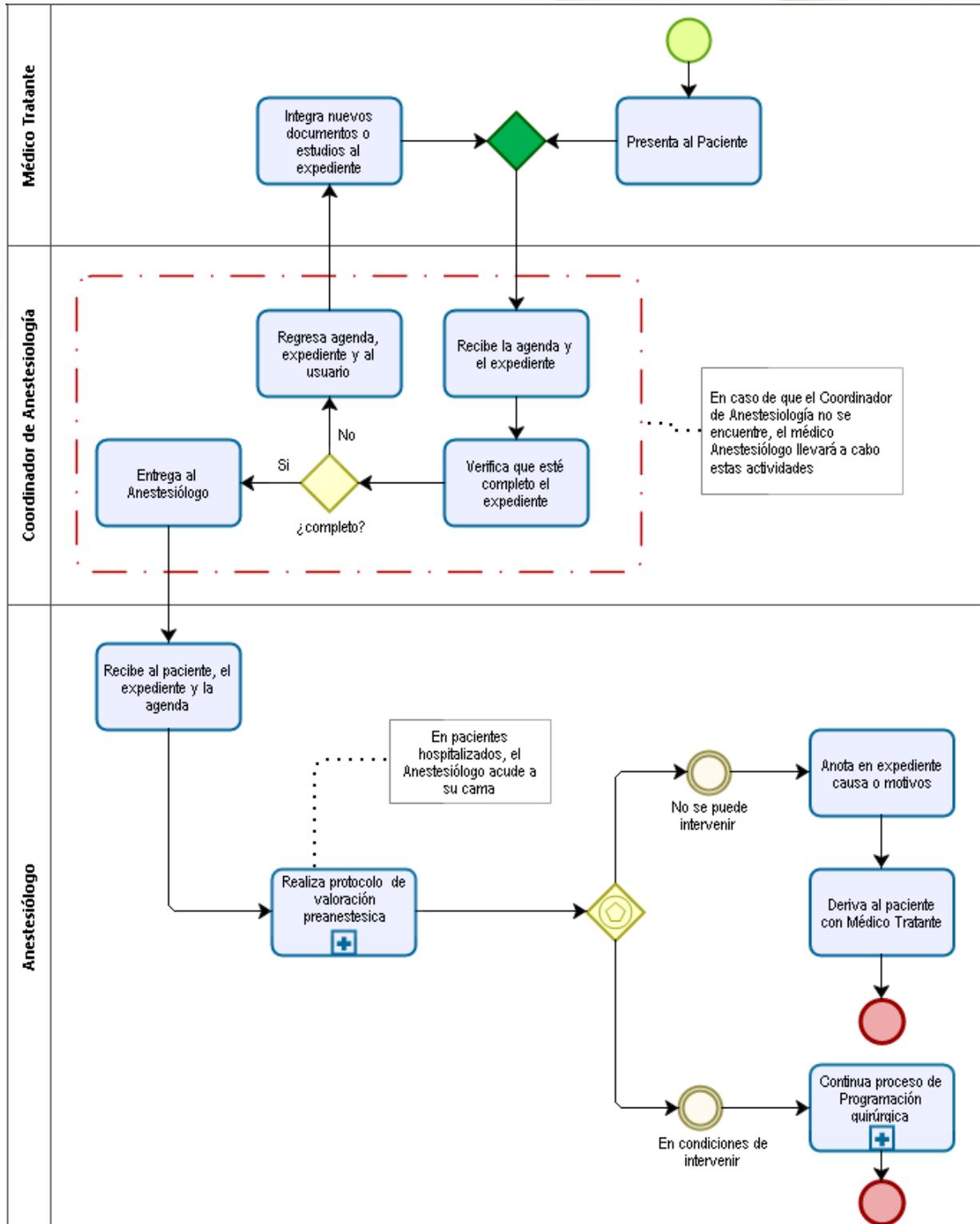
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento 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. Llevar e incorporar todos los registros necesarios en el expediente clínico de cada usuario.

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)	
a)	Implementar las acciones necesarias para acreditar la unidad médica de urgencias...
b)	Coadyuvar para que se dé atención médica integral a la población, que demanda servicios en la unidad médica de urgencias 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	008OE-DSMM_001 Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.2.2 Urgencias	
c) Integrar los expedientes clínicos conforme a la normatividad para realizar el manejo apropiado del paciente,	
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,	
q) Mantener una comunicación directa entre las unidades médicas, para valorar ingreso de pacientes según capacidad física resolutive, y	
r) 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.





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para otorgar consulta preanestésica

Clave: 024P-CV_001

Documentación: 25 de febrero del 2016

Actualización: 6 de diciembre del 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Médico tratante	Presenta al paciente con el Coordinador de Anestesiología						
2.	Coordinador de Anestesiología	<p>Recibe al paciente, el expediente y la fecha tentativa de cirugía</p> <p>Nota: Si no se encontrara el coordinador de anestesiología, el Anestesiólogo debe realizar las tareas del coordinador de anestesiología.</p>						
3.	Coordinador de Anestesiología	<p>Verifica que el expediente se encuentre completo</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿El Expediente está completo?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td> <p>Entrega expediente y paciente al Anestesiólogo.</p> <p>Continúa en la actividad 5</p> </td> </tr> <tr> <td>No</td> <td> <p>Regresa los documentos y al paciente con el Médico tratante indicando los motivos del regreso.</p> <p>Continúa en la siguiente actividad</p> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Si no se encontrara el coordinador de anestesiología, el Anestesiólogo debe realizar las tareas del coordinador de anestesiología.</p>	¿El Expediente está completo?	Entonces	Sí	<p>Entrega expediente y paciente al Anestesiólogo.</p> <p>Continúa en la actividad 5</p>	No	<p>Regresa los documentos y al paciente con el Médico tratante indicando los motivos del regreso.</p> <p>Continúa en la siguiente actividad</p>
		¿El Expediente está completo?	Entonces					
		Sí	<p>Entrega expediente y paciente al Anestesiólogo.</p> <p>Continúa en la actividad 5</p>					
No	<p>Regresa los documentos y al paciente con el Médico tratante indicando los motivos del regreso.</p> <p>Continúa en la siguiente actividad</p>							
4.	Médico tratante	Integra al expediente los documentos o estudios faltantes y continúa en la actividad 2						
5.	Anestesiólogo	<p>Recibe el expediente y al paciente y aplica protocolo de valoración preanestésica y con base en lo que resulte resuelva el camino a seguir:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Situación encontrada</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>El paciente no se puede intervenir</td> <td> <p>Anota en el "Expediente clínico" (anexo 01) la causa o motivos por los cuales no se puede intervenir al paciente.</p> <p>Continúa en la actividad 6</p> </td> </tr> <tr> <td>Paciente en condiciones de intervenir</td> <td>Continúa en la actividad 7</td> </tr> </tbody> </table>	Situación encontrada	Entonces	El paciente no se puede intervenir	<p>Anota en el "Expediente clínico" (anexo 01) la causa o motivos por los cuales no se puede intervenir al paciente.</p> <p>Continúa en la actividad 6</p>	Paciente en condiciones de intervenir	Continúa en la actividad 7
		Situación encontrada	Entonces					
		El paciente no se puede intervenir	<p>Anota en el "Expediente clínico" (anexo 01) la causa o motivos por los cuales no se puede intervenir al paciente.</p> <p>Continúa en la actividad 6</p>					
Paciente en condiciones de intervenir	Continúa en la actividad 7							
6.	Anestesiólogo	<p>Deriva al paciente con el Médico tratante.</p> <p>Fin de procedimiento</p>						
7.	Anestesiólogo	<p>Continua en el proceso de programación quirúrgica.</p> <p>Fin de procedimiento</p>						

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

<ul style="list-style-type: none"> • Mtro. Carlos Tello Mireles • Dr. Jorge Arturo Esqueda Suarez 	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano • Dra. Rosario Sánchez Mora 	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Héctor Omar Malta Mendoza
---	--	---

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Programación quirúrgica	Acción y efecto de programar una intervención quirúrgica, previa manifestación de la intención por parte del médico.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
007OG-DSMM_001	Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
008OG-DSMM_001	Manual de Organización Específico de la Unidad Médica de Urgencias "Cruz verde"
020P-CV_001	Procedimiento para la programación quirúrgica

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Expediente clínico

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

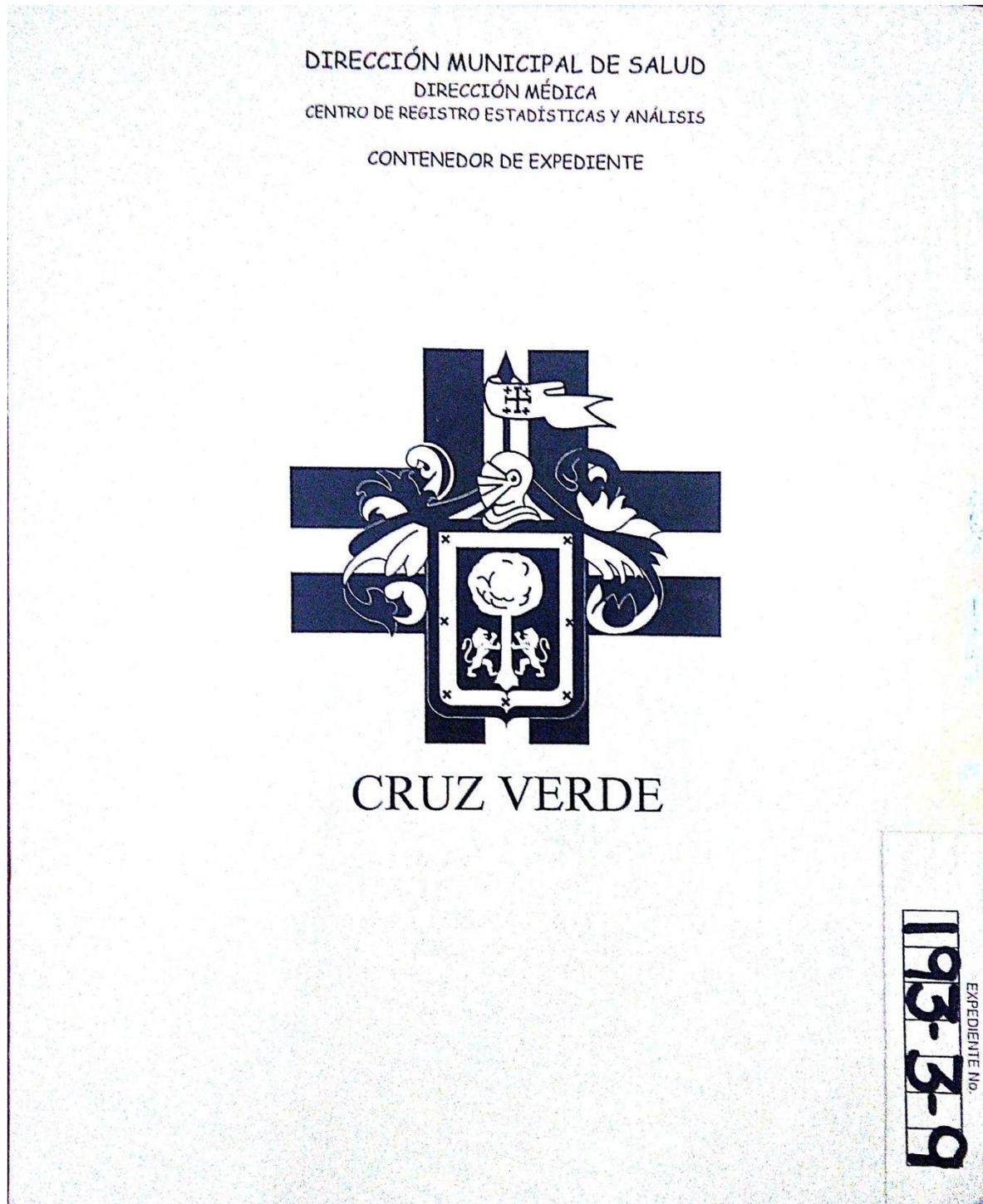
No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	22/Nov/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN
2.			

