Gobierno de Guadalajara

La Ciudad que quiero

Gaceta Municipal

SUPLEMENTO. Tomo V. Ejemplar 12. Cuarta Sección. Año 106. 21 de septiembre de 2023

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS HOSPITALIZACIÓN TOMO I. COORDINACIÓN GENERAL DE CONSTRUCCIÓN DE COMUNIDAD. DIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES

Gobierno de Guadalajara

La Ciudad que quiero

Gobierno de
Guadalajara

L.A.E. Jesús Pablo Lemus Navarro
Presidente Municipal de Guadalajara

Lic. Eduardo Fabián Martínez Lomelí
Secretario General

Mtro. Mario Ernesto Padilla Carrillo
Director de Archivo Municipal de Guadalajara

Comisión Editorial
Mónica Ruvalcaba Osthoff
Mirna Lizbeth Oliva Gómez
Karla Alejandrina Serratos Ríos
Mónica Ramírez Valle

Registro Nacional de Archivo
Código

MX14039 AMG

Diseño
Coordinación General de
Comunicación Institucional

Edición e impresión
Archivo Municipal de Guadalajara
Esmeralda No. 2486
Col. Verde Valle
C.P. 44550 Tel 33 3818-3638
Ext. 8608

La Gaceta Municipal es el órgano oficial de información del Ayuntamiento de Guadalajara

Gaceta Municipal

Fecha de publicación: 21 de septiembre de 2023

Índice

Gobierno de Guadalajara

Construcción de la Comunidad

Unidad Médica de Urgencias

Servicios Médicos

Manual de Procedimientos Hospitalización Tomo I

Elaboración: 30 de abril 2022 **Actualización:** 30 de junio 2022 **Nivel:** III

Autorización

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Dictamen Técnico-Médico:

DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

Dictamen Técnico-Administrativo:

DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación

Autorizó

DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Director de Servicios Médicos Municipales

Visto Bueno

LIC. JOSÉ ALAN MARTÍN JIMÉNEZ YÁÑEZ
Jefe del departamento de la gestión de Calidad

ING. ELISEO ZÚÑIGA GUTIÉRREZ.
Director de Innovación Gubernamental

Fecha de Autorización

Gobierno de Guadalajara

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS HOSPITALIZACIÓN TOMO I

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 visitante que por algún motivo tuvieron un accidente que les genera la necesidad de atención médica o quirúrgica de urgencias.

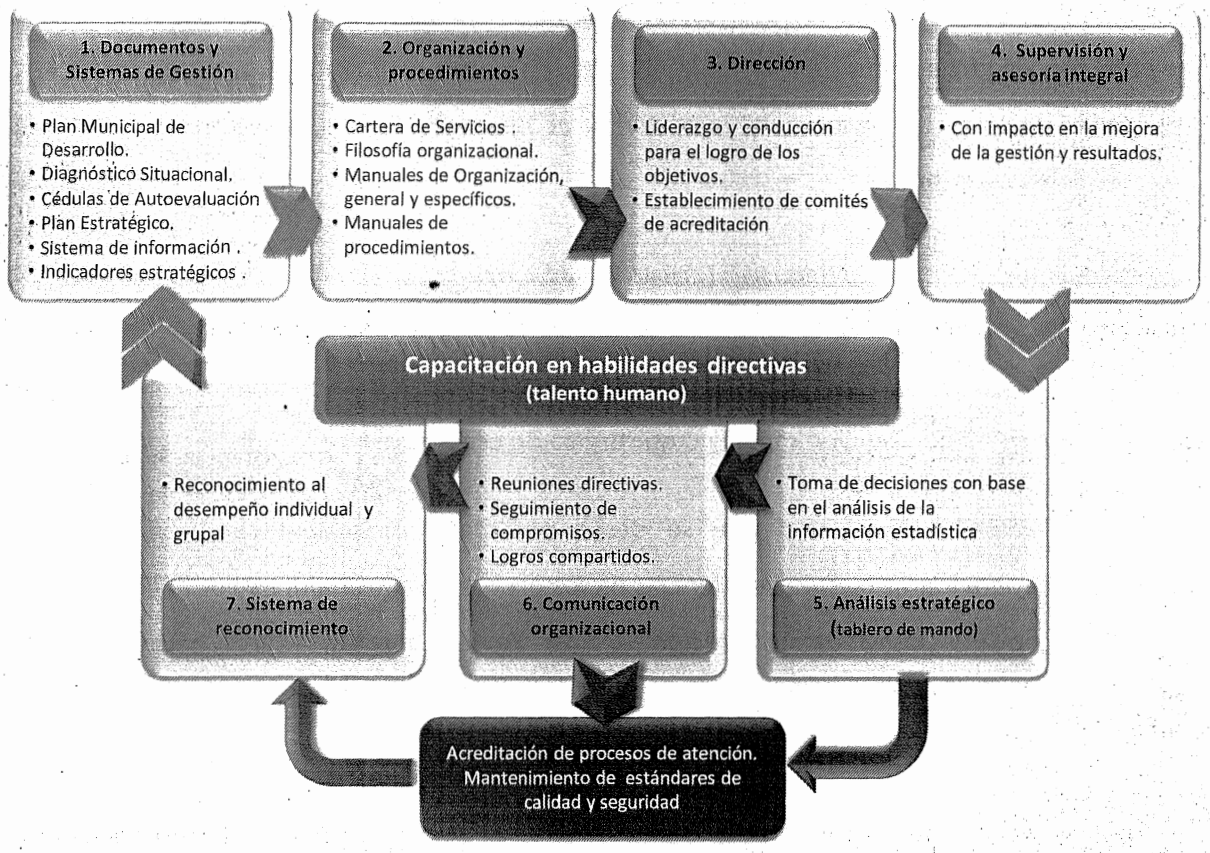
La estrategia documental que se desea implementar, se enfoca en el desarrollo organizacional para lograr mejores eficiencias en los procesos de trabajo, es por lo anterior, que el C. Director de Servicios Médicos Municipales, el **Dr. Xavier Calderón Alcaraz, ha instruido que la atención médica en urgencias, sea estandarizada e implementada en las unidades médicas, con el objeto de que el proceso de atención a los pacientes, sea el mismo en todas y en cada una de estas.**

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/ Área de Innovación y Desarrollo.

Contenido del manual

- 033- Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI
- 036- Procedimiento para la valoración socioeconómica
- 037- Procedimiento para el resguardo de pertenencias y su entrega
- 038- Procedimiento de camillería
- 039- Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado

Dirección de Servicios Médicos Municipales 2021-2024.

Misión

Garantizar el derecho efectivo a la salud, otorgando servicios de urgencias, prehospitalarios y de atención médica integral eficientes, accesibles, oportunos y con calidad, contribuyendo con ello al bienestar y seguridad de los pacientes y usuarios.

Visión

Situar a la Ciudad de Guadalajara como la ciudad Modelo y punto de referencia en los tres niveles de Gobierno, al brindar servicios médicos municipales de urgencias, prehospitalarios y de atención médica integral de alto nivel, contando con el personal líder en estos componentes y apegados a los valores institucionales, propiciando con ello la satisfacción de los y las tapatías en cuanto a sus necesidades en salud y conscientes de su autocuidado, en el marco del establecimiento de alianzas colaborativas como un aspecto fundamental para el desarrollo sostenible.

Objetivo Estratégico

Otorgar atención médica integral, prehospitalaria y de urgencias, accesible, con eficiencia, calidad y seguridad a los pacientes, en el marco de un esquema de alianzas intermunicipales, así como propiciar las mejores condiciones en salud para la población usuaria de los servicios médicos municipales.

Decálogo de Valores

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

Compromiso

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

Respeto

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

Congruencia

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

Responsabilidad.

- 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.

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:

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 será 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.

Equidad.

La **equidad** es el **principio** ético normativo; implica **justicia e igualdad de oportunidades, hombres y mujeres. En salud** es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas **respetando la pluralidad de la sociedad**.

Igualdad.

La **igualdad** de género consiste en la **igualdad** de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas. pilar necesario para lograr un mundo sostenible, pacífico, próspero, saludable y que no deje a nadie desatendido.

Políticas rectoras

1. Todo usuario de nuestros servicios, debe recibir atención médica de calidad, con calidez y con trato digno, por tanto, nuestros servicios deben darse de forma eficaz y oportuna,

2. Toda atención médica debe otorgarse bajo el enfoque de la seguridad del paciente, y evitar así, daños colaterales,

3. Los usuarios deben estar tranquilos por sus pertenencias, por ello, es que todas sus cosas serán respetadas por el personal de Servicios Médicos Municipales,

4. Para unificar los criterios de atención, todos los procedimientos y procesos de trabajo deben estar plenamente estandarizados, y así, promover la mejora continua de los mismos,

5. Todo usuario que demanda atención médica, debe ser atendido por pequeño que sea su padecimiento, por tanto, debe ser estabilizado y referenciado a otra institución de alta complejidad médica cuando el caso lo amerite e implementar el cero rechazo,

6. El actuar de los trabajadores, debe responder plenamente a la normatividad vigente, con relación a la atención médica, y

7. Los trabajadores de las unidades de atención a urgencias médicas, deben: Trabajar y documentar su actividad administrativa; práctica médica y apegarse a las guías de práctica clínica.

Fundamento Legal

Artículo 225 Quinquies. La Dirección de Servicios Médicos Municipales, tiene las siguientes atribuciones:

I. Participar en la construcción del modelo metropolitano, con énfasis en la educación para la salud, la prevención y el autocuidado, con las dependencias competentes;

II. Ser eje rector en la colaboración, coordinación y operación con las dependencias correspondientes para planear, asesorar y dirigir los programas que se instrumenten en el Municipio en materia de salud;

III. Mejorar la cobertura de servicio prehospitalario y urgencias médicas quirúrgicas;

IV. Colaborar en la promoción de programas de activación física y servicios de salud en lugares públicos, para impulsar la medicina preventiva y estilos de vida sana, en coordinación con las dependencias competentes;

V. Operar un sistema sanitario de atención, con vinculación y coordinación funcional de todas las instituciones del sector salud que actúan en el Municipio;

VI. VI. Proponer las acciones de mejora del sistema de salud, basado en las necesidades de la ciudadanía;

VII. Implementar los protocolos de intervención específica para los padecimientos de alta prevalencia;

VIII. Colaborar en coordinación con las dependencias competentes en la implementación de medidas para el saneamiento y preservación de los entornos habitacionales, escolares y laborales, favoreciendo en la generación de entornos saludables para las personas;

IX. Autorizar, apoyar y evaluar el desarrollo y cumplimiento de los programas de enseñanza, educación continua y adiestramiento en el servicio de salud;

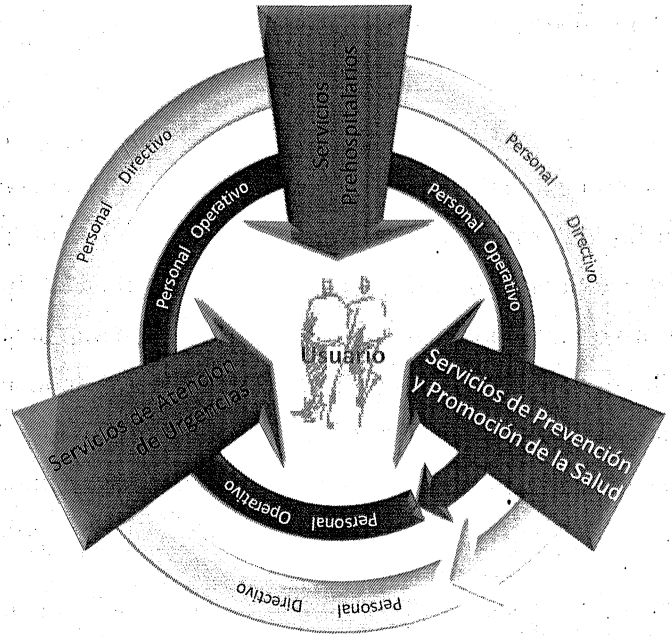
X. Coadyuvar y asesorar a las dependencias y entidades de la administración pública municipal para que las oficinas y edificios públicos del Municipio obtengan la certificación como entornos favorables a la salud, así como para que conserven dicha certificación; y

XI. Asesorar y colaborar, en coordinación con la dependencia municipal de Protección Civil, a la Administración pública en la implementación y operación de sus respectivas omisiones de Seguridad e Higiene.