ANEXOS





Anexo 01: Expediente clínico (formato sugerido)





**DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CRUZ VERDE GUADALAJARA**

CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO

NUM. REGISTRO

NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

INDICE:		
LISTA DE PROBLEMAS	HOJA BLANCA	001
ADMISION HOSPITALARIA	HOJA BLANCA	002
HOJA DE CONSENTIMIENTO	HOJA BLANCA	003
HOJA DE INTERROGATORIO	HOJA BLANCA	004/1, 004/2, 004/3
NOTA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	005/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	005/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	006
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	HOJA AMARILLA	007
HOJA DE PROGRAMACION QUIRURGICA	HOJA CAFE	008
HOJA DE REFERENCIA	HOJA GRIS	009
HOJA DE INTERCONSULTA	HOJA BEIGE	010
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO	HOJA AMARILLA C.	011
HOJA DE REPORTE CLINICO	HOJA BLANCA	012
HOJA DE ALTA VOLUNTARIA	HOJA BLANCA	013

D.M. S/98

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_001

Documentación: 18 de julio del 2016

Actualización: 18 de noviembre del 2016

Autorización: **6 de enero del 2016**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Logística Administrativa

Documento de Referencia

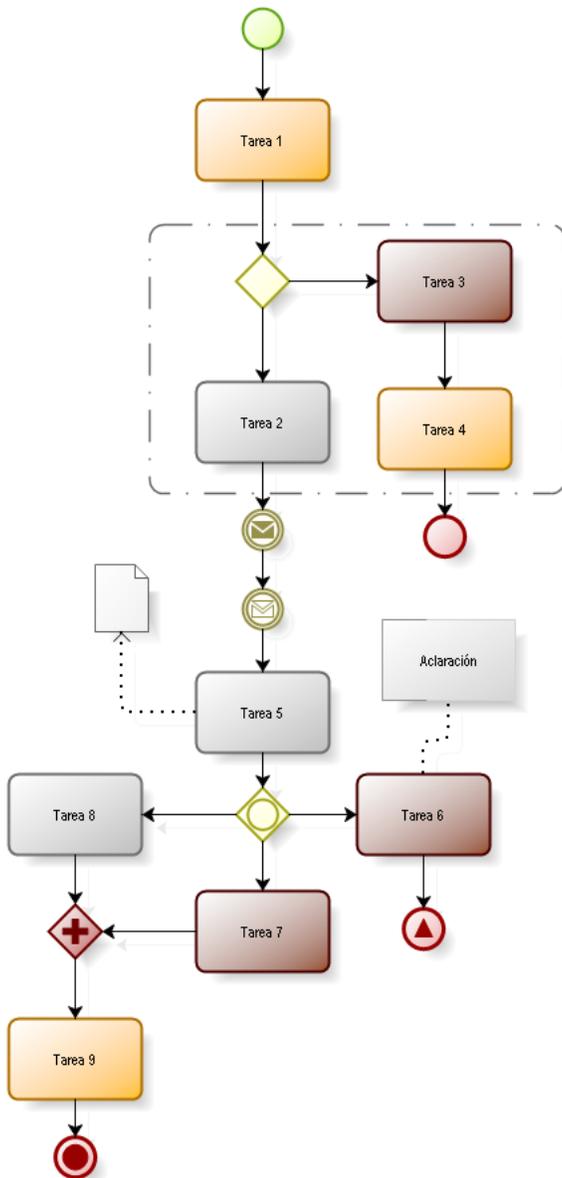
Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y desarrollo

Vo. Bo.: **RÚBRICA**
DR. JUAN VIDRIO LÓPEZ
Director de la Unidad Médica de Urgencias
Dr. José de Jesús Delgadillo y Araujo

Aprobó: **RÚBRICA**
L.C.P. ADRIANA ALATORRE GOMAR
Subdirección de Servicios Administrativos

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales





Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018





ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_001

Documentación: 18 de julio del 2016

Actualización: 18 de noviembre del 2016



1.- OBJETIVO

Lograr la adecuada clasificación recolección y disposición de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI) para disminuir los factores de riesgo biológico en la transmisión de infecciones

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia cuando los servidores que generan RPBI clasifican, separan, depositan y envasan los RPBI en los depósitos destinados a tal fin y termina, cuando se lava y desinfecta el carro recolector de RPBI.

Áreas que intervienen:

Área de Intendencia las áreas de hospitalización, urgencias y de consulta externa que generen RPBI

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 del personal de intendencia, y del que genere el RPBI, la de asegurarse que todos los recipientes y bolsas contenedoras de RPBI, no se llenen más del 80% de su capacidad, ello como medida adicional de seguridad.
- Los servidores públicos que manejen o generen RPBI, deben evitar el poner los botes con bolsa roja para residuos no anatómicos en los pasillos y en los cubículos de encamados.
- Es obligación de la Coordinación de Apoyo Logístico de la Unidad Médica de Urgencias, la de vigilar que éste procedimiento, se ejecute correctamente, así como la de llevar los controles y registros necesarios que evidencien las acciones realizadas.
- El personal de intendencia debe portar el equipo de protección requerido en el manejo de residuos, para prevenir daños a la salud, tanto del propio trabajador como de los demás compañeros y usuarios.
- Es responsabilidad de la Coordinación de Apoyo Logístico de la Unidad Médica de urgencias, la de colocar letreros indicadores de ruta de RPBI, de depósitos de RPBI en cada servicio, así como la de establecer horarios de recolección de RPBI.
- El personal de intendencia debe evitar el trasvase de residuos entre bolsas y evitar el arrastre de las mismas



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_001

Documentación: 18 de julio del 2016

Actualización: 18 de noviembre del 2016



4.- RESPONSABILIDADES

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de la Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Funciones	
1.0 Unidad Médica de Urgencias (Cruz Verde)	
a).	Implementar las acciones necesarias para acreditar la unidad médica de urgencias y buscar la certificación de ser necesaria o de acuerdo a instrucciones superiores.
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.
1.03. Logística Administrativa	
i)	Vigilar el buen manejo de los residuos biológico e infecciosos y estar al pendiente de la recolección de los residuos.
1.2.2. 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.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

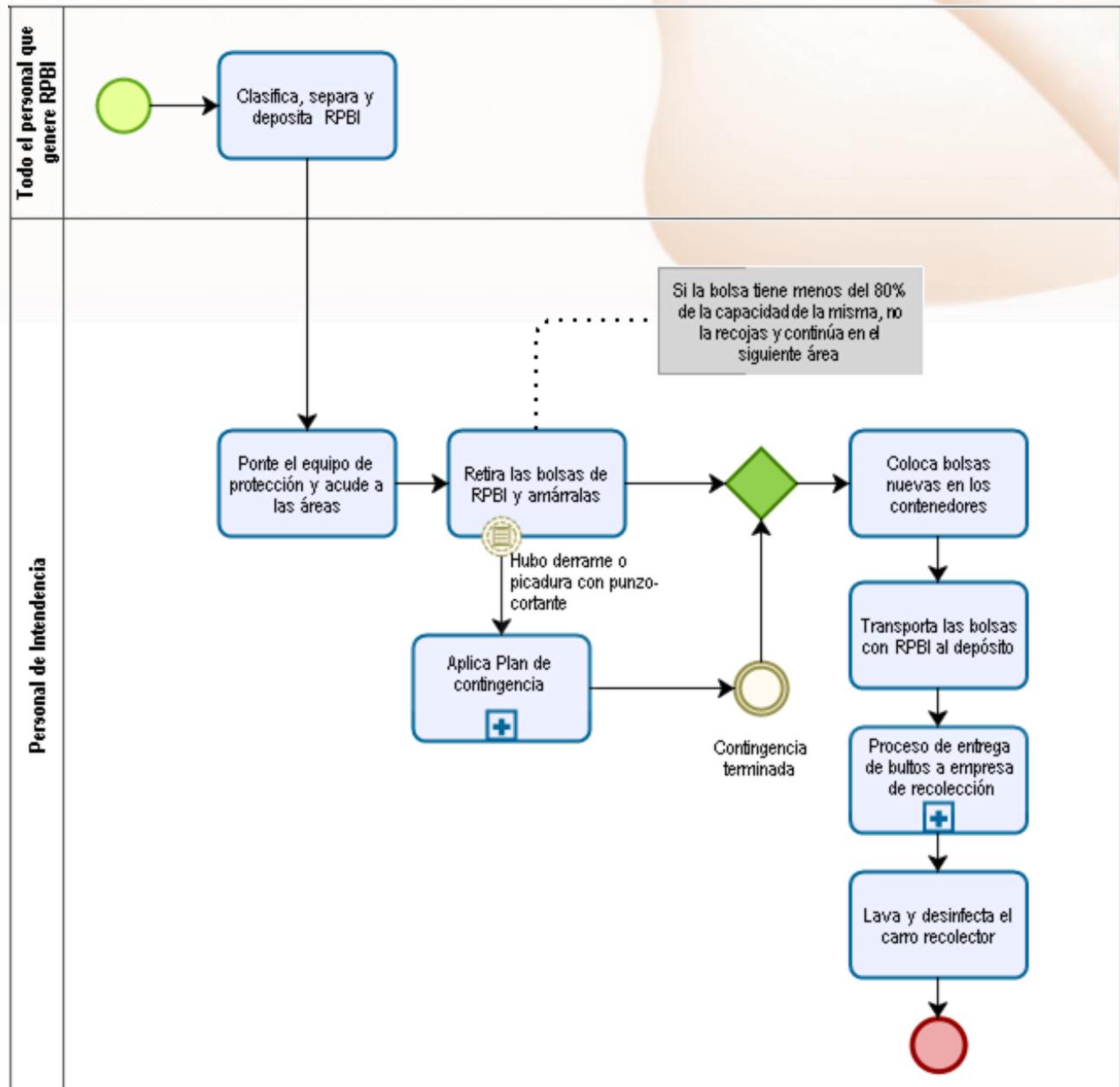
Clave: 033P-CV_001

Documentación: 18 de julio del 2016

Actualización: 18 de noviembre del 2016



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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_001

Documentación: 18 de julio del 2016

Actualización: 18 de noviembre del 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad																					
1.	Todo el personal que genere RPBI	<p>Clasifica, separa y deposita el RPBI en las bolsas, contenedores o recipientes correspondientes de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tipo de residuo</th> <th>Estado físico</th> <th>Envasado</th> <th>Color</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sangre</td> <td>Líquidos</td> <td>Recipientes herméticos</td> <td rowspan="2">Rojo</td> </tr> <tr> <td>Cultivos y Cepas</td> <td rowspan="2">Sólido</td> <td>Bolsas de plástico</td> </tr> <tr> <td>Patológicos</td> <td>Líquido</td> <td>Recipientes herméticos</td> <td>Amarillo</td> </tr> <tr> <td>No anatómicos</td> <td rowspan="2">Sólido</td> <td>Bolsa de plástico</td> <td rowspan="2">Rojo</td> </tr> <tr> <td>Punzocortantes</td> <td>Recipientes rígidos</td> </tr> </tbody> </table>	Tipo de residuo	Estado físico	Envasado	Color	Sangre	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo	Cultivos y Cepas	Sólido	Bolsas de plástico	Patológicos	Líquido	Recipientes herméticos	Amarillo	No anatómicos	Sólido	Bolsa de plástico	Rojo	Punzocortantes	Recipientes rígidos
Tipo de residuo	Estado físico	Envasado	Color																				
Sangre	Líquidos	Recipientes herméticos	Rojo																				
Cultivos y Cepas	Sólido	Bolsas de plástico																					
Patológicos		Líquido	Recipientes herméticos	Amarillo																			
No anatómicos	Sólido	Bolsa de plástico	Rojo																				
Punzocortantes		Recipientes rígidos																					
2.		<p>Ponte el equipo de protección correspondiente y acude en los horarios programados a las áreas donde se genera el RPBI.</p>																					
3.	Personal de Intendencia	<p>Retira las bolsas de RPBI y amárralas correctamente el contenedor de RPBI.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Si sucediera que las bolsas o recipientes que se ubican en las áreas donde se genera el RPBI se encuentran en una capacidad menor al 80%, no retires la bolsa y acude a la siguiente área (Aplica siguiente actividad). Si durante la recolección sucediera algún derrame o picadura accidental con algún punzocortante, debes aplicar el plan de contingencia siguiente: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Derrame</th> <th>Picadura con punzocortante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> Notifica a tu superior jerárquico sobre el evento sucedido. Colóquese el equipo de seguridad para su protección personal. Con material absorbente, colócalo en grandes cantidades alrededor y sobre lo derramado para evitar mayor esparcimiento. Recoge el RPBI con escobetilla y recogedor, en caso de haber punzocortantes, utiliza pinzas y deposita el RPBI en bosa o recipientes rígidos según corresponda. Desinfecta con cloro y deje secar durante 20 minutos Retírese el equipo de protección y colócalo en bolsa transparente con el rótulo o leyenda de: "Contaminado" y llévalo a lavandería Nota: en caso de ser desechable, colócalo en bolsa roja. Lávate las manos mediante la técnica de lavado de manos. Vuelve a notificar a tu superior jerárquico para registrar en bitácora. Aplica la siguiente actividad </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Exprime la herida hasta que sangre. Lava la herida con abundante agua y jabón. Nota: Utiliza la técnica de lavado de manos. Desinfecta la herida con yodo (isodine) u algún otro antiséptico. Notifica a tu superior jerárquico para que se asigne otro trabajador que continúe con el procedimiento (Aplica siguiente actividad), y Acude directamente al área de urgencias. </td> </tr> </tbody> </table>	Derrame	Picadura con punzocortante	<ul style="list-style-type: none"> Notifica a tu superior jerárquico sobre el evento sucedido. Colóquese el equipo de seguridad para su protección personal. Con material absorbente, colócalo en grandes cantidades alrededor y sobre lo derramado para evitar mayor esparcimiento. Recoge el RPBI con escobetilla y recogedor, en caso de haber punzocortantes, utiliza pinzas y deposita el RPBI en bosa o recipientes rígidos según corresponda. Desinfecta con cloro y deje secar durante 20 minutos Retírese el equipo de protección y colócalo en bolsa transparente con el rótulo o leyenda de: "Contaminado" y llévalo a lavandería Nota: en caso de ser desechable, colócalo en bolsa roja. Lávate las manos mediante la técnica de lavado de manos. Vuelve a notificar a tu superior jerárquico para registrar en bitácora. Aplica la siguiente actividad 	<ul style="list-style-type: none"> Exprime la herida hasta que sangre. Lava la herida con abundante agua y jabón. Nota: Utiliza la técnica de lavado de manos. Desinfecta la herida con yodo (isodine) u algún otro antiséptico. Notifica a tu superior jerárquico para que se asigne otro trabajador que continúe con el procedimiento (Aplica siguiente actividad), y Acude directamente al área de urgencias. 																	
Derrame	Picadura con punzocortante																						
<ul style="list-style-type: none"> Notifica a tu superior jerárquico sobre el evento sucedido. Colóquese el equipo de seguridad para su protección personal. Con material absorbente, colócalo en grandes cantidades alrededor y sobre lo derramado para evitar mayor esparcimiento. Recoge el RPBI con escobetilla y recogedor, en caso de haber punzocortantes, utiliza pinzas y deposita el RPBI en bosa o recipientes rígidos según corresponda. Desinfecta con cloro y deje secar durante 20 minutos Retírese el equipo de protección y colócalo en bolsa transparente con el rótulo o leyenda de: "Contaminado" y llévalo a lavandería Nota: en caso de ser desechable, colócalo en bolsa roja. Lávate las manos mediante la técnica de lavado de manos. Vuelve a notificar a tu superior jerárquico para registrar en bitácora. Aplica la siguiente actividad 	<ul style="list-style-type: none"> Exprime la herida hasta que sangre. Lava la herida con abundante agua y jabón. Nota: Utiliza la técnica de lavado de manos. Desinfecta la herida con yodo (isodine) u algún otro antiséptico. Notifica a tu superior jerárquico para que se asigne otro trabajador que continúe con el procedimiento (Aplica siguiente actividad), y Acude directamente al área de urgencias. 																						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
4.	Personal de Intendencia	Coloca otra bolsa o contenedor con las mismas características del que acabas de retirar, ello apegado a lo dispuesto a la norma oficial mexicana.
5.		Transporta las bolsas con RPBI al lugar establecido para su depósito temporal
6.		Aplica el proceso de entrega de RPBI a la empresa de recolección
7.		Lava y desinfecta el carro de recolección de RPBI.
		Fin de procedimiento