Modelo conceptual

Un modelo, es la representación gráfica que ayuda a entender algo que no se puede palpar o ver directamente. Un modelo no es una realidad, trata de una abstracción de la realidad y que inspira a trabajar para lograrlo. Por tanto, se puede decir que un modelo conceptual, es la imagen conceptual del ideal de lo que debería ser, o de lo que se esperar 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/ Área de Innovación y Desarrollo.

El modelo conceptual que se presenta, tiene como centro de todos los procesos al usuario

tanto interno como externo, razón y motivo que llevan a la misión y visión propuestas.

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

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

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

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

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Área de Innovación y Desarrollo
Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
2021-2024

Gobierno de Guadalajara

Procedimiento para la programación quirúrgica

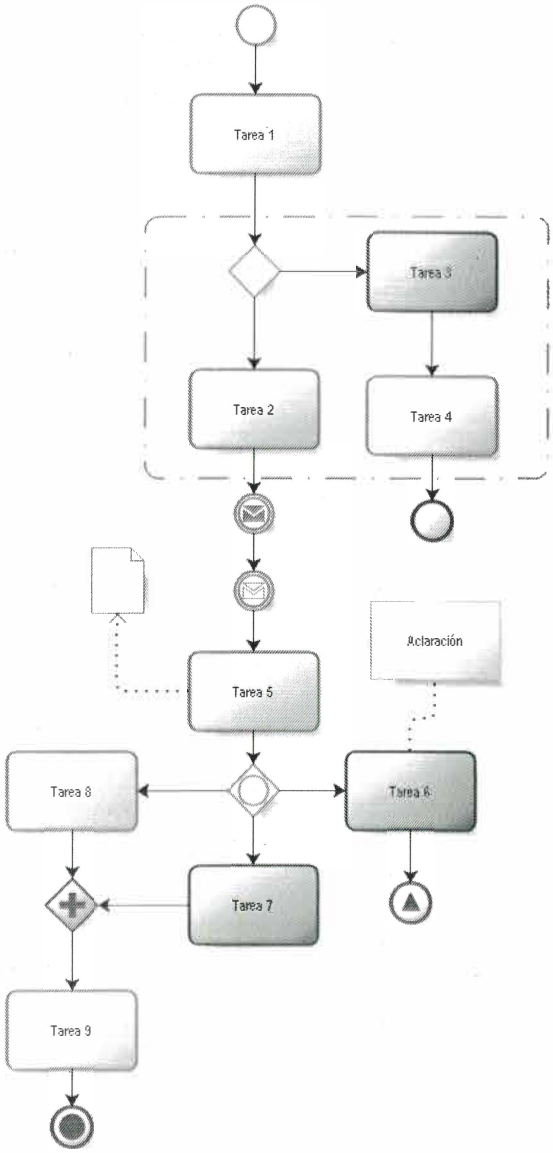
020P-CV-002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias

Urgencias

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.: DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Construcción de Comunidad

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 020 Procedimiento para la programación quirúrgica

NOMBRE
DR. JORGE ARTURO SOTELO ESQUEDA
DR. MANUEL ALEJANDRO BARAJAS ZAMBRANO
DRA. ROSARIO SÁNCHEZ MORA

ÍNDICE

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

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 quien programe un proceso quirúrgico, la de notificar al usuario su fecha programada o cuando ésta sufra algún diferimiento por casos de urgencia mayor.
3. 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.
4. 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.
5. 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).
6. 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.

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	

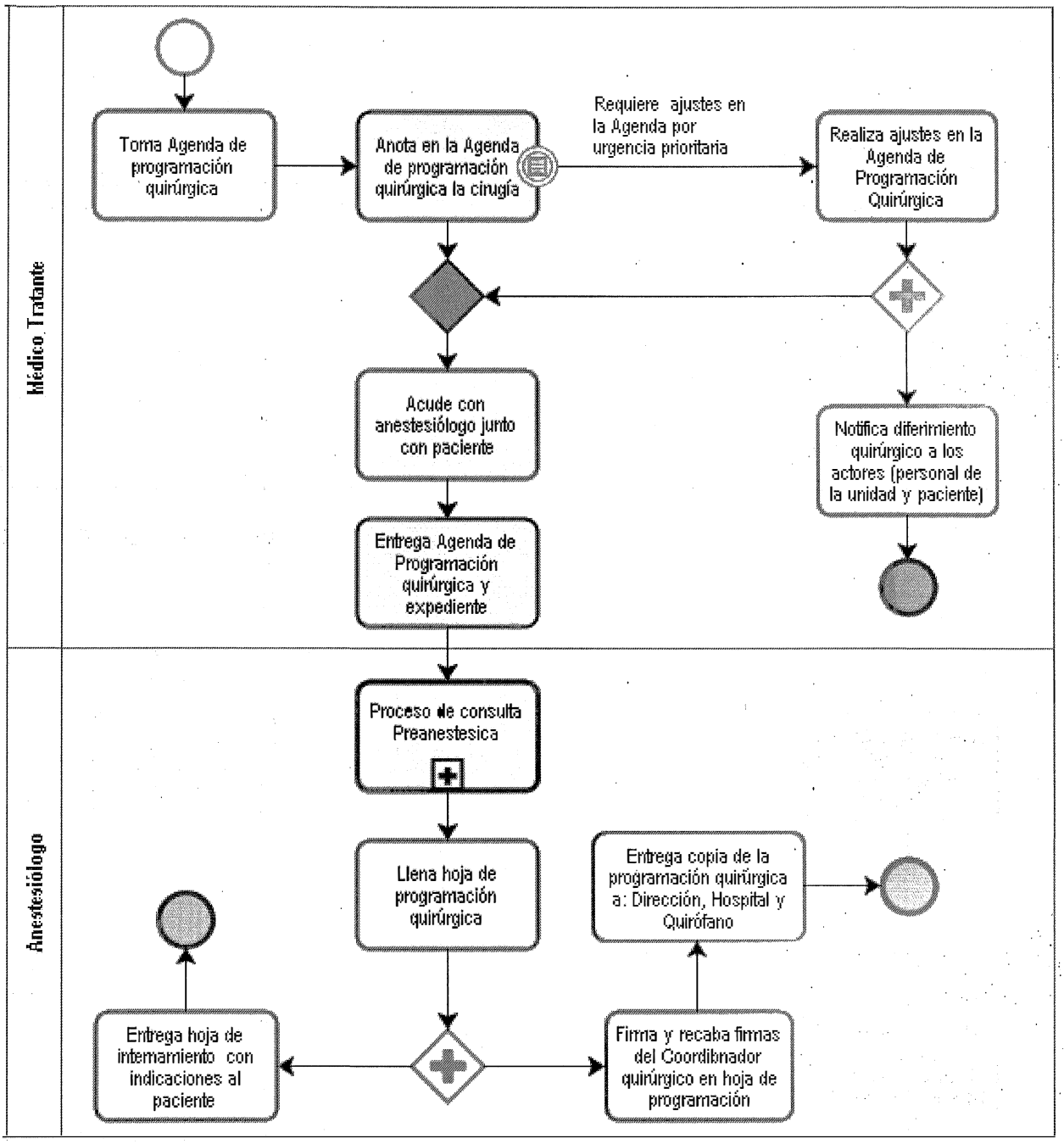
1.2.2 Urgencias

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 resolutiva, 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.



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:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		
Dr. Jorge Arturo Esqueda Suarez	• Dra. Rosario Sánchez Mora Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano	

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.
019P-CV_001	Procedimiento para otorgar consulta externa de especialidad médica
	Procedimiento de consulta preanestésica

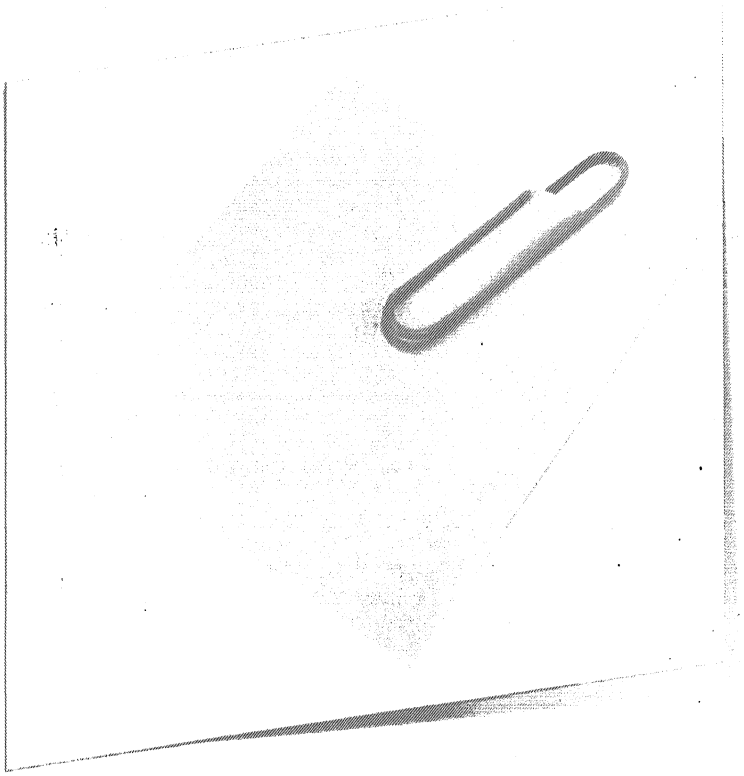
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

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.	31 de julio 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Anexo 01: Agenda quirúrgica

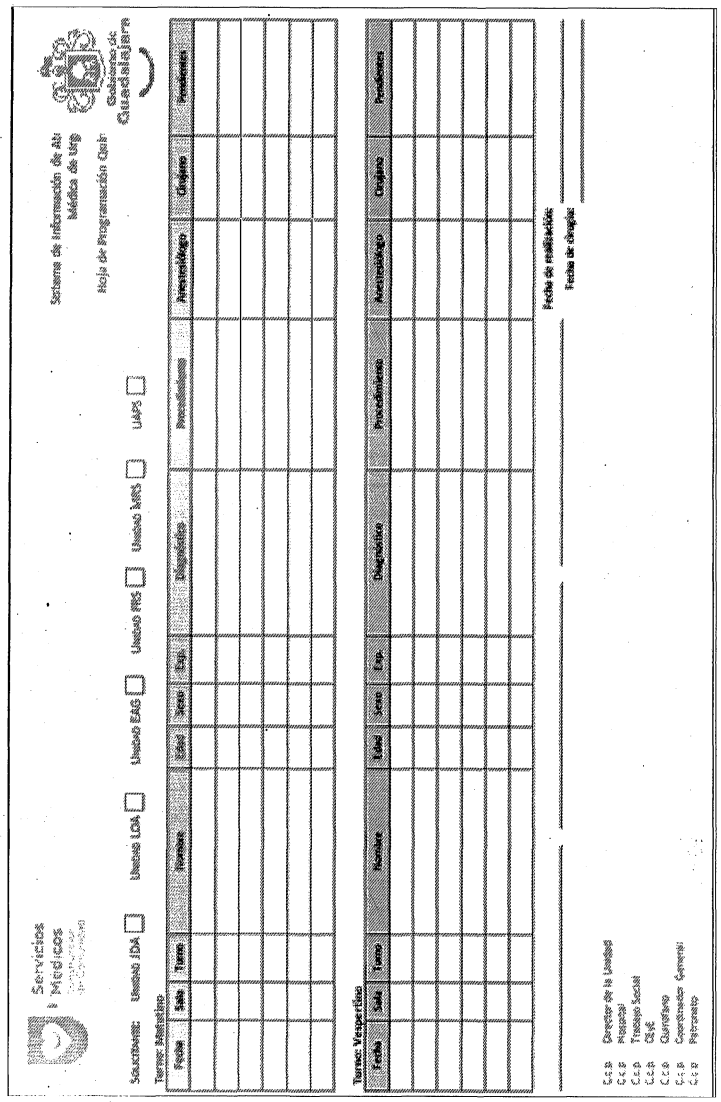
Servicios Médicos

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias

Agenda quirúrgica

Gobierno de Guadalajara

Anexo 02: Hoja de programación quirúrgica



Servicios Médicos

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias

Hoja de Programación Quirúrgica

Gobierno de Guadalajara

Solicitante: Unidad IDA ☐ Unidad LCN ☐ Unidad EAG ☐ Unidad PRS ☐ 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. Médico
C.c.p. Trabajo Social
C.c.p. QFB
C.c.p. Quirófano
C.c.p. Coordinación General
C.c.p. Personal