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| • María Elena Vázquez Calderón | • | • |
|--------------------------------|---|---|

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
RPBI	Siglas que representan los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos
Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	Son materiales generados durante los servicios de atención médica que contengan agentes biológico-infecciosos según lo especificado por la norma oficial en materia de residuos peligrosos
Plan de contingencia	Es el conjunto de procedimientos alternativos a la operatividad normal de cada institución. Su finalidad es la de permitir el funcionamiento de esta, aun cuando alguna de sus funciones deje de hacerlo por culpa de algún incidente tanto interno como ajeno a la organización

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002	Norma Oficial Mexicana en materia de Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	18/10/2016	Todas	Primera vez que se documenta bajo BPMN
2.			



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_001

Documentación: 18 de julio del 2016

Actualización: 18 de noviembre del 2016



ANEXOS





Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes

Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016

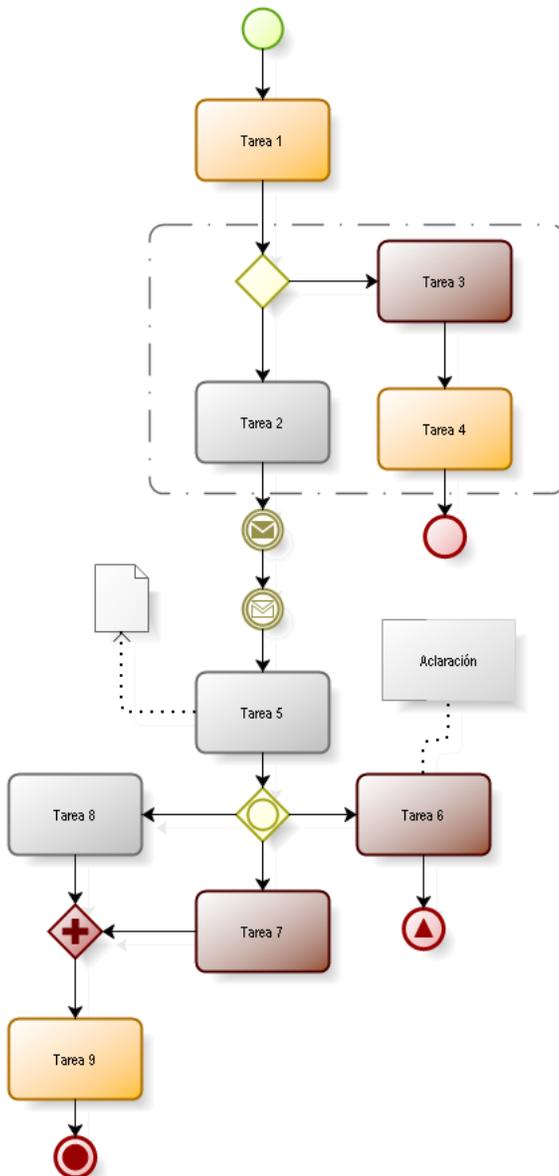
Autorización: **8 de noviembre del 2016**

Nivel II



Subdirección de Atención de Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia



Autorizaciones

Elaboró:

RÚBRICA

DRA. ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico Responsable del Depósito de Sangre

Aprobó:

RÚBRICA

DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

RÚBRICA

DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	5
5.- Modelado de Proceso	7
6.- Desarrollo:	9
7.- Colaboradores:.....	13
8.- Definiciones:.....	14
9.- Documentos de Referencia:.....	14
10.- Formatos Utilizados:	14
11. Descripción de Cambios	14
Anexos	15



Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



1.- OBJETIVO

Contar con un instrumento estandarizado que logre mayor eficiencia organizacional cuando se requiere solicitar pruebas de compatibilidad y hemocomponentes.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento cuenta con dos inicios, por un lado, con la programación de un paciente a procedimiento quirúrgico en el que existe riesgo de sangrado y cabe la posibilidad de que requiera transfusión; por el otro lado, con la decisión del médico de transfundir a un paciente. El procedimiento termina en el momento en que se recibe la solicitud en el Depósito de Sangre.

Áreas que intervienen:

Los servicios de Urgencias, Hospital, Quirófano y Depósito de Sangre.

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 vigentes 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.
- Con el fin de contar con disponibilidad de hemocomponentes para cuando se requieran, se tiene la necesidad de que los familiares de los pacientes acudan al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS) para realizar donación de sangre, por lo que, el personal médico y el de trabajo social, debe solicitar el (los) comprobante(s) de donación correspondiente.
- Es responsabilidad de los médicos especialistas, la de programar cirugías, hasta que el usuario o familiar, entregue copia del(los) comprobante(s) de donación correspondiente(s).
- 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.
- En caso de haberse realizado una transfusión urgente, el personal médico y de trabajo social, debe solicitar el(los) comprobante(s) de donación previo al alta del paciente.
- 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:

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

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.

- Las solicitudes de pruebas cruzadas y hemocomponentes ordinarias que envíen las Unidades de Urgencia (diferentes a la Delgadillo y Araujo), se mandarían con el mensajero/chofer y en el horario descrito en los procedimientos que determine el Responsable Médico de dicha Unidad, para entregarse al Depósito de Sangre antes de las 12:00 horas en turno matutino y antes de las 24:00 horas para los siguientes turnos.

Tipo de solicitud	Intervención	Puede llevar muestras y hemocomponentes
Ordinaria	Quirúrgica Programada	<ul style="list-style-type: none"> Mensajero Chofer Cualquier servidor público que apoye en el proceso.
	Posquirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> Mensajero Chofer Cualquier servidor público que apoye en el proceso.
Extraordinaria	Urgencia Médica	<ul style="list-style-type: none"> Mensajero Chofer Cualquier servidor público que apoye en el proceso. Paramédico motorizado (solicitar apoyo a Subdirección Prehospitalaria).

- 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.
- 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.
- 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	Manual de Organización/Dirección de Servicios Médicos Municipales/clave: 007OG-DSMM_001
Funciones	
1.2 Subdirección de Atención de Urgencias Médicas	
c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en áreas 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.	
j) Definir, implantar y controlar estrategias e instrumentos administrativos necesarios, que garanticen la calidad en la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y de atención a urgencias médicas,	
m) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	



Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

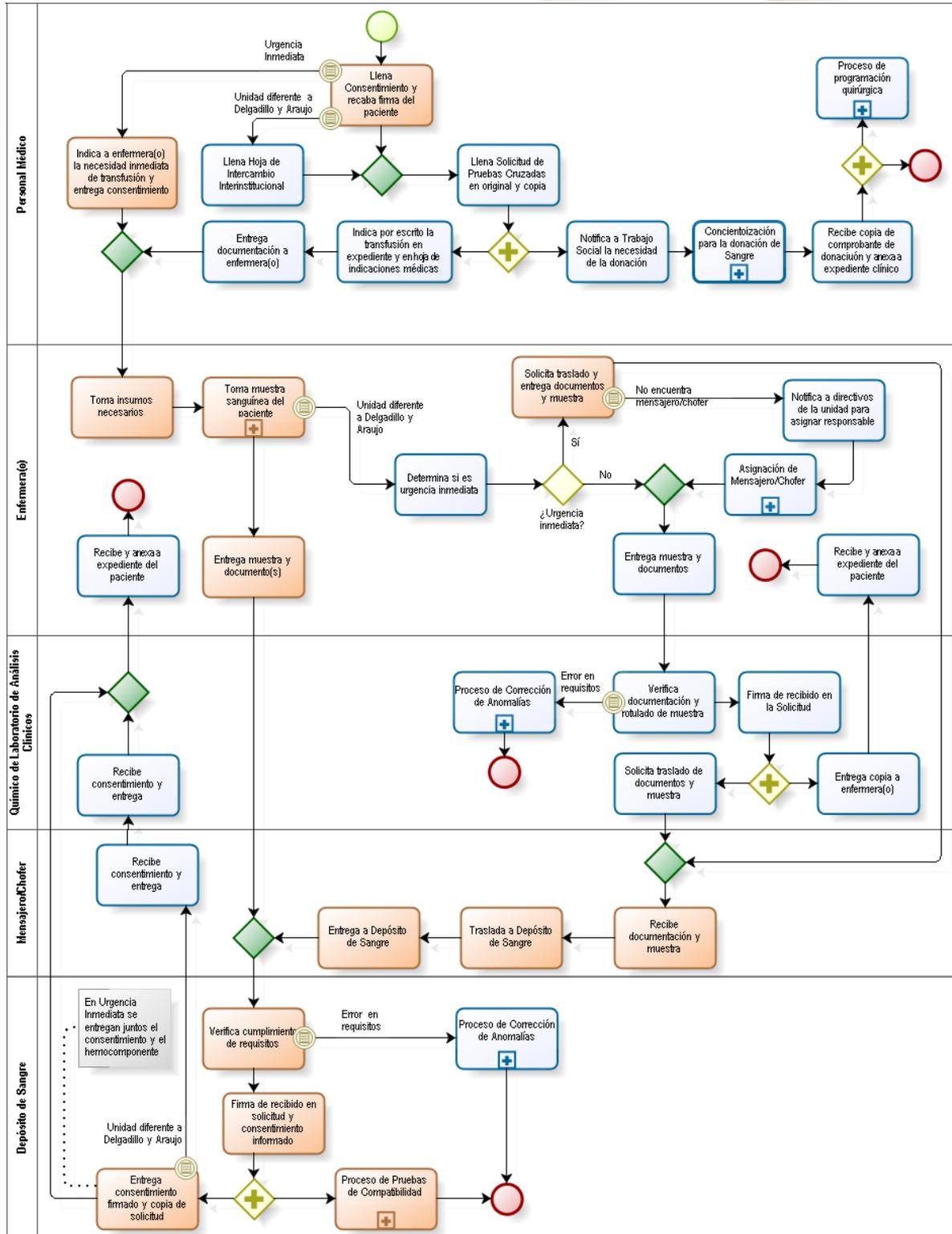
Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



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





Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

Clave: 029P-SD3_001

Documentación: 15 de agosto de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Personal Médico	<p>Llena con letra legible y datos completos la “Hoja de consentimiento informado adulto” (Anexo 01A) o la “Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz” (Anexo 01B) y recaba firma del paciente, tutor o la del médico que consiente la transfusión a falta de los anteriores y de los testigos. Aplica siguiente actividad.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Si es una Unidad diferente a Delgadillo y Araujo:</u> Llena también la “Hoja de intercambio interinstitucional” (Anexo 02) firmada por su responsable sanitario, con sello y datos requeridos de la Unidad. Aplica siguiente actividad. • <u>En el caso de presentarse una Urgencia Inmediata,</u> podrá prescindir del llenado del resto de formatos por el momento e indica a enfermera(o) la necesidad inmediata de transfusión y le entrega la “Hoja de consentimiento informado”. Aplica actividad 5. 						
2.	Personal Médico	Llena con letra legible los datos completos sin abreviaciones de la “Solicitud de pruebas cruzadas urgente” (Anexo 03A) o la “Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria” (Anexo 03B) según sea el caso en original y copia.						
3.	Personal Médico	<p>De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre”. Aplica actividad 25.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.	Por el otro lado	Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre” . Aplica actividad 25.
Actividad	Entonces							
Por un lado	Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.							
Por el otro lado	Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre” . Aplica actividad 25.							
4.	Personal Médico	Entrega documentación a enfermera(o) solicitando la transfusión.						
5.	Enfermera(o)	Toma insumos necesarios para la obtención de la muestra y acude con el paciente.						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad										
6.	Enfermera(o)	Toma muestra sanguínea (<i>ver proceso de toma de muestras</i>) del paciente, la cual debe cumplir con los siguientes requisitos.										
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Requisitos de la muestra</th> <th>Instrucción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tubo rotulado</td> <td>Rotulado sobre la etiqueta del tubo en sentido vertical y que no cubra el tubo por completo ni la tapa. El rotulado debe contener: Nombre completo del paciente sin abreviaciones, fecha y hora de la toma de la muestra, cama, servicio y la Unidad Médica solicitante.</td> </tr> <tr> <td>Tubo EDTA</td> <td>La muestra de sangre del paciente se envía en un tubo con EDTA (tapa morada).</td> </tr> <tr> <td>Suficiente</td> <td>La muestra óptima debe contener al menos 5 ml. de sangre.</td> </tr> <tr> <td>Sin hemólisis</td> <td>Eritrocitos completos, no lisados, ya que estos arrojan resultados falsos. El suero no debe presentar coloración roja una vez centrifugada la sangre.</td> </tr> </tbody> </table>	Requisitos de la muestra	Instrucción	Tubo rotulado	Rotulado sobre la etiqueta del tubo en sentido vertical y que no cubra el tubo por completo ni la tapa. El rotulado debe contener: Nombre completo del paciente sin abreviaciones, fecha y hora de la toma de la muestra, cama, servicio y la Unidad Médica solicitante.	Tubo EDTA	La muestra de sangre del paciente se envía en un tubo con EDTA (tapa morada).	Suficiente	La muestra óptima debe contener al menos 5 ml. de sangre.	Sin hemólisis	Eritrocitos completos, no lisados, ya que estos arrojan resultados falsos. El suero no debe presentar coloración roja una vez centrifugada la sangre.
		Requisitos de la muestra	Instrucción									
		Tubo rotulado	Rotulado sobre la etiqueta del tubo en sentido vertical y que no cubra el tubo por completo ni la tapa. El rotulado debe contener: Nombre completo del paciente sin abreviaciones, fecha y hora de la toma de la muestra, cama, servicio y la Unidad Médica solicitante.									
		Tubo EDTA	La muestra de sangre del paciente se envía en un tubo con EDTA (tapa morada).									
		Suficiente	La muestra óptima debe contener al menos 5 ml. de sangre.									
Sin hemólisis	Eritrocitos completos, no lisados, ya que estos arrojan resultados falsos. El suero no debe presentar coloración roja una vez centrifugada la sangre.											
Notas:												
<ul style="list-style-type: none"> • Para vaciar la sangre de la jeringa al tubo, debe hacerlo sin la aguja y lentamente para no romper las células. • Si se tratara de una Urgencia Inmediata: Aplica actividad siguiente. • Si quien tramita es una Unidad diferente a Delgadillo y Araujo. Aplica la actividad 12. 												
7.		Entrega muestra adecuada y documentos completos a Depósito de Sangre.										
8.	QFB en Depósito de Sangre	Verifica cumplimiento de requisitos en la muestra y los documentos. Aplica siguiente actividad Nota: Si existe error en los requisitos de la muestra o documentos, Depósito de Sangre no recibe ninguno y los regresa al personal que le entregó para iniciar el proceso de corrección de anomalías. Fin del procedimiento.										
9.		Firma de recibido en el "Consentimiento informado" y la "Solicitud de hemocomponentes", anota la fecha y hora, y detalla los hemocomponentes que se le están solicitando por ocasión.										

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
10.	QFB en Depósito de Sangre	De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Devuelve "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad siguiente. Notas: <ul style="list-style-type: none"> Si el solicitante es de una Unidad diferente a J. Delgadillo y Araujo aplica la actividad 22. En una Urgencia Inmediata, se entrega el o los hemocomponentes y el "consentimiento informado" juntos. </td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Realiza el proceso de pruebas de compatibilidad sanguínea. Fin del procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Devuelve "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad siguiente. Notas: <ul style="list-style-type: none"> Si el solicitante es de una Unidad diferente a J. Delgadillo y Araujo aplica la actividad 22. En una Urgencia Inmediata, se entrega el o los hemocomponentes y el "consentimiento informado" juntos. 	Por el otro lado	Realiza el proceso de pruebas de compatibilidad sanguínea. Fin del procedimiento.
		Actividad	Entonces					
Por un lado	Devuelve "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad siguiente. Notas: <ul style="list-style-type: none"> Si el solicitante es de una Unidad diferente a J. Delgadillo y Araujo aplica la actividad 22. En una Urgencia Inmediata, se entrega el o los hemocomponentes y el "consentimiento informado" juntos. 							
Por el otro lado	Realiza el proceso de pruebas de compatibilidad sanguínea. Fin del procedimiento.							
11.		Recibe "Consentimiento informado" y copia de la "Solicitud de hemocomponentes" firmados por Depósito de Sangre y, los anexa al expediente del paciente. Fin del procedimiento.						
12.	Enfermera(o)	Determina si es urgencia inmediata						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Es una Urgencia Inmediata?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Solicita el traslado y entrega documentos y muestra al Mensajero/Chofer directamente. Aplica actividad 16. Nota: Si sucediera que no localiza al Mensajero/chofer, notifica al Coordinador de Logística Administrativa o en su caso al Director de la Unidad de Urgencia, para que asigne a una persona que realice las actividades del Mensajero/Chofer.</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Entrega muestra y documentos al Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad Médica. Aplica actividad siguiente.</td> </tr> </tbody> </table>	¿Es una Urgencia Inmediata?	Entonces	Sí	Solicita el traslado y entrega documentos y muestra al Mensajero/Chofer directamente. Aplica actividad 16. Nota: Si sucediera que no localiza al Mensajero/chofer, notifica al Coordinador de Logística Administrativa o en su caso al Director de la Unidad de Urgencia, para que asigne a una persona que realice las actividades del Mensajero/Chofer.	No	Entrega muestra y documentos al Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad Médica. Aplica actividad siguiente.
		¿Es una Urgencia Inmediata?	Entonces					
Sí	Solicita el traslado y entrega documentos y muestra al Mensajero/Chofer directamente. Aplica actividad 16. Nota: Si sucediera que no localiza al Mensajero/chofer, notifica al Coordinador de Logística Administrativa o en su caso al Director de la Unidad de Urgencia, para que asigne a una persona que realice las actividades del Mensajero/Chofer.							
No	Entrega muestra y documentos al Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad Médica. Aplica actividad siguiente.							
13.	Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos	Verifica documentación y rotulado de la muestra. Nota: <ul style="list-style-type: none"> De no cumplir con los requisitos, no se recibe nada y se pasa al "Proceso de corrección de anomalías" e inicie nuevamente a partir de donde se deba corregir la anomalía. 						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
14.	Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos	Firma de recibido en la “Solicitud de hemocomponentes” original y copia. De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Entrega copia de solicitud ya firmada a enfermera(o). Aplica actividad siguiente.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Solicita Traslado al mensajero, según procedimiento de su Unidad médica, entrega muestra y documentos a mensajero (solicitud original, consentimiento, hoja de intercambio). Aplica actividad 16.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Entrega copia de solicitud ya firmada a enfermera(o). Aplica actividad siguiente.	Por el otro lado	Solicita Traslado al mensajero, según procedimiento de su Unidad médica, entrega muestra y documentos a mensajero (solicitud original, consentimiento, hoja de intercambio). Aplica actividad 16.
		Actividad	Entonces					
Por un lado	Entrega copia de solicitud ya firmada a enfermera(o). Aplica actividad siguiente.							
Por el otro lado	Solicita Traslado al mensajero, según procedimiento de su Unidad médica, entrega muestra y documentos a mensajero (solicitud original, consentimiento, hoja de intercambio). Aplica actividad 16.							
15.	Enfermera(o)	Recibe la solicitud firmada por Q.F.B. de recibido y la anexa al “Expediente clínico” del paciente. Fin del procedimiento.						
16.		Recibe documentación y muestra adecuadas.						
17.	Mensajero/Chofer	Traslada documentos y muestra al Depósito de Sangre. Notas:						
		<ul style="list-style-type: none"> • Debe llevar una hielera, propia de cada Unidad médica, en la que Depósito de Sangre entregará los hemocomponentes que solicitaron. • El mensajero/Chofer debe estar debidamente identificado con credencial de la Institución y/o IFE, si ya es conocido por el personal del servicio donde labora y del Depósito de Sangre. 						
18.		Entrega documentos y muestra al Depósito de Sangre.						
19.	QFB en Depósito de Sangre	Verifica cumplimiento de requisitos en la muestra y los documentos. Aplica siguiente actividad. Nota: Si existe error en los requisitos de la muestra o documentos, Depósito de Sangre no recibe ninguno y los regresa con el personal que le entregó para iniciar el proceso de “Corrección de anomalías”. Fin del procedimiento.						
20.		Recibe y firma de recibido en consentimiento y solicitud con fecha y hora, detallando los hemocomponentes que se le están solicitando en esta ocasión.						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
21.	QFB en Depósito de Sangre	De manera paralela, procede de acuerdo a la siguiente tabla:	
		Actividad	Entonces
		Por un lado	Devuelve consentimiento informado y copia de solicitud ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad 24. Notas: <ul style="list-style-type: none"> • Si sucediera que el solicitante es una Unidad diferente a Delgadillo y Araujo, debes Aplicar la siguiente. • Si es Urgencia Inmediata, se entregan el o los hemocomponentes y el consentimiento informado juntos.
Por el otro lado	Realiza el proceso de "Pruebas de compatibilidad sanguínea". Fin del procedimiento.		
22.	Mensajero/Chofer	Recibe consentimiento, lo traslada y entrega a Q.F.B. del Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad médica.	
23.	Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos	Recibe consentimiento informado y lo entrega a enfermera(o).	
24.	Enfermera(o)	Recibe consentimiento y lo anexa al expediente del paciente. Fin del procedimiento.	
25.	Personal Médico	Recibe copia del "Comprobante de donación" (anexo 06) e incorpora el o los comprobantes al "Expediente Clínico" del paciente, y de manera paralela, procede de acuerdo a la siguiente tabla:	
		Actividad	Entonces
		Por un lado	Termina su intervención en este procedimiento. Fin de procedimiento.
Por el otro lado	Continúa con el "Proceso de Programación Quirúrgica". Fin del procedimiento.		

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

--

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Fracción celular o acelular del tejido sanguíneo, separado de una unidad de sangre entera por métodos físicos. Por ejemplo, el plasma, concentrado de eritrocitos y concentrado de plaquetas.
EDTA	Abreviatura utilizada para el ácido etilendiaminotetraacético, que funciona como conservador y anticoagulante de la sangre.
Hemólisis	Dstrucción de los hematíes o glóbulos rojos de la sangre que va acompañada de liberación de hemoglobina.
Eritrocitos	También llamados glóbulos rojos o hematíes, son los elementos formes cuantitativamente más numerosos de la sangre.
Lisados	Viene de la palabra "lisis" que es el rompimiento de la membrana de la célula.
Stock	Conjunto de productos que se tienen almacenados en espera de su transfusión.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
NOM-253-SSA-2012	Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N. A.	Anexo 01-A	Hoja de consentimiento informado adulto
N. A.	Anexo 01-B	Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz
N. A.	Anexo 02	Hoja de intercambio interinstitucional
N. A.	Anexo 03-A	Solicitud de pruebas cruzadas urgente
N. A.	Anexo 03-B	Solicitud de pruebas cruzadas ordinaria
N. A.	Anexo 04	Expediente clínico
N. A.	Anexo 05	Hoja de indicaciones médicas
N. A.	Anexo 06	Comprobante de donación

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	15/08/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN

ANEXOS





Anexo 01-A: Hoja de Consentimiento Informado Adulto

 GOBIERNO DE GUADALAJARA		SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRANSFUSIONES DE SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS			 Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad	
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	
<p>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.</p> <p>Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.</p> <p>Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____.</p> <p>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.</p> <p>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 legitimo 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.</p>						
FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE						
<p>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.</p>						
DATOS DEL MÉDICO						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S) MÉDICO		
ESPECIALIDAD	ESPECIFICAR RESIDENTE O ADSCRITO			FIRMA	CÉDULA PROFESIONAL	
TESTIGO						
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S) TESTIGO		FIRMA
CÉDULA PROFESIONAL (Si aplica)			No. ID. (Especificar: IFE, Cartilla, Licencia o Pasaporte)			
DOMICILIO: CALLE	NUM EXT/INT	COLONIA	CP	MUNICIPIO	(Lada) TELEFONO	
<p>Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____</p> <p>Tel: 12017200</p>						

Anexo 01-B: Hoja de Consentimiento Informado de Menor de Edad o Incapaz
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	
<p>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.</p> <p>Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.</p> <p>Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE					
<p>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.</p>					
Mariano Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201 _____. Hora: _____					
Tel: 12017200					