Anexo 03: Hoja de internamiento

Servicios Médicos

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias
Solicitud de Estudios Laboratoriales

Gobierno de Guadalajara

Nombre del paciente: _____

Registro: _____ **Edad:** _____ **Servicio Tratante:** _____

Diagnóstico prequirúrgico: _____

Cirugía programada: _____

Favor de presentarse en admisión del hospital a las: _____

El día: _____

Ayuno a partir de las: _____ **Del día:** _____

Indicaciones:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

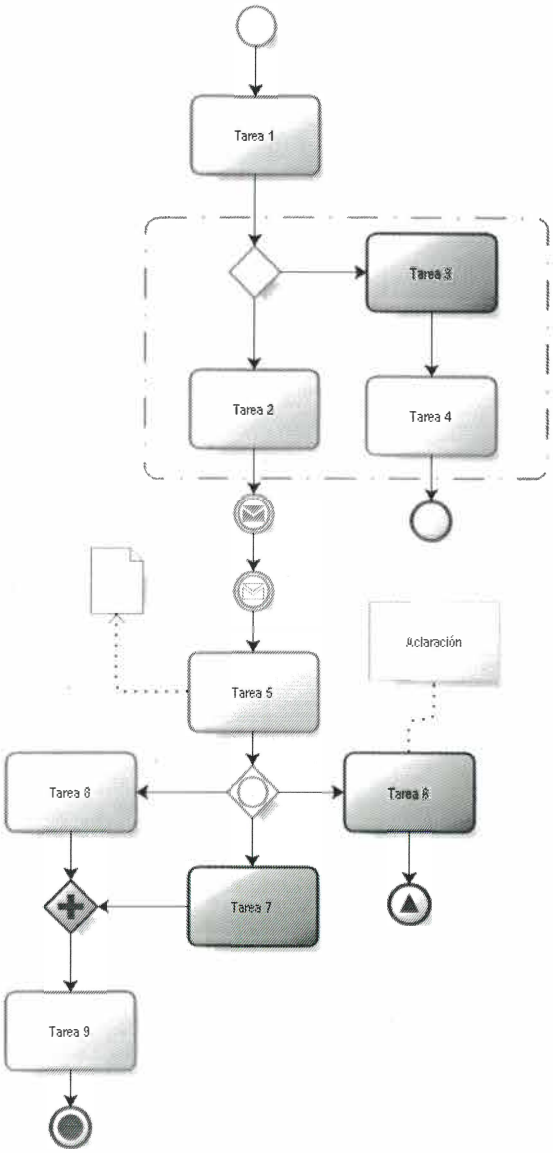
Dr. _____

Gobierno de Guadalajara

Procedimiento para otorgar consulta preanestésica

Clave:	024P-CV_002
Documentación:	30 de mayo del 2022
Actualización:	31 de julio del 2023
Autorización	

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias

Urgencias procedimiento general

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró:	LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO Proyectista
Vo. Bo.	DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación
Aprobó:	DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ Subdirección de Atención de Urgencias Médicas
Autorizó:	DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ Dirección de Servicios Médicos Municipales

Gobierno de Guadalajara

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 024 Procedimiento para otorgar consulta preanestésica

NOMBRE
DR. JORGE ARTURO SOTELO ESQUEDA
DR. MANUEL ALEJANDRO BARAJAS ZAMBRANO
DRA. ROSARIO SÁNCHEZ MORA

ÍNDICE

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 anestesiólogo asigna fecha tentativa de intervención quirúrgica al Usuario.
- Otra cuando le Anestesiólogo 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 <u>vigente</u> 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 <u>actualizado</u> es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
   - Un procedimiento es <u>obsoleto</u> cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
   - Un procedimiento es <u>dictaminado</u> favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.

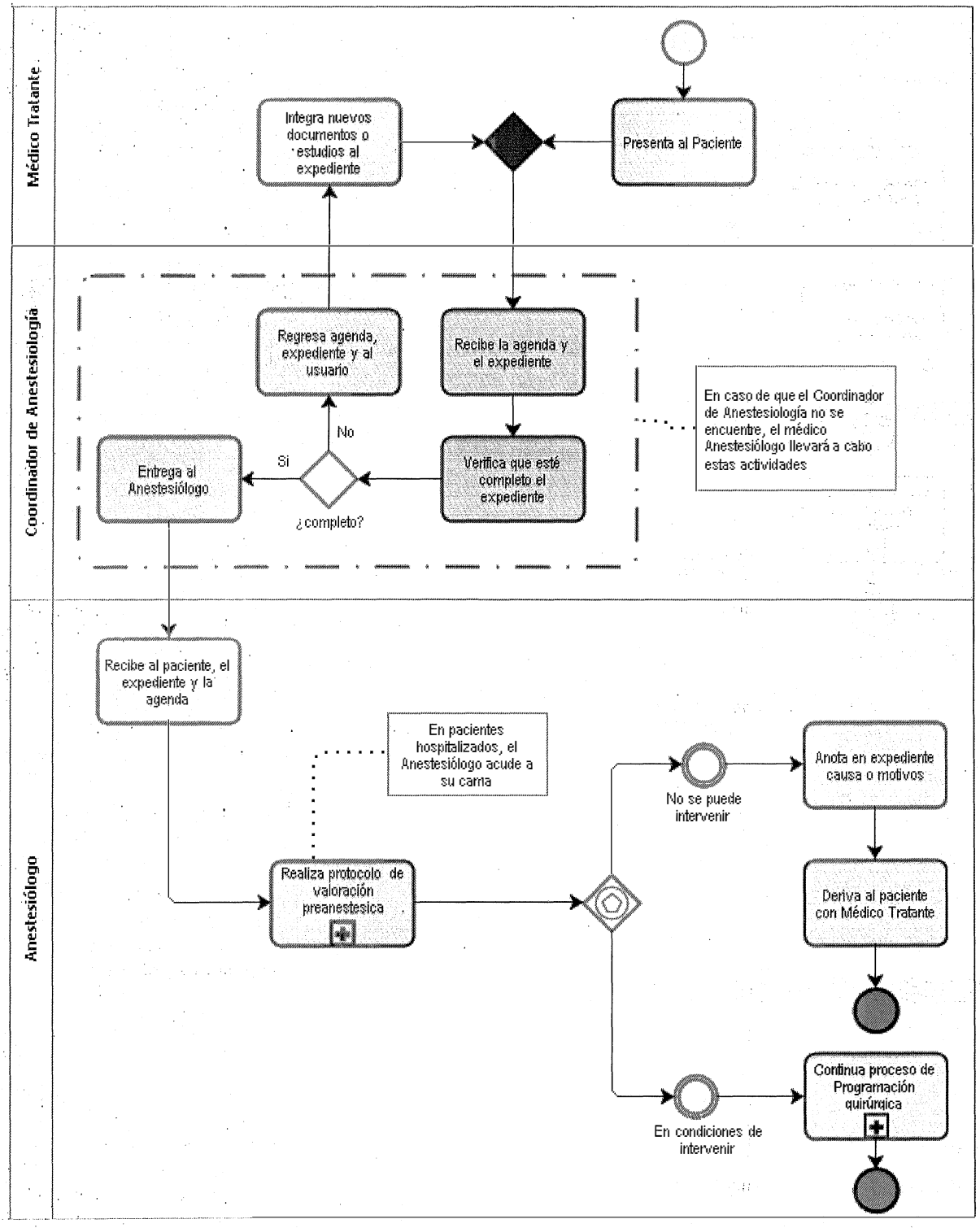
2. Llevar e incorporar todos los registros necesarios en el expediente clínico de cada usuario.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
	Funciones
1.2.3 Unidad Médica de Urgencias	
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 resolutiva, 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 PROCSO. Imagen general, no incluye detalles.



6.- DESARROLLO:

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Médico tratante</td><td>Presenta al paciente con el Coordinador de Anestesiología</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Coordinador de Anestesiología</td><td>Recibe al paciente, el expediente y la fecha tentativa de cirugía

Nota:
Si no se encontrara el coordinador de anestesiología, el Anestesiólogo debe realizar las tareas del coordinador de anestesiología.</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Coordinador de Anestesiología</td><td>Verifica que el expediente se encuentre completo
<table>
<tr><th>¿El Expediente está completo?</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>Sí</td><td>Entrega expediente y paciente al Anestesiólogo.

Continúa en la actividad 5</td></tr>
<tr><td>No</td><td>Regresa los documentos y al paciente con el Médico tratante indicando los motivos del regreso.

Continúa en la siguiente actividad</td></tr>
</table>
Nota:
Si no se encontrara el coordinador de anestesiología, el Anestesiólogo debe realizar las tareas del coordinador de anestesiología.</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Médico tratante</td><td>Integra al expediente los documentos o estudios faltantes y continúa en la actividad 2</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Anestesiólogo</td><td>Recibe el expediente y al paciente y aplica protocolo de valoración preanestésica y con base en lo que resulte resuelva el camino a seguir:
<table>
<tr><th>Situación encontrada</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>El paciente no se puede intervenir</td><td>Anota en el “Expediente clínico” (anexo 01) la causa o motivos por los cuales no se puede intervenir al paciente.

Continúa en la actividad 6</td></tr>
<tr><td>Paciente en condiciones de intervenirse</td><td>Continúa en la actividad 7</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>6.</td><td>Anestesiólogo</td><td>Deriva al paciente con el Médico tratante.

Fin de procedimiento</td></tr>
<tr><td>7.</td><td>Anestesiólogo</td><td>Continua en el proceso de programación quirúrgica.

Fin de procedimiento</td></tr>
</table>

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		
• Dr. Jorge Arturo Esqueda Suarez	Dr. Manuel • 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
008OG-DSMM_001	Manual de Organización Específico de la Unidad Médica de Urgencias
020P-CV_001	Procedimiento para la programación quirúrgica

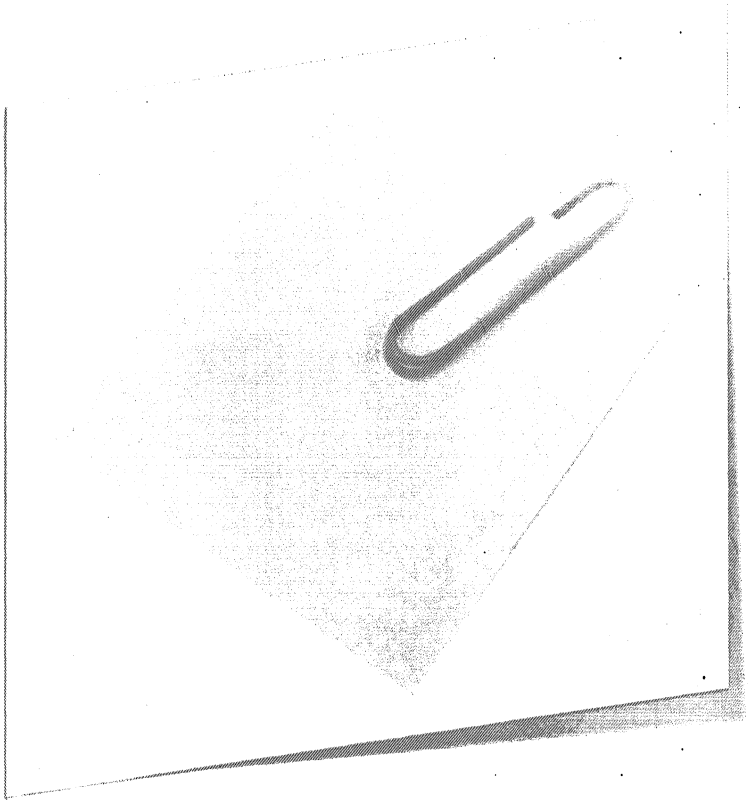
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Expediente clínico

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	31 de julio del 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Anexo 01: Expediente clínico (formato sugerido)

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

CONTENEDOR DE EXPEDIENTE

CRUZ VERDE

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:

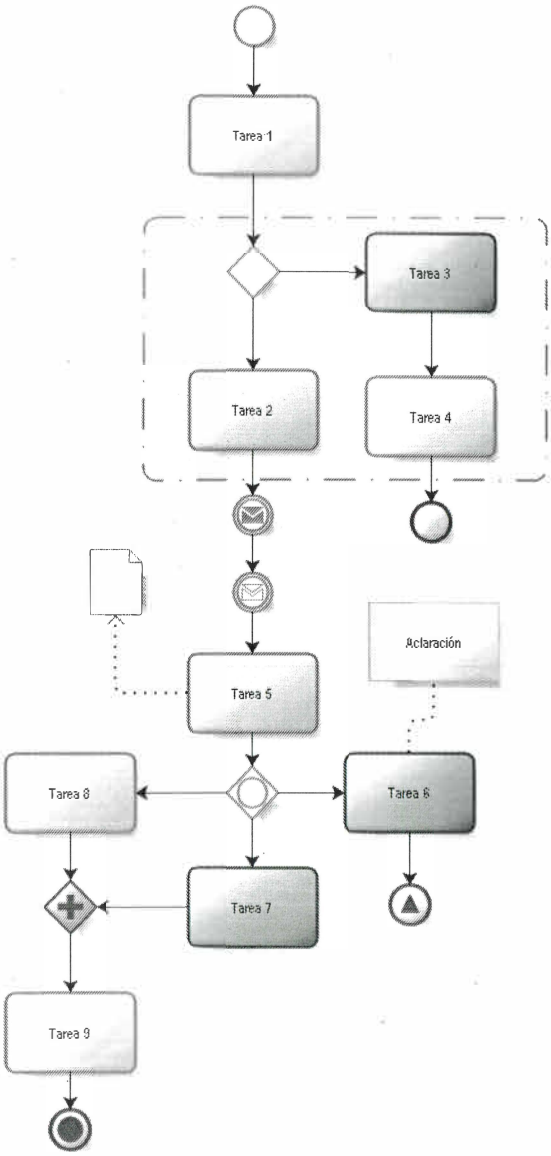
LISTA DE PROBLEMAS	HOJA BLANCA	001
ADMISION HOSPITALARIA	HOJA BLANCA	002
HOJA DE CONSENTIMIENTO	HOJA BLANCA	003
HOJA DE INTERROGATORIO	HOJA BLANCA	004/1, 004/2, 004/3
NOTA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	005/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	005/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA 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. 8/98

Gobierno de Guadalajara

Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes

Clave:	029P-SD3_002
Documentación:	30 de mayo del 2022
Actualización:	31 de julio 2023
Autorización	
Nivel	II



Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Depósito de Sangre

Servicios Médicos

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo. DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Personal que elaboró el Manual de Procedimientos 029 Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemocomponentes

NOMBRE
DRA. ELBA ANGELICA OROZCO LOYA "Médico que fungió como encargada del depósito de sangre" Baja en la Administración 2018-2021

Construcción de Comunidad

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Área de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

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

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 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.
2. 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.
3. 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).
4. Las muestras que se entreguen en el Laboratorio de Análisis Clínicos o, en el Depósito de Sangre y éstas se encuentren carentes de rotulo, deben tirarse (desecharse) de inmediato a RPBI, ello en apego a la norma en materia de disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Únicamente se procesarán muestras y se recibirán documentos cuando la muestra cumple con todos los requisitos.
5. En caso de 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.
6. 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.

7. Las solicitudes de pruebas cruzadas y hemocomponentes ordinarias que envíen las Unidades de Urgencia (diferentes a la Delgadillo y Araujo), se mandarán 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	• Mensajero • Chofer • Cualquier servidor público que apoye en el proceso.
	Posquirúrgica	• Mensajero • Chofer • Cualquier servidor público que apoye en el proceso.
Extraordinaria	Urgencia Médica	• Mensajero • Chofer • Cualquier servidor público que apoye en el proceso. • Paramédico motorizado (solicitar apoyo a Subdirección Prehospitalaria).

8. 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.
9. 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.
10. 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

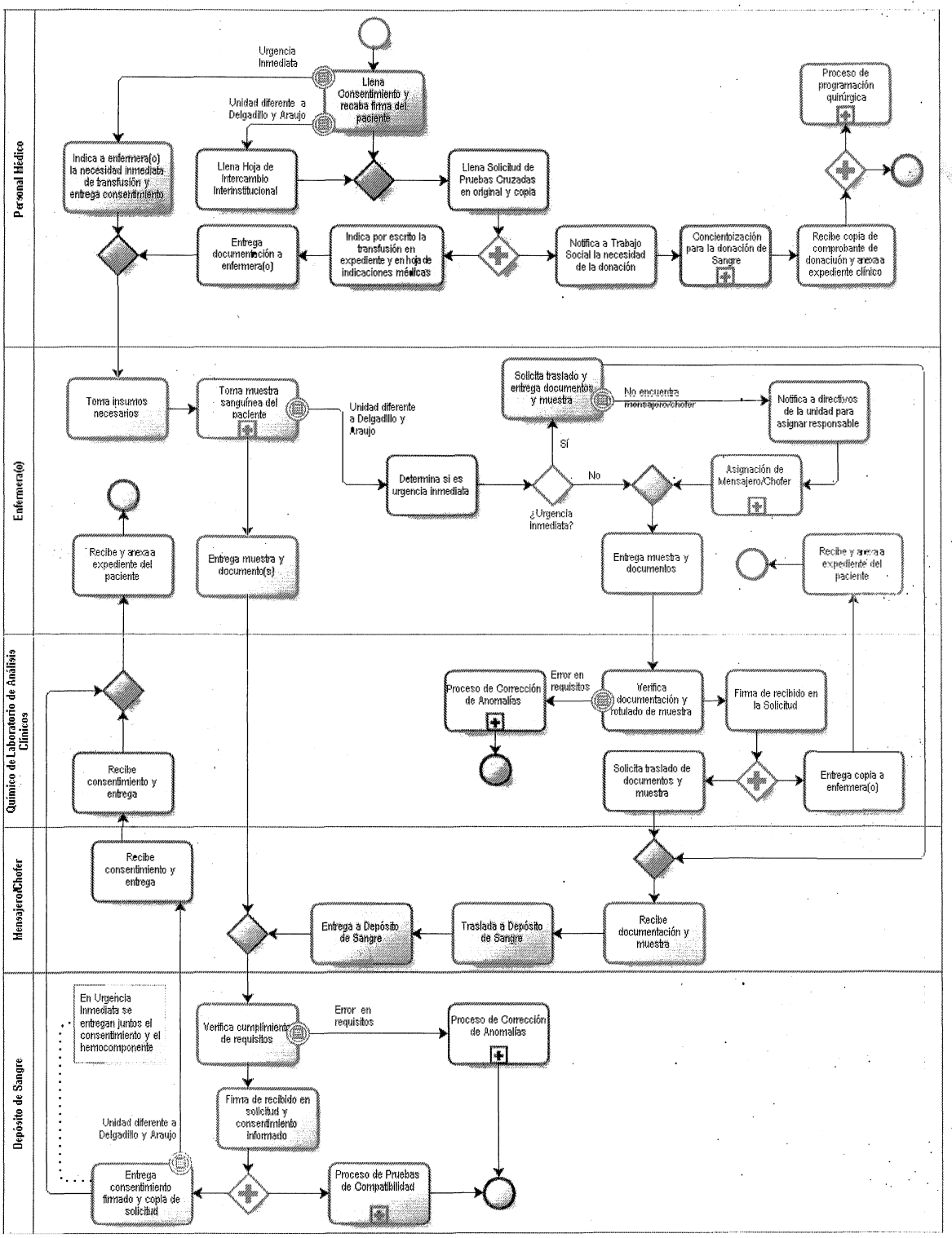
c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en áreas de hospitalización.

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.

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



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
1.	Personal Médico	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. **Notas:** • Si es una Unidad diferente a Delgadillo y Araujo: 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.** • En el caso de presentarse una Urgencia Inmediata, 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	De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla: **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 (*ver proceso de toma de muestras*) del paciente, la cual debe cumplir con los siguientes requisitos. **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:** • 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.

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>10.</td><td>QFB en Depósito de Sangre</td><td>De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:
<table>
<tr><th>Actividad</th><th>Entonces</th></tr>
<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:
• 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>
</table></td></tr>
<tr><td>11.</td><td rowspan="2">Enfermera(o)</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>12.</td><td>Determina si es urgencia inmediata
<table>
<tr><th>¿Es una Urgencia Inmediata?</th><th>Entonces</th></tr>
<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>
</table></td></tr>
<tr><td>13.</td><td>Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos</td><td>Verifica documentación y rotulado de la muestra.
Nota:
• 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.</td></tr>
</table>

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: **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.	Mensajero/Chofer	Recibe documentación y muestra adecuadas.
17.		Traslada documentos y muestra al Depósito de Sangre. **Notas:** • 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.

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>21.</td><td>QFB en Depósito de Sangre</td><td>De manera paralela, procede de acuerdo a la siguiente tabla:
<table>
<tr><th>Actividad</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>Por un lado</td><td>Devuelve consentimiento informado y copia de solicitud ya firmados a quién le entregó. Aplica actividad 24.

Notas:
• 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.</td></tr>
<tr><td>Por el otro lado</td><td>Realiza el proceso de “Pruebas de compatibilidad sanguínea”.
Fin del procedimiento.</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>22.</td><td>Mensajero/Chofer</td><td>Recibe consentimiento, lo traslada y entrega a Q.F.B. del Laboratorio de Análisis Clínicos de su Unidad médica.</td></tr>
<tr><td>23.</td><td>Químico de Laboratorio de Análisis Clínicos</td><td>Recibe consentimiento informado y lo entrega a enfermera(o).</td></tr>
<tr><td>24.</td><td>Enfermera(o)</td><td>Recibe consentimiento y lo anexa al expediente del paciente.
Fin del procedimiento.</td></tr>
<tr><td>25.</td><td>Personal Médico</td><td>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:
<table>
<tr><th>Actividad</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>Por un lado</td><td>Termina su intervención en este procedimiento.
Fin de procedimiento.</td></tr>
<tr><td>Por el otro lado</td><td>Continúa con el “Proceso de Programación Quirúrgica”.
Fin del procedimiento.</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación
Dra. Elba Angélica Orozco Loya.

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	Destrucción 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.

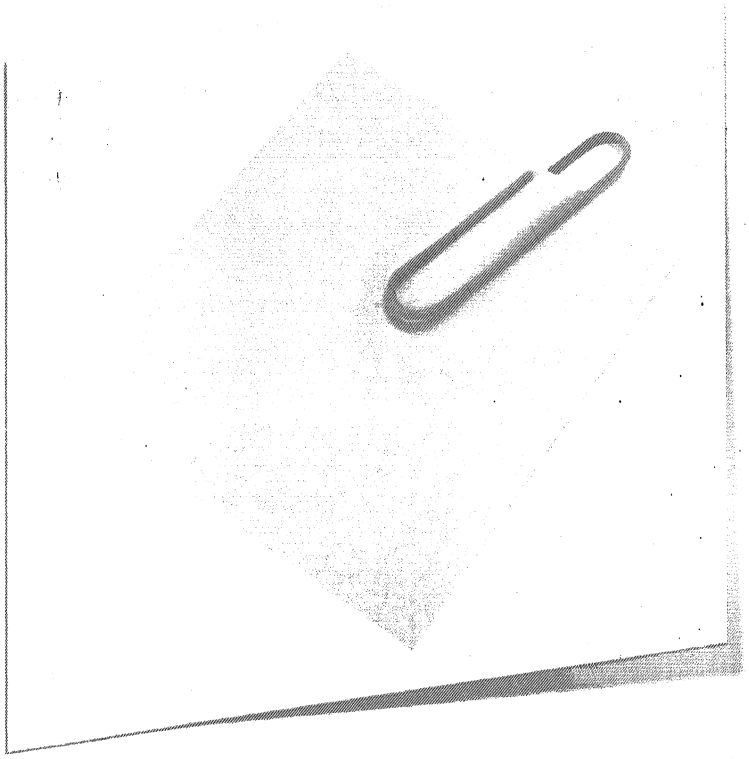
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

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.	31 de julio 2023	Ninguna	Cambio de Administración 2021-2024.

ANEXOS



Anexo 01-A: Hoja de Consentimiento Informado Adulto (Formato sugerido)

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

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) TELÉFONO

Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.
Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.
Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a)_____.
Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"; puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.
Yo C. _____declaro bajo protesta de decir la verdad, que soy una persona en pleno uso de mis facultades, libre, capaz y responsable para decidir sobre mis actos, consciente de mis deberes y obligaciones, que tengo la capacidad legal y estoy en pleno uso de mis derechos políticos y civiles. Que conozco el contenido de este documento, lo 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.