Reverso

 Guadalajara	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES	 Servicios Médicos Municipales <small>Construcción de Comunidad</small>																								
DATOS DEL MÉDICO																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">MEDICO:</td> <td style="width: 40%;">NOMBRE(S)</td> <td style="width: 30%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO MATERNO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FIRMA</td> <td>CEDULA PROFESIONAL MEDICO</td> <td>CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD</td> </tr> </table>			MEDICO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		FIRMA	CEDULA PROFESIONAL MEDICO	CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD																
MEDICO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO																							
	FIRMA	CEDULA PROFESIONAL MEDICO	CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD																							
TESTIGO																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">TESTIGO:</td> <td style="width: 40%;">NOMBRE(S)</td> <td style="width: 30%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO MATERNO</td> </tr> <tr> <td></td> <td>OCUPACION</td> <td>ESTADO CIVIL</td> <td>EDAD</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>HOMBRE MUJER</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CALLE</td> <td>NUMERO EXT/INT</td> <td>COLONIA</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CP</td> <td>MUNICIPIO</td> <td>ESTADO</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TELEFONO (LADA)</td> </tr> </table>			TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO		OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD				HOMBRE MUJER		CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA		CP	MUNICIPIO	ESTADO				TELEFONO (LADA)
TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO																							
	OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD																							
			HOMBRE MUJER																							
	CALLE	NUMERO EXT/INT	COLONIA																							
	CP	MUNICIPIO	ESTADO																							
			TELEFONO (LADA)																							

Anexo 02: Hoja de Intercambio Interinstitucional

NOMBRE DEL REGISTRO		
 Servicios Médicos Municipales <small>Construcción de Comunidad</small>	SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD DE INTERCAMBO INTERINSTITUCIONAL	 Gobierno de Guadalajara

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 FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO								
PLASMA FRESCO CONGELADO FRACCION PEDIATRICA LEUCODEPLETADO								
CONCENTRADO DE PLAQUETAS								
C. DE PLAQUETAS LEUCODEPLETADO								
C. DE PLAQUETAS FRACCION 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:
 del Servicio _____ cama _____
 edad _____ sexo _____ registro _____ diagnóstico _____
 Hemoglobina _____ g/dL Hematocrito _____ % Plaquetas _____ TP _____ TESTIGO _____
 Fibrinogeno _____ TTP _____ TESTIGO _____
 Medicamento que recibe _____
 Indicación de la transfusión _____
 Indicado por Dr (a) _____ Cedula 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	SELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA
Nombre del establecimiento _____	
Domicilio _____	
Número de Licencia del Establecimiento _____	
Nombre del Responsable del Servicio de Transfusión _____	
Codigo de Licencia Sanitaria del Servicio de transfusion _____	

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 03-A: Solicitud de Pruebas Cruzadas Urgente

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

SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO													
SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS													
MARIANO BARCENAS 997, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 12017200													
Espacio para Servicio de Transfusión		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:													

Reverso

PRUEBAS DE INMUNOHEMATOLOGÍA					
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		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 indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
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		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 indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

Anexo 03-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria
Anverso

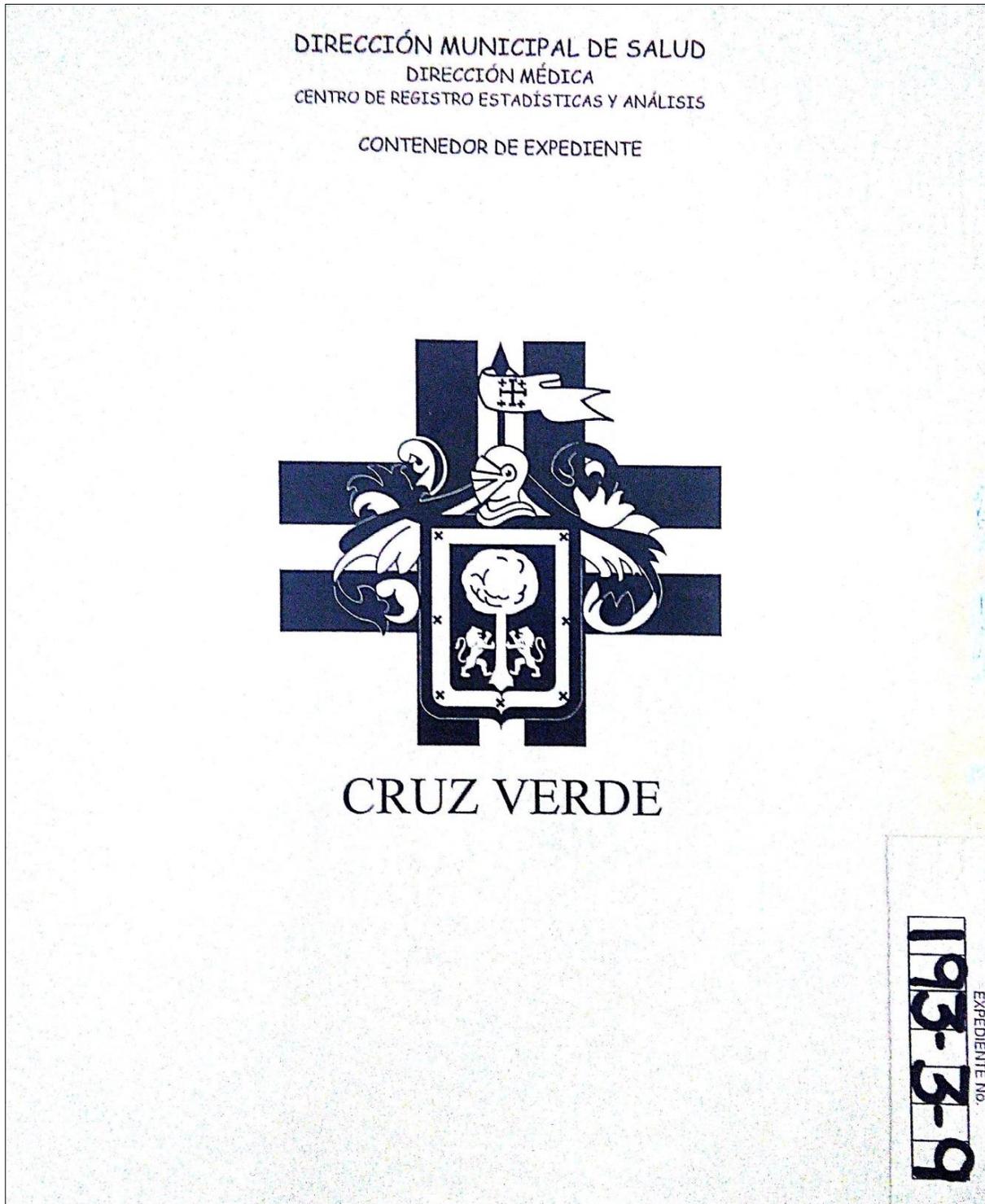
*De conformidad a la NOM 253: Letra no legible, muestra hemolizada y/o ausencia de datos o formatos, no se reciben *

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS 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	¿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													
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:													

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 04: Expediente Clínico (sugerido)





**DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
 CRUZ VERDE GUADALAJARA**

CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO

NUM. REGISTRO

NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

INDICE:

LISTA DE PROBLEMAS	HOJA BLANCA	001
ADMISION HOSPITALARIA	HOJA BLANCA	002
HOJA DE CONSENTIMIENTO	HOJA BLANCA	003
HOJA DE INTERROGATORIO	HOJA BLANCA	004/1, 004/2, 004/3
NOTA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	005/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	005/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	006
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	HOJA AMARILLA	007
HOJA DE PROGRAMACION QUIRURGICA	HOJA CAFE	008
HOJA DE REFERENCIA	HOJA GRIS	009
HOJA DE INTERCONSULTA	HOJA BEIGE	010
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO	HOJA AMARILLA C.	011
HOJA DE REPORTE CLINICO	HOJA BLANCA	012
HOJA DE ALTA VOLUNTARIA	HOJA BLANCA	013

D.M. S/99

Anexo 06: Comprobante de donación



Banco de Sangre
 C.E.T.S. GUADALAJARA
 AV. ZOQUIPAN # 1050
 45170 ZAPOPAN, JALISCO Tel: 33-30306327

Donación:

No. Evaluación: _____
 No. Unidad: _____

Comprobante de Donación

El banco de sangre hace constar que el(la) C. _____
 se presentó a donar sangre a beneficio del paciente:

 atendido en el servicio de: ORTOPEdia

de: CRUZ VERDE GUADALAJARA, U. DELGADILLO ARAUJO

D O N A R S A N G R E , E S S A L V A R V I D A S

DEFINITIVAMENTE

RESPONSABLE BANCO DE SANGRE _____

Impresión: 25/08/2016 10:07:29
 RE-DON-05

Entregar al Paciente

Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre

Clave: 030P-SD3_001

Documentación: 15 de septiembre de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016

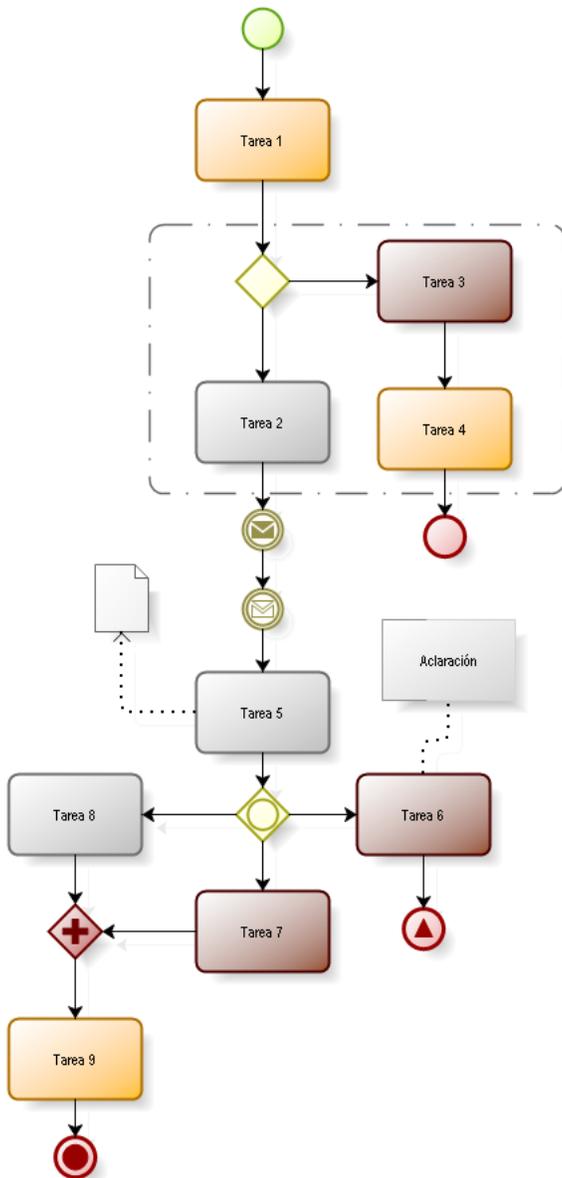
Autorización: **8 de noviembre del 2016**

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias "Cruz Verde"
Coordinación de Trabajo Social

Documento de Referencia



Autorizaciones

Elaboró: **RUBRICA**
DR. RUBÉN CONTRERAS CABRERA
Jefe de Departamento de Innovación y Desarrollo

Aprobó: **RUBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RUBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



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



Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre

Clave: 030P-SD3_001

Documentación: 15 de septiembre de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



1.- OBJETIVO

Contar con un procedimiento que logre concientizar a la población para que se convierta en donador altruista, de sangre en beneficio de los pacientes que requieran de una transfusión y mantener siempre abasto en caso de emergencia.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento tiene dos posibles inicios, uno de ellos, inicia cuando el personal de Trabajo Social, recibe la notificación de que se requiere donar sangre y la segunda forma de comenzar es cuando un paciente acude a trabajo Social a pedir informes para la donación de sangre porque se le va a programar una intervención quirúrgica. El procedimiento termina cuando el usuario o, los familiares, entregan el respectivo comprobante de donación.

Áreas que intervienen:

Coordinación de Trabajo Social

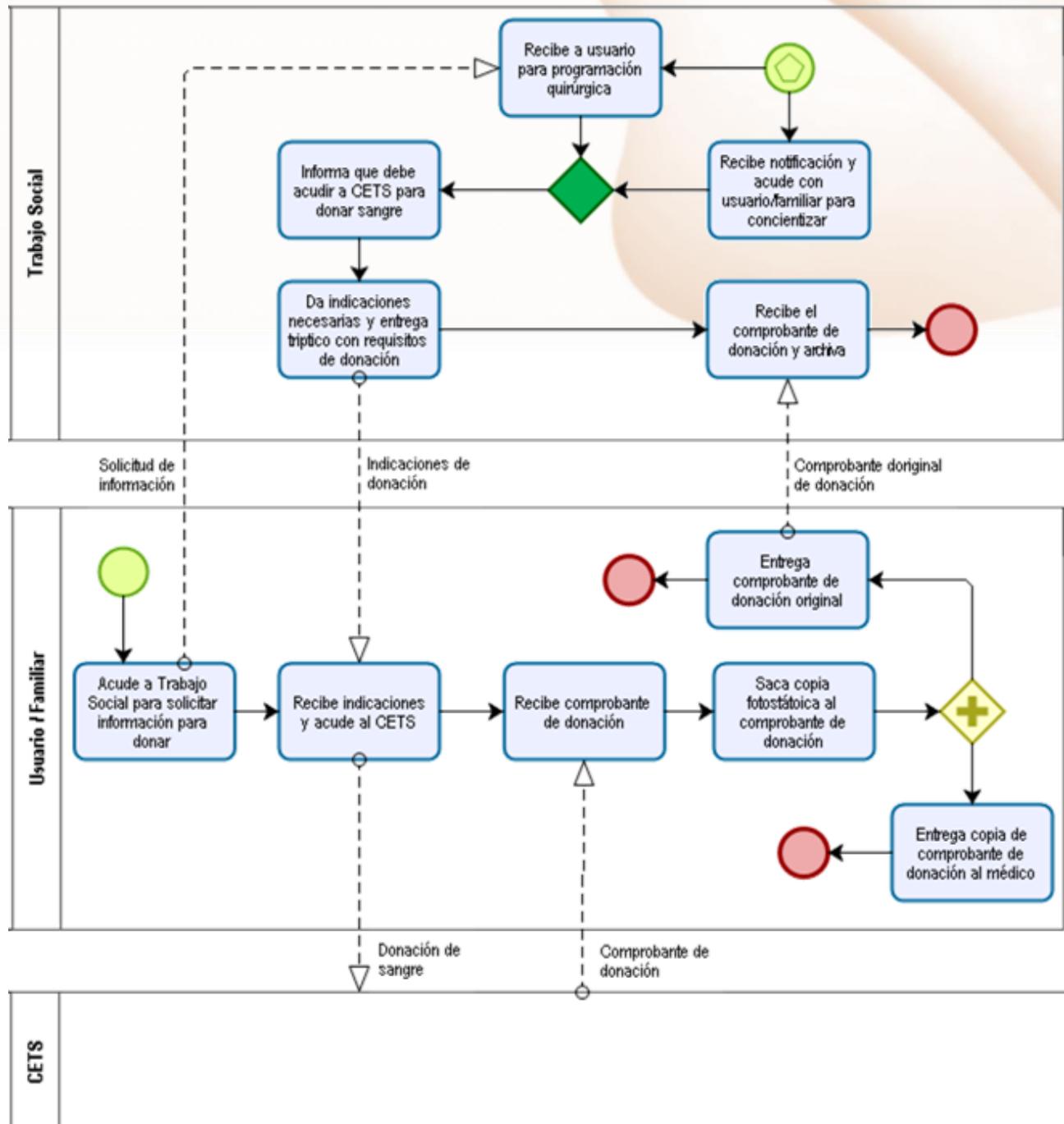
3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- 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 trabajo social la de concientizar a los familiares para la donación de sangre cuando el personal Médico así lo solicite.
- Con el fin de contar con disponibilidad de hemocomponentes para cuando se requieran, se tiene la necesidad de que los familiares de los pacientes acudan al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS) para realizar donación de sangre, por lo que, el personal médico y el de trabajo social, debe solicitar el(los) comprobante(s) de donación y el médico, únicamente debe programar cirugía hasta que el usuario le entregue copia del(los) comprobante(s) de donación correspondiente(s).
- En caso de haberse realizado una transfusión urgente, el personal médico y de trabajo social debe solicitar el(los) comprobante(s) de donación previo al alta del paciente.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	Manual de Organización/Dirección de Servicios Médicos Municipales/clave: 007OG-DSMM_001
Funciones	
1.2 Subdirección de Atención de Urgencias Médicas	
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.	
j) Definir, implantar y controlar estrategias e instrumentos administrativos necesarios, que garanticen la calidad en la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y de atención a urgencias médicas,	
m) 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.





Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre

Clave: 030P-SD3_001

Documentación: 15 de septiembre de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
<p>Determine dónde se inicia el procedimiento con base en la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Si el procedimiento inicia</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Con el usuario</td> <td>Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Con Trabajo Social</td> <td>Continúe en la actividad 3.</td> </tr> </tbody> </table>			Si el procedimiento inicia	Entonces	Con el usuario	Aplica la siguiente actividad.	Con Trabajo Social	Continúe en la actividad 3.
Si el procedimiento inicia	Entonces							
Con el usuario	Aplica la siguiente actividad.							
Con Trabajo Social	Continúe en la actividad 3.							
1.	Usuario/ familiar	Acude a Trabajo Social para solicitar información para donación de sangre porque se requiere para programar intervención quirúrgica.						
2.	Personal de Trabajo Social	Recibe al Usuario/ familiar que requiere información sobre el proceso de donación de sangre. Aplica actividad 4.						
3.		Recibe la notificación del médico y acude con familiares del usuario para concientizar respecto a la importancia de la donación de sangre, con el fin de mantener un stock de los hemocomponentes que nos provee el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS).						
4.		Informa al Usuario/ familiar que deben acudir al CETS para donar sangre y que recibirá ahí un comprobante al cual le debe sacar una copia fotostática.						
5.		Da indicaciones necesarias y entrega el tríptico de "Requisitos para la donación de sangre" (anexo 01).						
6.		Recibe indicaciones y acude a CETS.						
7.	Aplica proceso de donación de sangre en CETS.							
8.	Recibe "Comprobante de donación" (anexo 02).							
9.	Usuario/ familiar	<p>Saca copia fotostática al comprobante de donación y de manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Entrega comprobante de donación original al personal de Trabajo Social. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Entrega copia fotostática del comprobante de donación al personal médico para que se anexe al "Expediente clínico" y lo puedan programar para procedimientos quirúrgico, si ese fuera el caso. Fin del procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Entrega comprobante de donación original al personal de Trabajo Social. Aplica siguiente actividad.	Por el otro lado	Entrega copia fotostática del comprobante de donación al personal médico para que se anexe al "Expediente clínico" y lo puedan programar para procedimientos quirúrgico, si ese fuera el caso. Fin del procedimiento.
Actividad	Entonces							
Por un lado	Entrega comprobante de donación original al personal de Trabajo Social. Aplica siguiente actividad.							
Por el otro lado	Entrega copia fotostática del comprobante de donación al personal médico para que se anexe al "Expediente clínico" y lo puedan programar para procedimientos quirúrgico, si ese fuera el caso. Fin del procedimiento.							
10.	Personal de Trabajo Social	Recibe "Comprobante(s) de donación" del familiar del paciente y lo archiva. Fin del procedimiento.						



Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre

Clave: 030P-SD3_001

Documentación: 15 de septiembre de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

-

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
CETS	Abreviatura utilizada para el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea
Donación de sangre	Es un acto altruista para el que no hay que tener condiciones excepcionales, únicamente la conciencia de que es necesaria para alguien (o para nosotros mismos ya que 9 de cada 10 personas la necesitarán en algún momento de su vida).
Altruista	Conducta humana que consiste en brindar una atención desinteresada al prójimo.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
NOM-253-SSA-2012	Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
DO-REC-01 REV.1	Anexo 01	Requisitos para la donación de sangre
RE-DON-05	Anexo 02	Comprobante de donación

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	04/11/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN



Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre

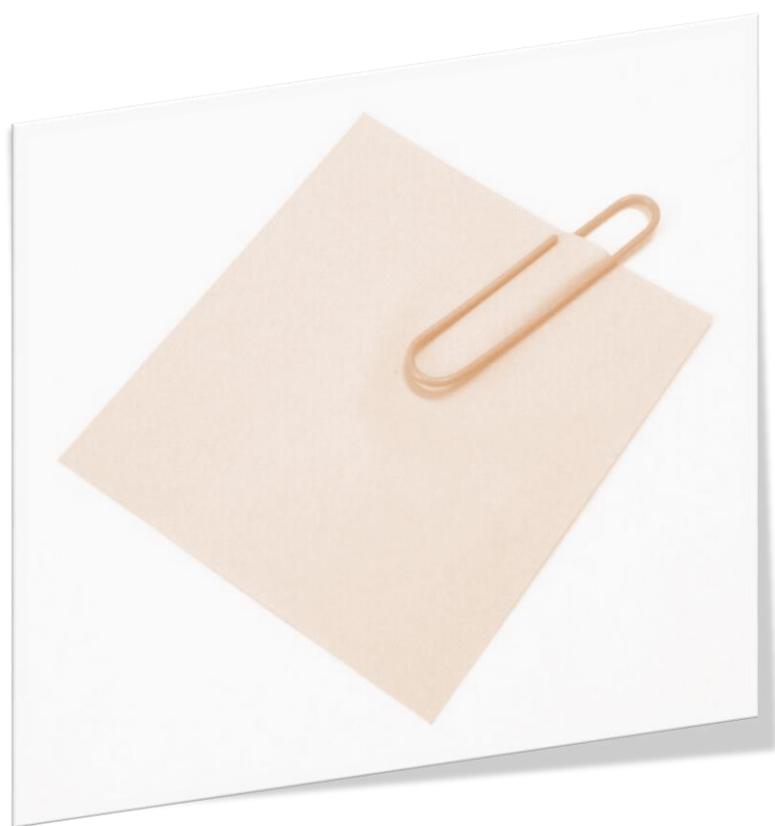
Clave: 030P-SD3_001

Documentación: 15 de septiembre de 2016

Actualización: 04 de noviembre del 2016



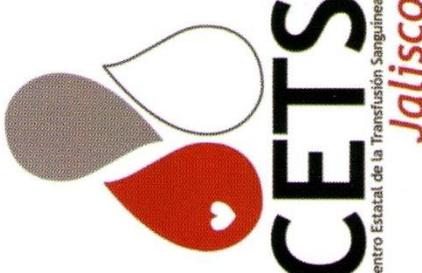
ANEXOS





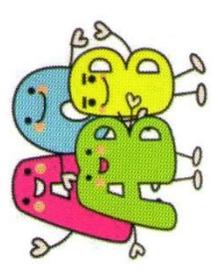
Anexo 01: Requisitos para la donación de sangre
Anverso

DO-REC-01 REV. 1



CETS
Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea
Jalisco

**FOLLETO DE INFORMACIÓN
PARA CANDIDATOS
A DONADOR.**



¡Tú eres mi tipo!

**¡Te invitamos, únete al Club,
Sé un donador Altruista.**

DONADOR ALTRUISTA:

Es quien proporciona su sangre para quien lo requiera, motivada(o) únicamente por sentimientos humanitarios y de solidaridad, sin esperar retribución alguna a cambio.



Sistema Certificado en ISO 9001
Certificado Número GSC9KMA425
Vigencia 22/01/2015 al 21/01/2018



Av. Zoquiapan No. 1050-D, Col. Zoquiapan, C.P. 45170, Zapopan, Jal.
Teléfonos 36-36-7667
30-30-64-00 Ext. 6402 Trabajo Social



CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

- Procedimientos efectuados con material potencialmente infectado: Tatujes, acupuntura, piercings o perforaciones realizados en lugares no esterilizados con instrumentos no estériles (mínimo 1 año).
- Haber tenido enfermedades de transmisión sexual: Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Virus del Papiloma Humano.
- Si tienes perforaciones en nariz, lengua o labios debes retirarlo y esperar que pasen 72 hrs para acudir a donar**

Aclara tus dudas con el médico en la entrevista, no sientas vergüenza, infórmate y ayúdanos a tener sangre **SEGURA!**



Toda la información que tú nos proporcionas es confidencial por lo que es muy importante que seas **honesto** en tus respuestas, así brindarás una mayor seguridad a los pacientes que recibirán tu sangre.

En nuestro país se establece en el artículo 327 de la Ley General de Salud que está **PROHIBIDO EL COMERCIO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS. LA DONACIÓN DE ÉSTOS SE REGISTRARÁ POR PRINCIPIOS DE ALTRUISMO, AUSENCIA DE ÁNIMO DE LUCRO, POR LO QUE SU OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN SERÁN ESTRICTAMENTE A TÍTULO GRATUITO Y CON CONFIDENCIALIDAD.**

Reverso

CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

Para donar sangre:



7:00 - 11:00 am

- Lunes a Viernes. El trámite es personal.
- Identificación oficial original, reciente y con fotografía.
- Ser mayor de 18 y menor de 65 años.
- Pesar más de 50 kgs.

Ayuno mayor a 4 hrs y menor de 12 hrs.

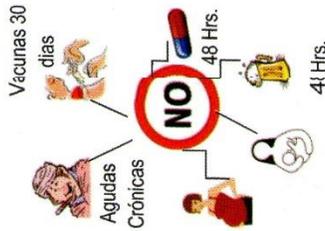
Bebe mucha AGUA.

Evita que tu último alimento antes de donar sea grasoso o contenga lácteos.



NO DONES si tuviste: Hepatitis después de los 10 años de edad; Epilepsia, Sífilis, Paludismo, Cáncer, Sida, Enfermedades severas del corazón o de la sangre.

Vacunas 30 días



Para nosotros es importante el paciente, y también tu Salud.

¡Sí!

Padeces hipertensión puedes donar siempre y cuando esté controlada

Eres mujer y estas menstruando sin molestias.

Eres diabético CONTROLADO, pero que no dependas de la insulina.

¿Cuál es el proceso para donar sangre?

Aseguramos que no tengas anemia o alguna infección en proceso.

Tomamos tus datos y los de tu paciente, por lo cual debes saber el nombre completo de tu paciente y hospital donde se encuentra; pero si eres **donador altruista** no necesitas estos datos.



El médico te interrogará para conocer tu estado de salud.