_____
FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

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

DATOS DEL MÉDICO

_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) MÉDICO

_____
ESPECIALIDAD ESPECIFICAR RESIDENTE O ADSCRITO FIRMA 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) TELÉFONO

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

Anexo 01-B: Hoja de Consentimiento Informado de Menor de Edad o Incapaz
Anverso (formato sugerido)

Gobierno de Guadalajara

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

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Causa por la que ejerce el consentimiento_____ Para:

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

QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO (PADRE, MADRE, TUTOR)

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

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

_____
FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

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

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

Anexo 01-B: Hoja de Consentimiento Informado de Menor de Edad o Incapaz
Reverso (formato sugerido)

Gobierno de Guadalajara

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

Servicios Médicos

DATOS DEL MÉDICO

MÉDICO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
FIRMA		CEDULA PROFESIONAL MÉDICO	CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD

TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD	HOMBRE MUJER
CALLE		NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)

TESTIGO

TESTIGO:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
OCUPACION	ESTADO CIVIL	EDAD	HOMBRE MUJER
CALLE		NUMERO EXT/INT	COLONIA
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)

Anexo 02: Hoja de Intercambio Interinstitucional (Formato sugerido)

NOMBRE DEL HOSPITAL

SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS
UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO
SOLICITUD DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL

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 LEUCODEPLETA								
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) ____ Cédula DGP ____
Especialidad ____

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

ATENTAMENTE

DRA. ROSARIO SÁNCHEZ MORA
RESPONSABLE SANITARIO nombre y firma

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 transfusión ____

Anexo 03-A: Solicitud de Pruebas Cruzadas Urgente
(Formato sugerido)

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 U R G E N T E DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS
MARIANO BARCENAS 697, COL ALCALDE, GUADALAJARA, MEXICO. TEL: 1267700

Espacio para Servicio de Transfusión	NOMBRE COMPLETO DEL RECEPTOR	SEXO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	NO. EXPEDIEN

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA O DE PROBABILIDAD	MOTIVO DE LA INDICACION TRANSFUSIONAL	SERVICIO	PISO/SALA	CA

GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGO	TPT y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANC

TRANSFUSIONES PREVIAS				TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL	No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FET	
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 M
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 IN
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 TRANSFU
	S1	S2	

Información Importante Adicional:	A	B	AB	O	CO	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:

Quién recibe/ elabora:	Médico	Enfermera	Laboratorio	Chofer / Paramédico
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H				
Firma:				

Anexo 03-A: Solicitud de Pruebas Cruzadas Urgente
Reverso (Formato sugerido)

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

Anexo 03-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria Anverso (Formato sugerido)

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

SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO
SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS
MARIANO BARCENAS 967, COL ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 13617300

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	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? *Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)*	
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA	FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN
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 ESPECIFICAS 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	O	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:

Quién recibe/ elabora:	Médico	Enfermera	Laboratorio	Chofer / Paramédico
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H				
Firma:				

Anexo 03-B: Solicitud de Pruebas Cruzadas Ordinaria Reverso (Formato sugerido)

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

Anexo 04: Expediente Clínico
Anverso (Formato sugerido)

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

CONTENEDOR DE EXPEDIENTE

CRUZ VERDE

EXPEDIENTE No. 193-3-9

Anexo 04: Expediente Clínico Reverso (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 TRATAMENTO	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. 9/08

Anexo 05: Hoja de Indicaciones Médicas
Anverso (Formato sugerido)

Servicios Médicos

Secretaría de Salud

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias
Órdenes médicas

Gobierno de Guadalajara

UNIDAD MÉDICA:

NOMBRE: _____
Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre (s)

NÚMERO DE EXPEDIENTE

SERVICIO A:

FECHA DE NACIMIENTO: _____

CURP | | | | | | | | | | | | | | | | **NÚMERO DE AFILIACIÓN** | | | | | | | | | | |

EDAD	SEXO	SERVICIO :	CAMA	HOJA No.

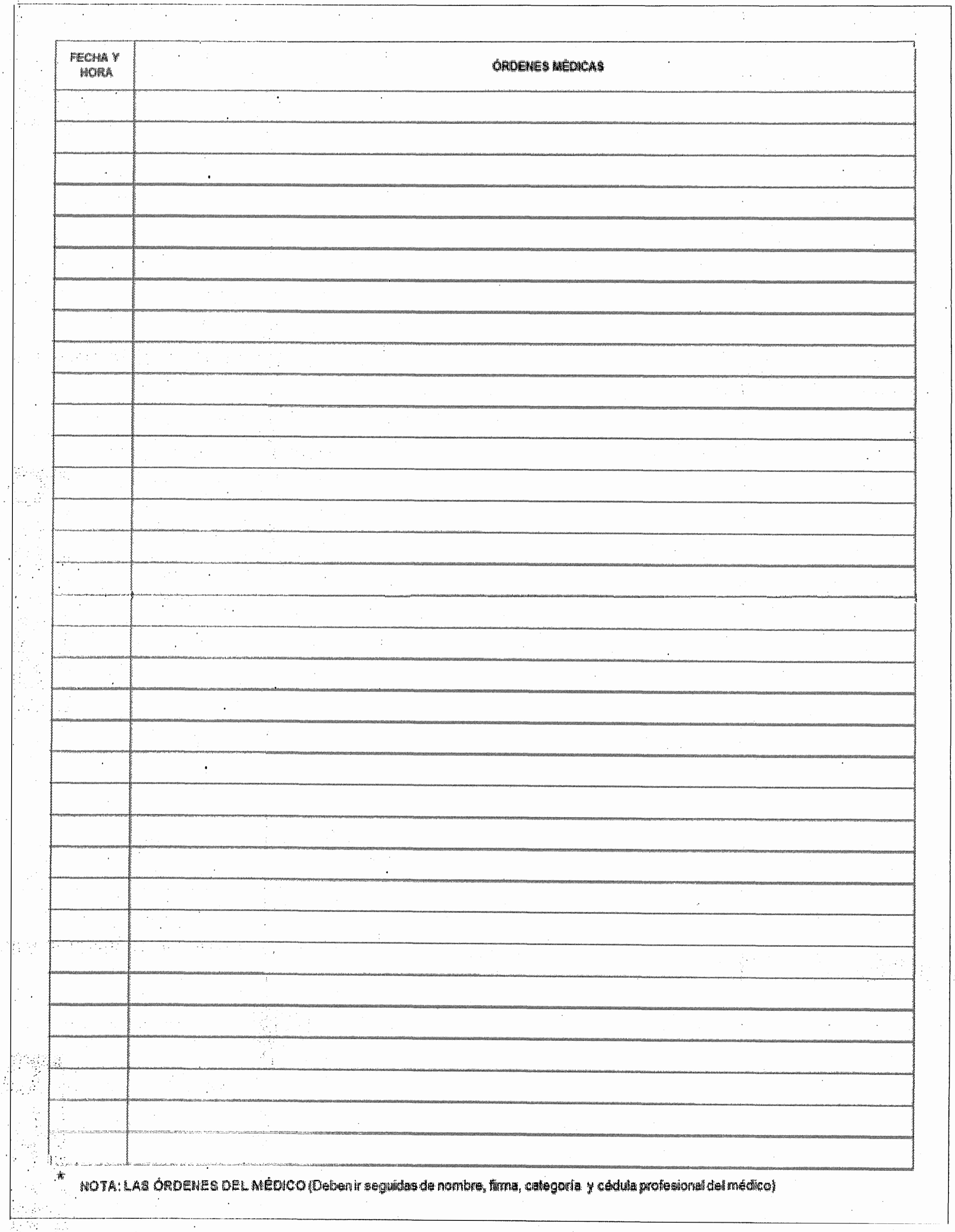
MÉDICO RESPONSABLE: _____

CEDULA _____ **FIRMA:** _____

FECHA Y HORA	ÓRDENES DEL MÉDICO

* **NOTA: LAS ÓRDENES DEL MÉDICO** (Deben ir seguidas de nombre, firma, categoría y cédula profesional del médico)

Anexo 05: Hoja de Indicaciones Médicas Reverso (Formato sugerido)



FECHA Y HORA	ÓRDENES MÉDICAS

* NOTA: LAS ÓRDENES DEL MÉDICO (Deben ir seguidas de nombre, firma, categoría y cédula profesional del médico)

Anexo 06: Comprobante de donación (Formato sugerido)

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

ATENTAMENTE

RESPONSABLE BANCO DE SANGRE

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

Impresión: *25/08/2016 10:07:29*

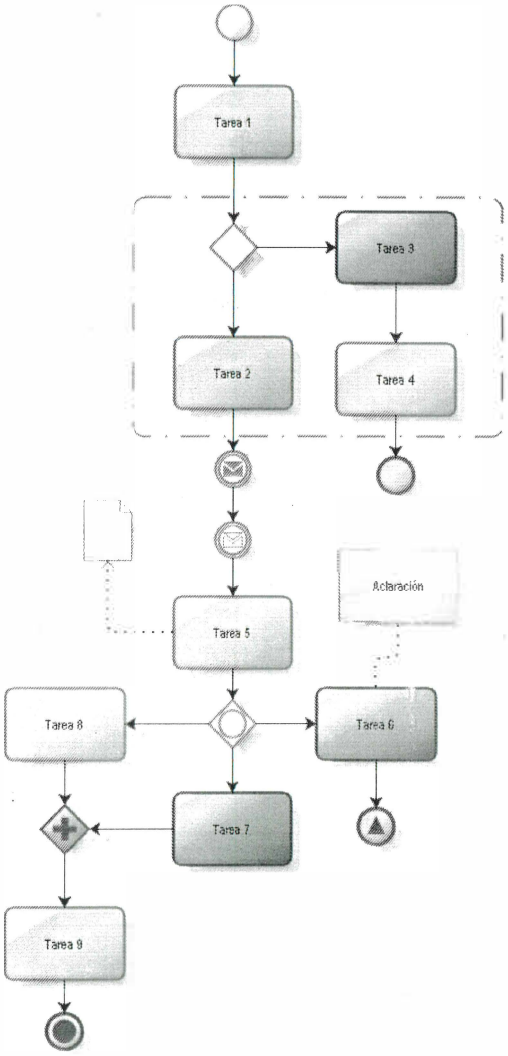
Entregar al Paciente

RE-DON-05

Procedimiento para la concientización de Usuarios en la donación de sangre

Gobierno de Guadalajara

Clave:	030P-SD3_002
Documentación:	30 de mayo del 2022
Actualización:	31 de julio del 2023
Autorización	
Nivel	II



Unidad Médica de Urgencias
Coordinación de Trabajo Social

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo. DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Personal que elaboró, el Manual de Procedimientos 030 Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre.

NOMBRE
DRA. ELBA ANGELICA OROZCO LOYA "Médico que fungió como encargada del depósito de sangre" Baja en la Administración 2018-2021

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

Pág.

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

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 médica, enfermera y trabajo social la de concientizar a los familiares para la donación de sangre cuando el personal Médico así lo solicite.
3. 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 programará cirugía hasta que el usuario le entregue copia del(los) comprobante(s) de donación correspondiente(s).
4. 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	

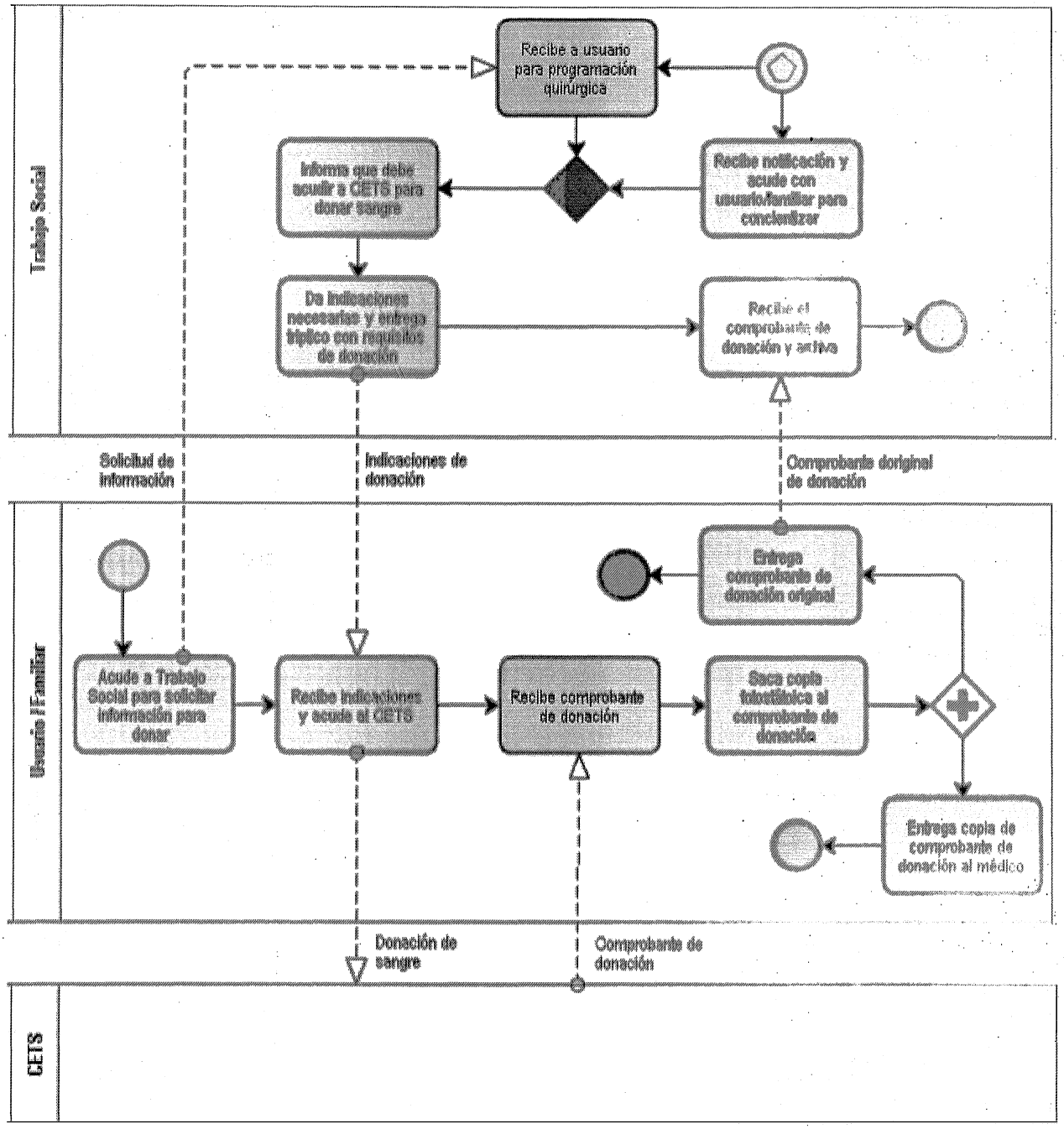
1.2 Atención de Urgencias Médicas

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.



6.- Desarrollo:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
Determine dónde se inicia el procedimiento con base en la siguiente tabla:		

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.	Usuario/ familiar	Recibe indicaciones y acude a CETS.
7.		Aplica proceso de donación de sangre en CETS.
8.		Recibe "Comprobante de donación" (anexo 02).
9.		Saca copia fotostática al comprobante de donación y de manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:

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.**

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación
Dra. Elba Angélica Orozco Loya

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.

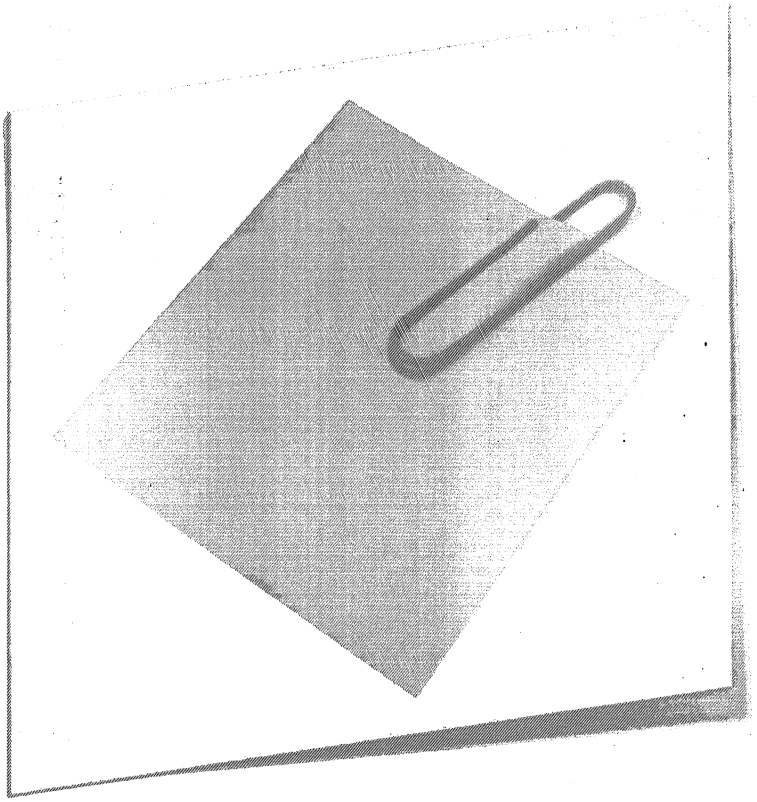
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

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.	31 de julio del 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Anexo 01: Requisitos para la donación de sangre

Anverso

DO-REC-01 REV. 1

CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

- Procedimientos efectuados con material potencialmente infectado: Tatuajes, acupuntura, piercings o perforaciones realizados en lugares no establecidos con instrumentos no esteriles (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 REGIRÁ POR PRINCIPIOS DE ALTRUISMO, AUSENCIA DE ÁNIMO DE LUCRO, POR LO QUE SU OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN SERÁN ESTRICTAMENTE A TITULO GRATUITO Y CON CONFIDENCIALIDAD.

DONADOR ALTRUISTA

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

DONA:
10% DE TU + 10' DE TU = ♥

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

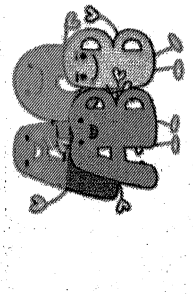
Sistema Certificado en ISO 9001
Certificado Número SSC9/00425
Vigencia 22/01/2015 al 21/01/2018

Av. Zoquipan No. 1050-D, Col. Zoquipan, C.P. 45170, Zapopan, Jal.
Teléfonos 38-36-7067
30-30-64-00 Ext. 6402 Trabajo Social

Copristal

CETS
Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea
Jalisco

FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA CANDIDATOS A DONADOR.



¡Tú eres mi héroe!

CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

DO-REC-01 REV. 1

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.

Agudas Crónicas — NO — Vacunas 30 días — 48 Hrs. — 48 Hrs.

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

Padeces hipertensión puedes donar siempre y cuando esté controlada

Eres mujer y estas menstruando sin molestias.

Eres diabético CONTROLADO, pero que no dependes 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 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.

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.

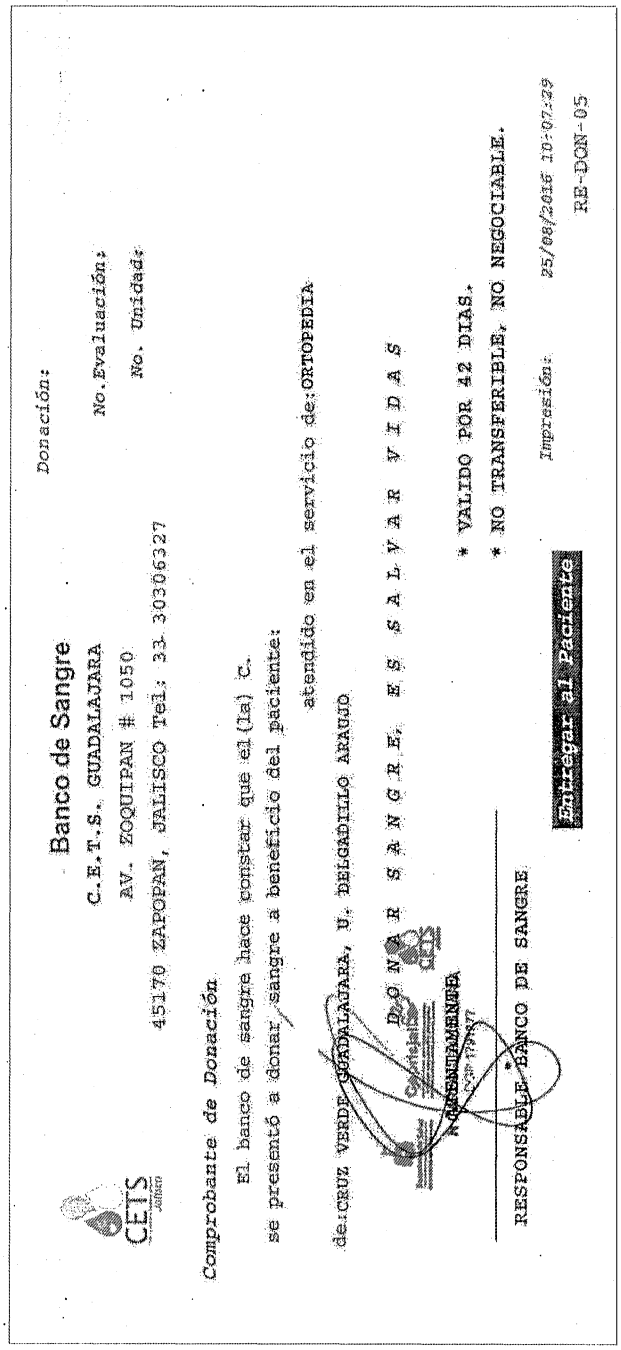
Y sin problemas para tu salud en el mismo año podrías donar.

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

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

NO REQUISITO MENTIRA

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

Impresión: 25/06/2016 10:07:29
RE-DON-05

RESPONSABLE BANCO DE SANGRE

Entregar al Paciente

Gobierno de Guadalajara

Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes

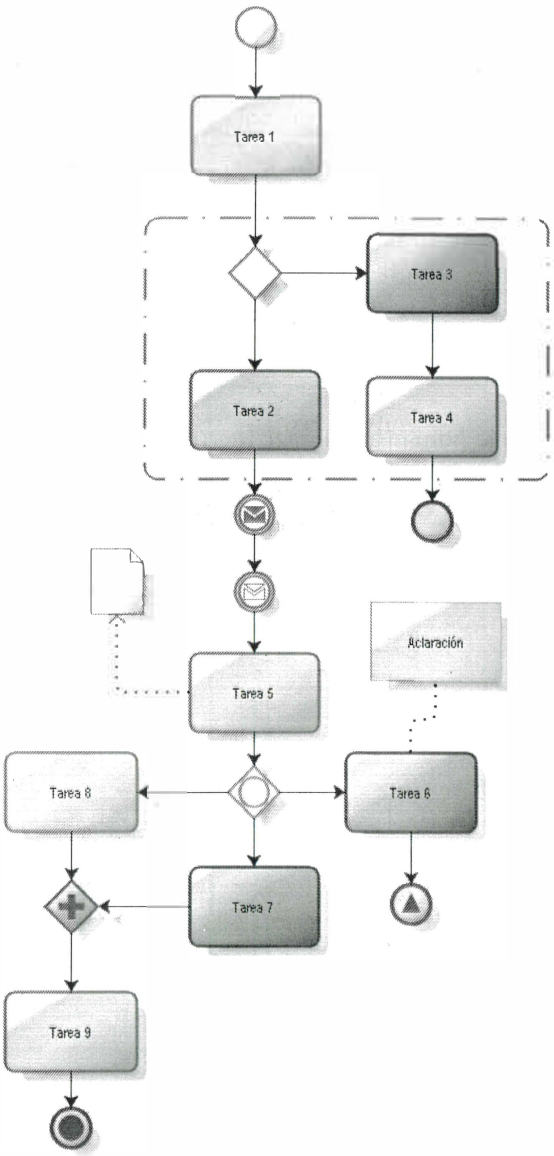
Clave: 031P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023

Autorización

Nivel II



Subdirección de Atención a Urgencias Médicas
Depósito de Sangre

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.

DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó:

DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Construcción de Comunidad

Gobierno de Guadalajara

Personal, que elaboró el Manual de Procedimientos, 031 Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes

NOMBRE
DRA. ELBA ANGELICA OROZCO LOYA "Médico que fungió como encargada del depósito de sangre" Baja en la Administración 2018-2021

Construcción de Comunidad

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Área de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

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

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. 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.
3. 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).
4. Todo personal que cumpla el rol de mensajero debe identificarse con gafete Institucional o en su defecto con IFE.
5. 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.
6. 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

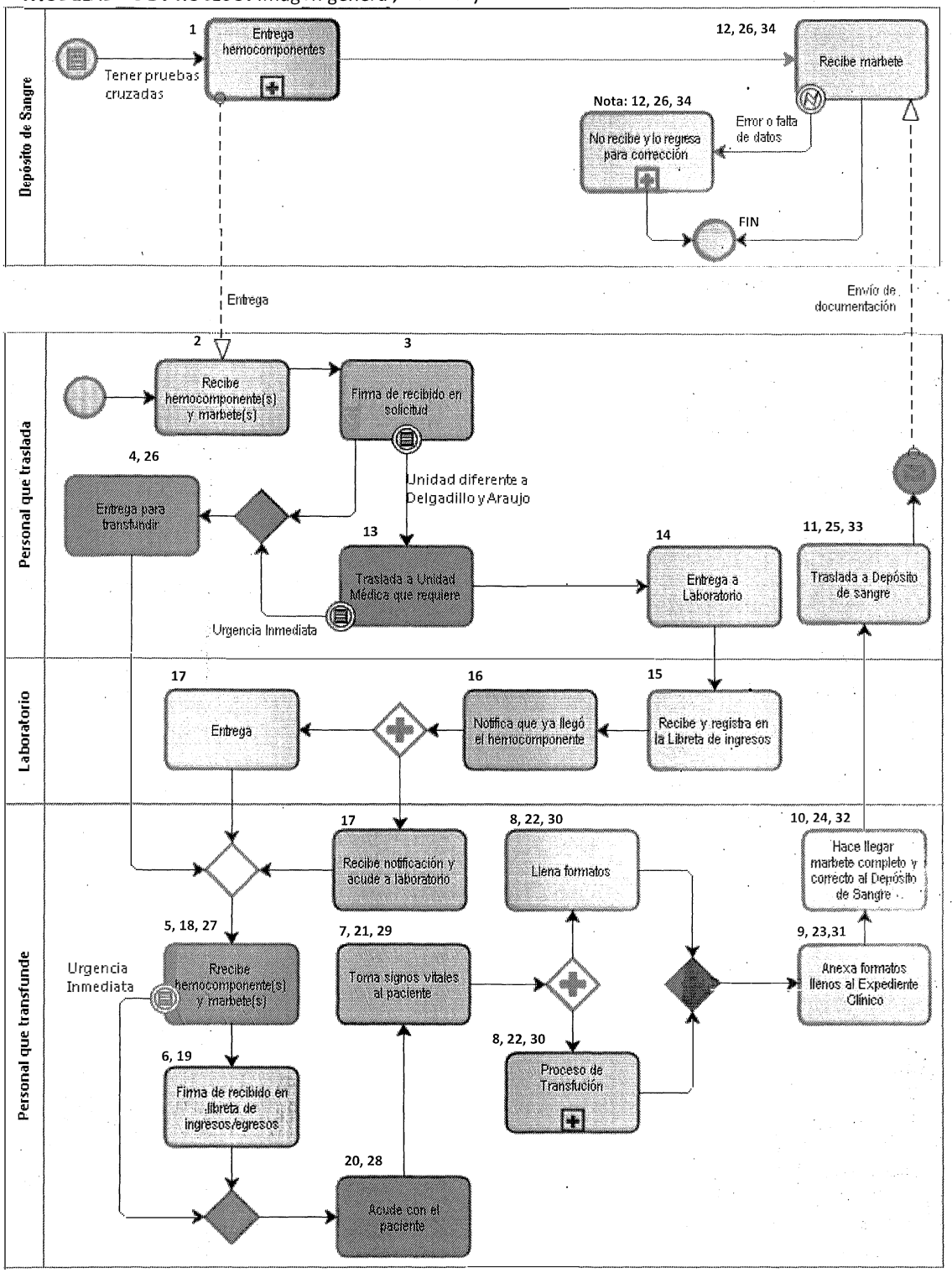
c) Diseñar e implementar esquemas integrales de intervención durante la atención a pacientes en urgencias médicas y en áreas de hospitalización.

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 hemocomponentes, el marbete y recaba firma de recibido en la solicitud.
2.	Persona que traslada	Recibe el hemocomponentes y el marbete.
3.		Firma de recibido en la **"Solicitud de hem-ocomponentes"** 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 hemocomponentes
5.	Personal que transfunde	Recibe hemocomponentes 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: **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: • **"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): • "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	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**
13.	Persona que traslada	Traslada hemocomponentes a la Unidad Médica que lo requirió. **Nota:** Si es Urgencia Inmediata, **pasa a actividad no. 27**.
14.		Entrega el hemocomponentes 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	De manera paralela se realizan las siguientes acciones: **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	Recibe Hemocomponente y marbete **Nota:** Si fuera una urgencia inmediata, debe **continuar en la actividad 20**
19.		Firma de recibido en **"Libreta de ingresos/egresos"**.
20.		Acude con el paciente
21.		Toma signos vitales al paciente **Nota:** Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>22.</td><td rowspan="3">Personal que transfunde</td><td>De manera paralela se realizan las siguientes acciones:
<table>
<tr><th>Actividad</th><th>Entonces</th></tr>
<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:
• “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>
</table>
Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad</td></tr>
<tr><td>23.</td><td>Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico”:
• “Hoja de registro de actos transfusionales” y
• “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería”</td></tr>
<tr><td>24.</td><td>Hace llegar el “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.</td></tr>
<tr><td>25.</td><td>Persona que traslada</td><td>Traslada el “Marbete o Tarjeta de reacción transfusional” al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgadillo y Araujo.</td></tr>
<tr><td>26.</td><td>Personal del Depósito de Sangre</td><td>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</td></tr>
<tr><td>27.</td><td rowspan="2">Personal que transfunde</td><td>Recibe hemo-componente y marbete.

Nota:
En caso de Urgencia inmediata</td></tr>
<tr><td>28.</td><td>Acude con el paciente</td></tr>
<tr><td>29.</td><td></td><td>Toma signos vitales al paciente

Nota: Los signos vitales se toman antes, durante y después de la transfusión.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>30.</td><td>Personal que transfunde</td><td>De manera paralela se realizan las siguientes acciones:
<table>
<tr><th>Actividad</th><th>Entonces</th></tr>
<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:
• “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>
</table>
Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad</td></tr>
<tr><td>31.</td><td></td><td>Anexa los siguientes formatos al “Expediente Clínico”:
• “Hoja de registro de actos transfusionales” y
• “Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería”</td></tr>
<tr><td>32.</td><td></td><td>Hace llegar el “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” completo y debidamente requisitado al Depósito de Sangre.</td></tr>
<tr><td>33.</td><td>Persona que traslada</td><td>Traslada el “Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional” al Depósito de Sangre ubicado en la Unidad Médica Delgadillo y Araujo.</td></tr>
<tr><td>34.</td><td>Personal del Depósito de Sangre</td><td>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</td></tr>
</table>

7.- COLABORADORES:

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) hemocomponentes. Este puede ser personal médico, paramédico, de enfermería y encargado de mensajería.
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.

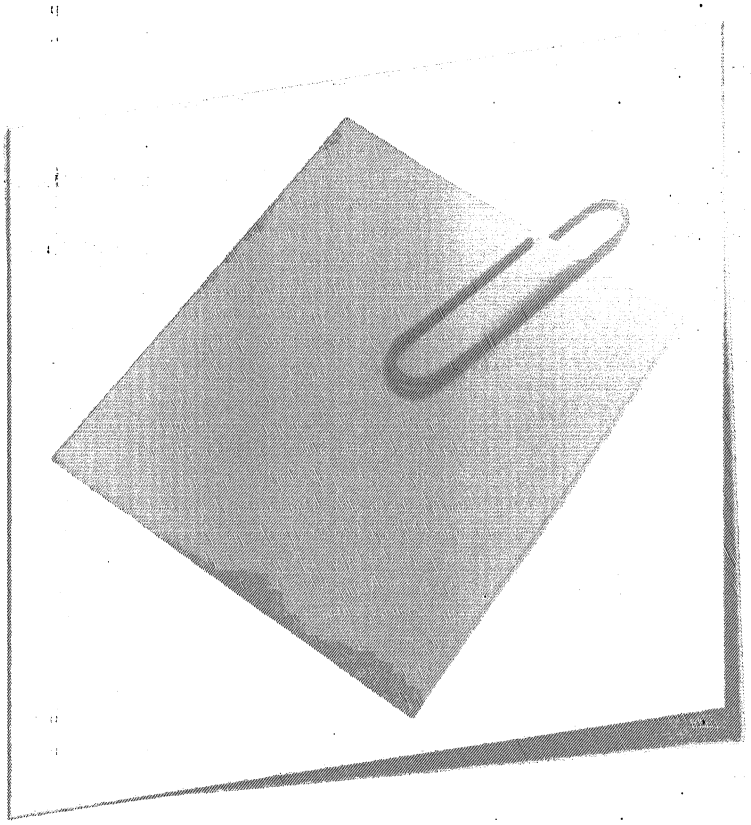
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

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.	31 de julio del 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2022.

ANEXOS



Anexo 01A: Solicitud Ordinaria de hemocomponentes (Formato sugerido) Anverso

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

SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO

SOLICITUD ORDINARIA DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

MARIANO BARCENAS 897, COL ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL: 13617000

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	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? Escriba el número de unidad (Ver recibo o comprobante de donación)	
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS		FECHA Y HORA DE LA CIRUGÍA	FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN
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 ESPECIFICAS 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	O	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:

Quién recibe/ elabora:	Médico	Enfermera	Laboratorio	Chofer / Paramédico
Fecha: DD-MM-AA Hora: 24:00 H				
Firma:				

Anexo 01A: Solicitud Ordinaria de hemocomponentes (Formato sugerido) Reverso

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

Anexo 01B: Solicitud Urgente de Hemocomponentes

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 3 [illegible]

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 SANGUÍNEO 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 CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:	RASTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN
	S1	S2	

Información Importante Adicional:	A	B	AB	O	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:				

(Formato sugerido) Anverso

Anexo 01B: Solicitud Urgente de Hemocomponentes
(Formato sugerido) Reverso

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

Anexo 02: Libreta de Ingresos/egresos (Formato sugerido) (Parte 1)

No. Unidad	Fecha	Hora	Nombre del Donador	Grupo y Rh	Hemoproductos	Volumen (ml)	Caducidad	U.I.H	S.A.B	Chagas	Hepatitis	Dengue	S.G.	Diagnóstico Receptor

Anexo 02: Libreta de Ingresos/egresos (Formato sugerido) (Parte 2)

Nombre del Receptor	Grupo y Rh	Unidad Cruz Verde	Servicio	Expediente	Cama	Medicaque	Salida	Personal que recibe	Cargo	Fecha	Hora	Observaciones

Anexo 03: Marbete o Tarjeta de Reacción Transfusional (Formato sugerido)

Nombre del Receptor _____

Registro _____ Edad _____ Sexo _____

Piso/Cama _____ Servicio _____ Fecha Nac. _____

- C. DE ERITROCITOS ☐
- C.E. DESLEUCOCITADO ☐
- C. DE PLAQUETAS ☐
- C. DE PLAQUETAS POR AFERESIS ☐
- PLASMA FRESCO CONGELADO ☐
- CRIOPRECIPITADOS ☐

SIGNOS VITALES

HORA DE TRANSFUSION	T/A	PULSO	F. RESPIRAT.	TEMPERATURA
PRE				
DURANTE				
DESPUES				

REACCIONES O EVENTO ADVERSO

- NINGUNA ☐
- FIEBRE ☐
- ESCALOFRIOS ☐
- HIPOTENSION ☐
- NAUSEA ☐
- VOMITO ☐
- URTICARIA ☐
- CEFALEA ☐
- DOLOR LUMBAR ☐
- DISNEA ☐
- TAQUICARDIA ☐
- HEMOGLOBINURIA ☐
- CIANOSIS ☐
- RASH ☐
- Sat 02 ☐
- HIPOTENSION ☐
- PERDIDA DE LA CONCIENCIA ☐
- FALLA CARDIACA ☐
- ORTOPNEA ☐
- EDEMA EXT. INF. ☐

Nombre y Firma de quien transfunde _____ Fecha _____

UNA VEZ COMPLETADA LA TRANSFUSIÓN, DEBE COMPLETAR ESTE LADO Y REGRESAR LA TARJETA AL BANCO DE SANGRE.
NOM 253-SSA1-2012

SECRETARIA DE SALUD	CODIGO	RE-DON-02
CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSION SANGUINEA	REVISION	1

CETS Jalisco

Av. Zoquipan No. 1050 Col. Seattle Zapopan, Jalisco
Tels. (33) 30-30-63-27 y (33) 36-36-76-67