Tomaremos 450 ± 10 ml. de una vena de tu brazo, con un equipo estéril, nuevo y desechable.

Este proceso tarda 5-10 min.



DO-REC-01 REV. 1

En ese momento debes comunicar al personal de enfermería cualquier molestia (raramente se presenta mareo, sudor frío y/o hipotensión); para que seas atendido oportunamente.

Después de donar permanecerás en reposo unos minutos para luego tomar un refrigerio que te proporcionaremos.




Debes volver a los 8 días por los resultados de las pruebas que por ley le haremos a tu sangre antes de ser transfundida: Tipo de sangre, VIH, HEPATITIS B y C, Sífilis, Brucela y Chagas. Tu cuerpo recupera la sangre y después de 2 meses puedes donar de nuevo.

Y sin problemas para tu salud en el mismo año podrías donar:



4 veces



3 veces

¿Cuáles son las prácticas de riesgo para transmitir o adquirir Enfermedades de Transmisión Sexual?

- Quienes mantienen prácticas sexuales de riesgo: Varias parejas sexuales, mismo sexo, prostitución.
- Compañeros sexuales de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, virus B o virus C de la Hepatitis.
- Uso de drogas.

Anexo 02: Comprobante de donación

Banco de Sangre
 C.E.T.S. GUADALAJARA
 AV. ZOQUIPAN # 1050
 45170 ZAPOPAN, JALISCO Tel: 33 30306327

Donación:
 No. Evaluación:
 No. Unidad:

Comprobante de Donación
 El banco de sangre hace constar que el(la) C.
 se presentó a donar sangre a beneficio del paciente:
 atendido en el servicio de: ORTOPEDIA
 de: CRUZ VERDE GUADALAJARA, U. DELGADILLO ARAUJO

*** VALIDO POR 42 DIAS.**
*** NO TRANSFERIBLE, NO NEGOCIABLE.**

Impresión: 25/08/2016 10:07:29
 RE-DON-05

ENTREGAR AL PACIENTE

RESPONSABLE BANCO DE SANGRE

Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes

Clave: 031P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre de 2016

Actualización: 16 de noviembre de 2016

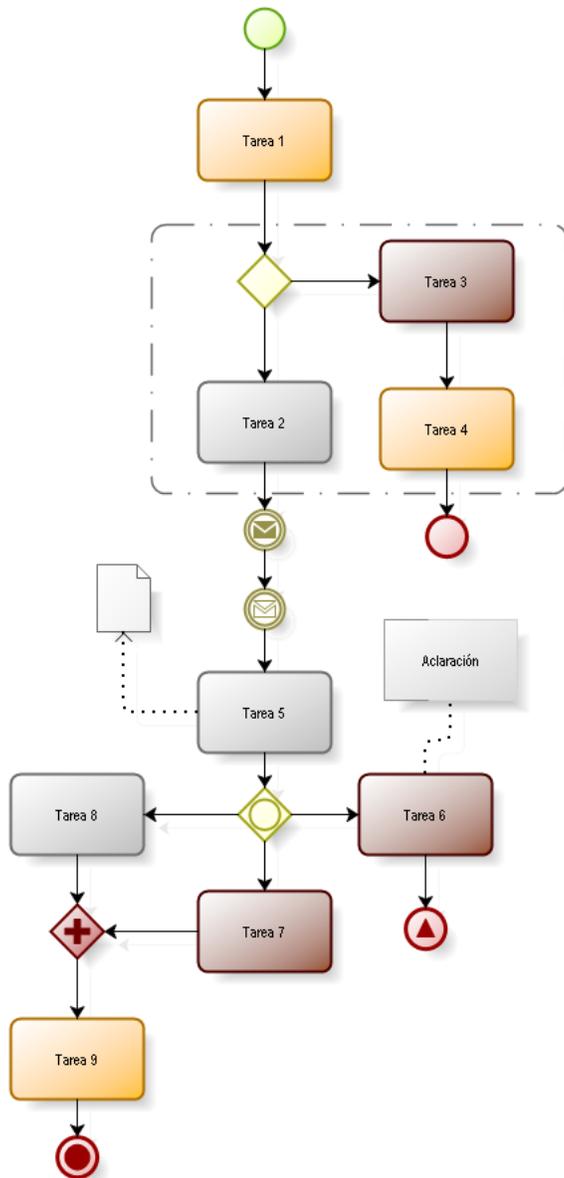
Autorización: **18 de noviembre del 2016**

Nivel II



Subdirección de Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Documento de Referencia



Autorizaciones

Elaboró: **RÚBRICA**
ELBA ANGÉLICA OROZCO LOYA
Médico responsable del Depósito de Sangre

Aprobó: **RÚBRICA**
DR. MICHEL BUREAU CHÁVEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: **RÚBRICA**
DR. FERNANDO PETERSEN ARANGUREN
Director de Servicios Médicos Municipales



Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Departamento de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2015-2018



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:	10
8.- Definiciones:.....	11
9.- Documentos de Referencia:.....	11
10.- Formatos Utilizados:	11
11. Descripción de Cambios	11
Anexos	13



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes

Clave: 031P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre de 2016

Actualización: 16 de noviembre de 2016



1.- OBJETIVO

Contar con un instrumento estandarizado que logre mayor eficiencia organizacional en la entrega y recepción de los hemocomponentes, llegando al paciente oportunamente.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia, con la entrega de o los hemocomponentes y termina cuando la unidad médica que transfundió regresa el marbete debidamente requisitado

Áreas que intervienen:

Los servicios de: Urgencias, Hospital, Quirófano y laboratorio de cada unidad y el Depósito de Sangre.

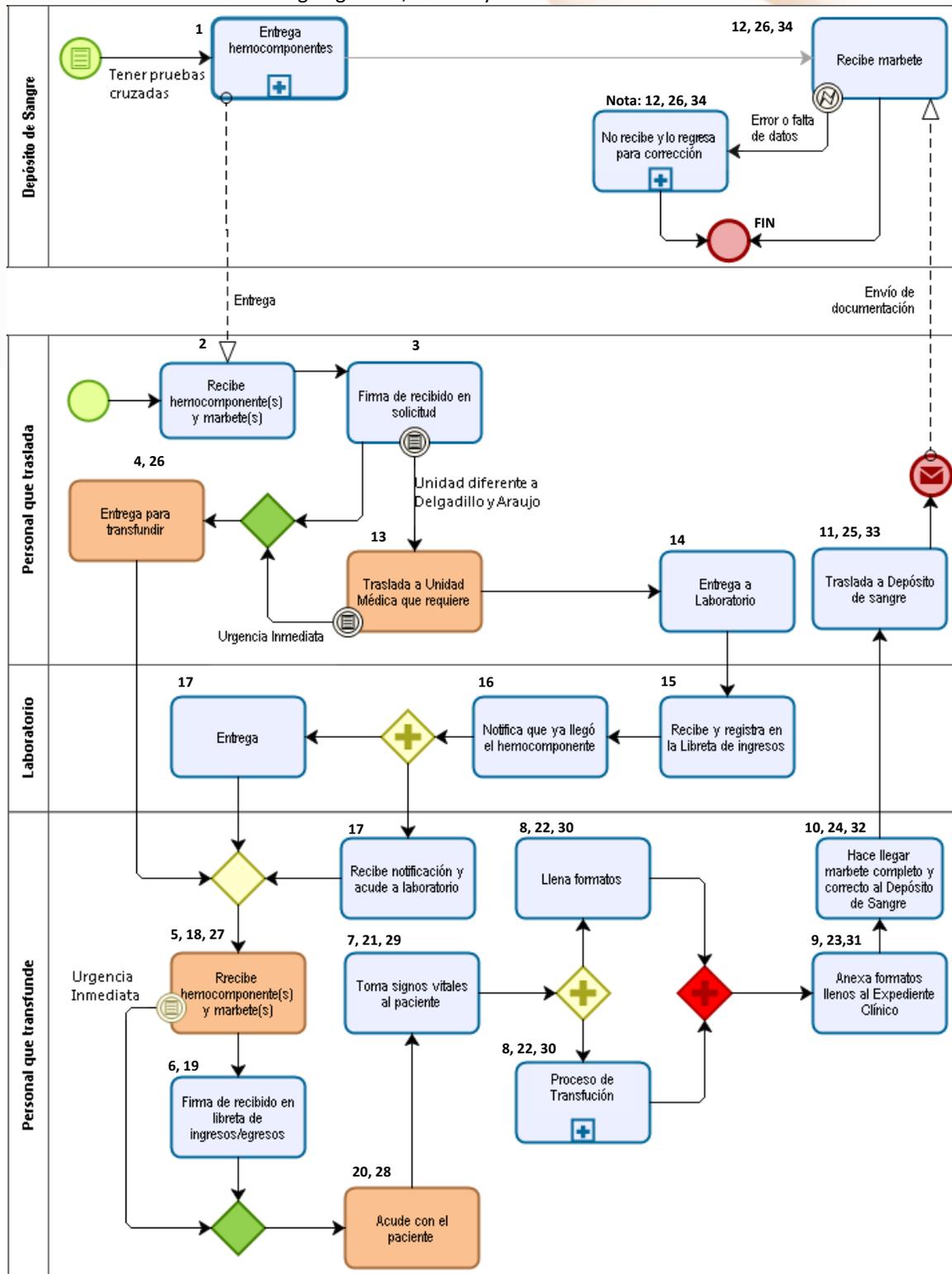
3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- 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.
- Una vez que la solicitud de hemocomponentes se encuentra en el Depósito de Sangre, el personal de la Unidad Médica es el responsable de enviar al mensajero a Depósito de Sangre, otorgando el nombre completo del paciente y la cantidad y tipo de hemocomponentes requeridos en ese momento.
- Todo personal que cumpla el rol de mensajero y venga de una Unidad Médica distinta a la Delgadillo y Araujo debe traer con él una hielera para mantener a temperatura adecuada el(los) hemocomponente(s).
- Todo personal que cumpla el rol de mensajero debe identificarse con gafete Institucional o en su defecto con IFE.
- En caso de enviar a alguien que no sea trabajador de esta dependencia, avisar previamente al Depósito de Sangre, proporcionando el nombre de la persona que acudirá por el (los) hemocomponente(s).
- Es responsabilidad del personal de enfermería o de anestesiología, según sea el caso, la de transfundir, llenar los formatos, y hacerlos llegar al Depósito de Sangre en las siguientes 24 Hrs.
- En caso de urgencia inmediata y una vez estabilizado el paciente, el personal que transfundió debe completar el procedimiento ordinario (trámites administrativos).

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	Manual de Organización/Dirección de Servicios Médicos Municipales/clave: 007OG-DSMM_001
Funciones	
1.2 Subdirección de Atención de Urgencias Médicas	
c)	Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en áreas 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.
j)	Definir, implantar y controlar estrategias e instrumentos administrativos necesarios, que garanticen la calidad en la prestación de los servicios médicos, hospitalarios y de atención a urgencias médicas,
m)	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.	Personal del Depósito de Sangre	Entrega el hemocomponente, el marbete y recaba firma de recibido en la solicitud.						
2.	Persona que traslada	Recibe el hemocomponente y el marbete.						
3.		Firma de recibido en la “ Solicitud de hemocomponentes ” ya sea ordinaria o urgente. (anexo 01A y 01B). Nota: Si se trata de una Unidad Médica distinta a Delgadillo Araujo, continúa en la actividad 13.						
4.		Entrega a quién va a transfundir o solicitó el hemocomponente						
5.	Personal que transfunde	Recibe hemocomponente y marbete. Nota: En caso de Urgencia inmediata continúa en la actividad no. 20.						
6.		Firma de recibido en la “ Libreta de ingresos/egresos ” (anexo 02).						
7.		Toma signos vitales al paciente Nota: Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.						
8.		De manera paralela se realizan las siguientes acciones:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. </td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.	Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión.
		Actividad	Entonces					
Por un lado		Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.						
Por el otro lado		Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. 						
Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad								
9.	Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico” (anexo 06): <ul style="list-style-type: none"> • “Hoja de registro de actos transfusionales” y, • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” 							

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
10.	Persona que transfunde	Hace llegar el "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.						
11.	Persona que traslada	Traslada el "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgadillo y Araujo.						
12.	Personal del Depósito de Sangre	<p>Recibe "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" debidamente requisitado</p> <p>Nota: Si le faltan datos o los datos están incorrectos, lo regresa para corregir a la Unidad Médica y hasta que la corrección sea adecuada, éste podrá terminar en definitivo.</p> <p>Fin de procedimiento</p>						
13.	Persona que traslada	<p>Traslada hemocomponente a la Unidad Médica que lo requirió.</p> <p>Nota: Si es Urgencia Inmediata, pasa a actividad no. 27.</p>						
14.		Entrega el hemocomponente y marbete al Personal de Laboratorio de la unidad.						
15.	Personal de Laboratorio	Recibe y registra en la " Libreta de Ingresos/egresos " los datos que se piden						
16.		Notifica al personal médico o de enfermería que solicitó el hemocomponente que ya llegó su pedido.						
17.	Personal de Laboratorio y Personal que transfunde	<p>De manera paralela se realizan las siguientes acciones:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>La Persona que trasfunde, recibe notificación y acude a laboratorio para recibir el Hemocomponente.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>El Personal del Laboratorio entrega el hemocomponente</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	La Persona que trasfunde, recibe notificación y acude a laboratorio para recibir el Hemocomponente.	Por el otro lado	El Personal del Laboratorio entrega el hemocomponente
Actividad	Entonces							
Por un lado	La Persona que trasfunde, recibe notificación y acude a laboratorio para recibir el Hemocomponente.							
Por el otro lado	El Personal del Laboratorio entrega el hemocomponente							
18.	Personal que transfunde	<p>Recibe Hemocomponente y marbete</p> <p>Nota: Si fuera una urgencia inmediata, debe continuar en la actividad 20</p>						
19.		Firma de recibido en " Libreta de ingresos/egresos ".						
20.		Acude con el paciente						
21.		<p>Toma signos vitales al paciente</p> <p>Nota: Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.</p>						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
22.	Personal que transfunde	De manera paralela se realizan las siguientes acciones:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. </td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.	Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión.
		Actividad	Entonces					
Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.							
Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. 							
Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad								
23.		Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico”: <ul style="list-style-type: none"> • “Hoja de registro de actos transfusionales” y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” 						
24.		Hace llegar el “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.						
25.	Persona que traslada	Traslada el “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgadillo y Araujo.						
26.	Personal del Depósito de Sangre	Recibe “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” debidamente requisitado Nota: Si le faltan datos o los datos están incorrectos, lo regresa para corregir a la Unidad Médica y hasta que la corrección sea adecuada, éste podrá terminar en definitivo. Fin de procedimiento						
27.	Personal que transfunde	Recibe hemocomponente y marbete. Nota: En caso de Urgencia inmediata						
28.		Acude con el paciente						
29.		Toma signos vitales al paciente Nota: Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.						

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad	
30.	Personal que transfunde	De manera paralela se realizan las siguientes acciones:	
		Actividad	Entonces
		Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.
		Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” (anexo 03) • “Hoja de registro de actos transfusionales” (anexo 04) y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión.
		Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad	
31.		Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico”: <ul style="list-style-type: none"> • “Hoja de registro de actos transfusionales” y • “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería” 	
32.		Hace llegar el “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.	
33.	Persona que traslada	Traslada el “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgadillo y Araujo.	
34.	Personal del Depósito de Sangre	Recibe “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” debidamente requisitado Nota: Si le faltan datos o los datos están incorrectos, lo regresa para corregir a la Unidad Médica y hasta que la corrección sea adecuada, éste podrá terminar en definitivo. Fin de procedimiento	

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación

•

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Hemocomponente	Fracción celular o acelular del tejido sanguíneo, separado de una unidad de sangre entera por métodos físicos. Por ejemplo, el plasma, concentrado de eritrocitos y concentrado de plaquetas.
Persona que traslada	Es quien tiene el rol de trasladar el(los) hemocomponente(s). Este puede ser personal médico, paramédico, de enfermería y encargado de mensajería. En su defecto, algún familiar del paciente capacitado.
Marbete	Formato de cartón tamaño ¼ carta, también nombrado Tarjeta de Reacción Transfusional que sirve para evidenciar si existió una reacción adversa a la transfusión. Instrumento para evidenciar la transfusión a un paciente determinado bajo supervisión médica y/o de enfermería.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
NOM-253-SSA-2012	Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N. A.	Anexo 01A	Solicitud de hemocomponentes ordinaria
N. A.	Anexo 01B	Solicitud de hemocomponentes urgente
N. A.	Anexo 02	Libreta de ingresos/egresos
RE-DON-02	Anexo 03	Marbete o Tarjeta de reacción transfusional
N. A.	Anexo 04	Hoja de registro de actos transfusionales
N. A.	Anexo 05	Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería
N. A.	Anexo 06	Expediente Clínico

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	16/11/2016	Todas	Primera vez que se documenta el procedimiento bajo BPMN



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes

Clave: 031P-SD3_001

Documentación: 01 de noviembre de 2016

Actualización: 16 de noviembre de 2016



ANEXOS





Anexo 01A: Solicitud Ordinaria de hemocomponentes

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 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	¿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													
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	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:	Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H													
Firma:													

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 01B: Solicitud Urgente de Hemocomponentes

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 <small>MARIANO BARCENAS 997, COL. 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	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:													

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		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 indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	
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		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 indicar puesto o cargo			NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DE RECIBIDO indicar puesto o cargo		
FECHA		HORA		FECHA	
FECHA		HORA		FECHA	

(Parte 2)

10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100									
Nombre del Receptor																																																																																																			
Grupo y Rh																																																																																																			
Unidad Cívica Urd.																																																																																																			
Servicio																																																																																																			
Expediente																																																																																																			
Cama																																																																																																			
Medicinas solicitadas																																																																																																			
Personal que recibe																																																																																																			
Cargo																																																																																																			
Fecha																																																																																																			
Hora																																																																																																			
Observaciones																																																																																																			

Procedimiento de entrega-recepción de
hemocomponentes



Anexo 04: Hoja de registro de actos transfusionales

**SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS
UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO**

**REGISTRO DE ACTOS TRANSFUSIONALES
AGREGAR ESTA HOJA AL EXPEDIENTE NOM-253-SSA1-2012**

*De no registrar las transfusiones en este formato, será acreedor a una sanción.

Nombre del Receptor: _____ No. Expediente _____ Seg. Pop _____
 Género: _____ Edad: _____ F. Nacimiento: _____ Cama: _____ Sala/Piso: _____ Servicio: _____
 Grupo/Rh: _____ Médico que indicó la transfusión: _____ Cédula: _____ Firma: _____
 Diagnóstico de Certeza o Probabilidad: _____ Motivo de la Indicación Transfusional: _____

Fecha	Tipo Producto	No. Unidad	SIGNOS VITALES				Fecha y Hora inicio/ término	Volumen transfundido	Nombre y firma personal	Incidencias/ efectos adversos	Acciones tomadas (señale las que realiza)
			Hora	T/A	Pulso	FR					
			Antes Transf.					Quién aplicó:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/catostifrios o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Durante					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/catostifrios o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Después Transf.					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/catostifrios o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Antes Transf.					Quién aplicó:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/catostifrios o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Durante					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/catostifrios o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	
			Después Transf.					Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/catostifrios o Hipotensión o Dolor lumbar, respiratoria o Dificultad o Estado de shock	o Ninguna o Aviso a médico de turno. o Suspensión de la transfusión. o Reinicio posterior de la transfusión. o Antihistamínicos o Esteroides o Analgésicos o Envío al Banco de Sangre el remanente de la unidad. o Envío al Banco muestras del paciente: 2 tubos tapa roja y 1 tubo con tapa lila.	

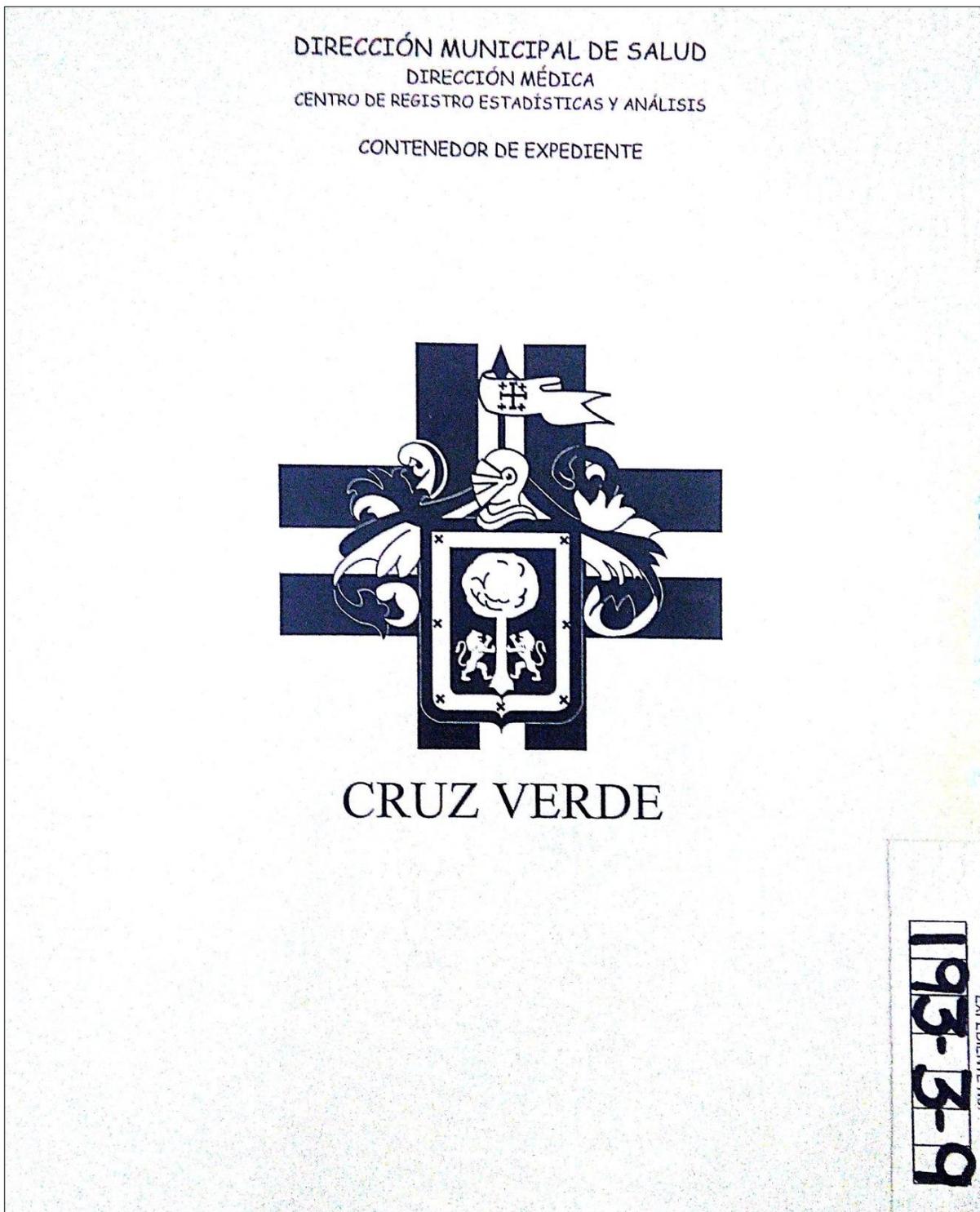
BUENAS PRACTICAS DE TRANSFUSIÓN:

- NO CALENTAR NINGÚN HEMOCOMPONENTE PARA ADULTOS
- NO ADMINISTRE MEDICAMENTOS O SOLUCIONES A LA UNIDAD POR LA MISMA VÍA.
- EL TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS NO DEBE EXCEDERSE 4 HORAS.
- VERIFICA NOMBRE DEL RECEPTOR CON LA UNIDAD Y PACIENTE.
- REGISTRA TODAS LAS TRANSFUSIONES EN ESTE FORMATO
- AL NO TRANSFUNDIR LA UNIDAD, REGRESAR AL BANCO DE SANGRE ANTES DE TRANSCURRIDA 1 HORA FUERA DE SU TEMPERATURA IDEAL (2-6°C)

Anexo 05: Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería
Anverso

		H. AYUNTAMIENTO DE GUADALAJARA																Nombre:					
		DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS																N. de Registro:					
Registros clínicos, Tratamientos y observaciones de Enfermería		JEFATURA DE ENFERMERIA																Edad: Sexo:					
																		Servicio:					
																		Diagnóstico: cama:					
Fecha:																							
F.C	F.R	T.C	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	4				
170	36	41																					
160	34																						
150	32	40																					
140	30																						
130	28	39																					
120	26																						
110	24	38																					
100	22																						
90	20	37																					
80	18																						
70	16	36																					
60	14																						
50	12	35																					
Tensión Arterial																							
C. Temperatura																							
F. Respiratoria																							
Peso																							
Talla																							
Perímetro																							
Dieta:																							
Líquidos orales:																							
Total																							
Líquidos																							
Parenterales																							
Electrolitos y Elementos																							
Sanguíneos																							
Sol. I.V																							
Medicamentos I.V																							
Otros																							
Total de Ingresos																							
Uresis																							
Evacuaciones																							
Vomito, succión																							
Drenajes																							
Laboratorio																							
Reactivos																							
Estudios																							
Operaciones																							
Total de Egresos																							

Anexo 06: Expediente Clínico (sugerido)





**DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CRUZ VERDE GUADALAJARA**

CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO

NUM. REGISTRO

NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

INDICE:

LISTA DE PROBLEMAS	HOJA BLANCA	001
ADMISION HOSPITALARIA	HOJA BLANCA	002
HOJA DE CONSENTIMIENTO	HOJA BLANCA	003
HOJA DE INTERROGATORIO	HOJA BLANCA	004/1, 004/2, 004/3
NOTA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	005/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	005/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	006
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	HOJA AMARILLA	007
HOJA DE PROGRAMACION QUIRURGICA	HOJA CAFE	008
HOJA DE REFERENCIA	HOJA GRIS	009
HOJA DE INTERCONSULTA	HOJA BEIGE	010
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO	HOJA AMARILLA C.	011
HOJA DE REPORTE CLINICO	HOJA BLANCA	012
HOJA DE ALTA VOLUNTARIA	HOJA BLANCA	013

D.M. S/99