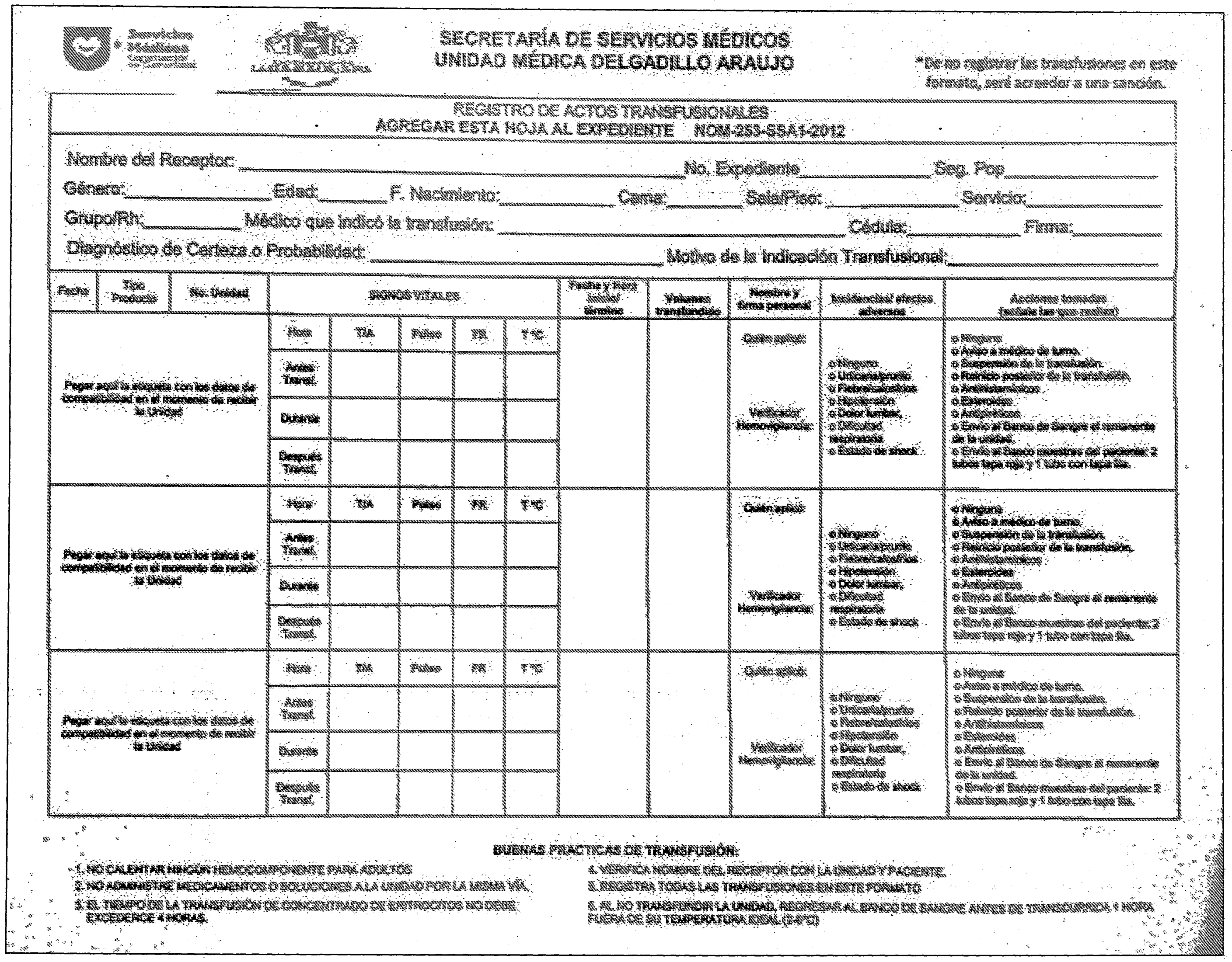
Nombre del Donador _____

Gpo. _____ Rh _____ Fenotipo Rh _____

Fecha de extracción _____ Fecha de Caducidad _____

No. DE CAMA	NOMBRE DEL RECEPTOR

Anexo 04: Hoja de registro de actos transfusionales (Formato sugerido)



SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS
UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO

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

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

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)
Pegar aquí la etiqueta con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad			Hora	T/A	Pulso	FR	T°C			Quién aplicó: Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, o Dificultad respiratoria 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 Antipiréticos 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.									
			Durante									
			Después Transf.									
Pegar aquí la etiqueta con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad			Hora	T/A	Pulso	FR	T°C			Quién aplicó: Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, o Dificultad respiratoria 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 Antipiréticos 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.									
			Durante									
			Después Transf.									
Pegar aquí la etiqueta con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad			Hora	T/A	Pulso	FR	T°C			Quién aplicó: Verificador Hemovigilancia:	o Ninguno o Urticaria/prurito o Fiebre/calosfríos o Hipotensión o Dolor lumbar, o Dificultad respiratoria 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 Antipiréticos 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.									
			Durante									
			Después Transf.									

BUENAS PRACTICAS DE TRANSFUSIÓN:

1. NO CALENTAR NINGÚN HEMOCOMPONENTE PARA ADULTOS
2. NO ADMINISTRE MEDICAMENTOS O SOLUCIONES A LA UNIDAD POR LA MISMA VÍA.
3. EL TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO DE ERITROCITOS NO DEBE EXCEDERCE 4 HORAS.
4. VERIFICA NOMBRE DEL RECEPTOR CON LA UNIDAD Y PACIENTE.
5. REGISTRA TODAS LAS TRANSFUSIONES EN ESTE FORMATO
6. 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 (Formato sugerido) Anverso

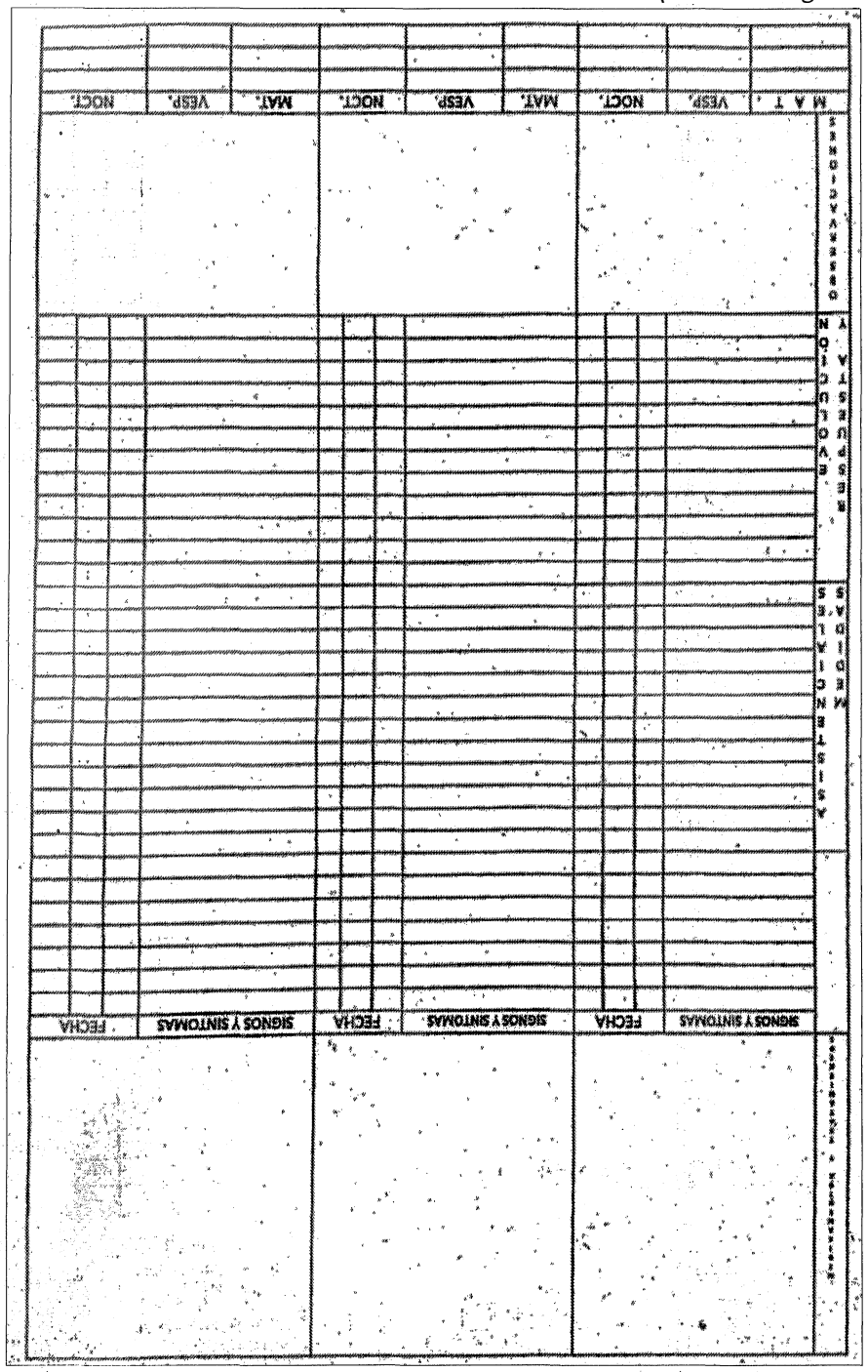
Servicios Médicos Municipales Guadalajara

H. AYUNTAMIENTO DE GUADALAJARA
DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS
JEFATURA DE ENFERMERÍA
Registros clínicos, Tratamientos y observaciones de Enfermería

Nombre:
N. de Registro:
Edad: Sexo:
Servicio:
Diagnostico: 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																			
Talla	Peso																		
	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																			
Tota de Egresos																			

Anexo 05: Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (formato sugerido) Reverso



Anexo 06: Expediente Clínico (Formato sugerido) Anverso

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

CONTENEDOR DE EXPEDIENTE

CRUZ VERDE

EXPEDIENTE NO.

Anexo 06: Expediente Clínico (Formato sugerido) Reverso

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	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. 3/98

Gobierno de Guadalajara

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

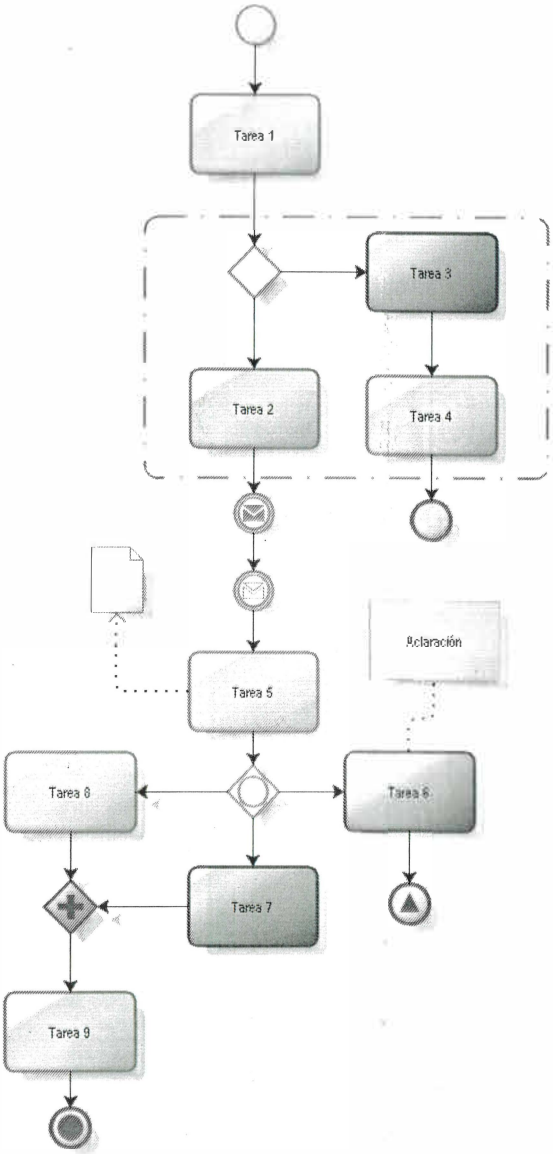
Clave: 032P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias

Registros Médicos Estadística y TIC´s procedimiento general

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.: DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Construcción de Comunidad

Gobierno de
Guadalajara

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 032 Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico.

NOMBRE
C. GABRIELA PLASCENCIA PÉREZ
C. MAGDALENA PLASCENCIA PÉREZ

Construcción de Comunidad

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Área de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

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	
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	000OE-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.

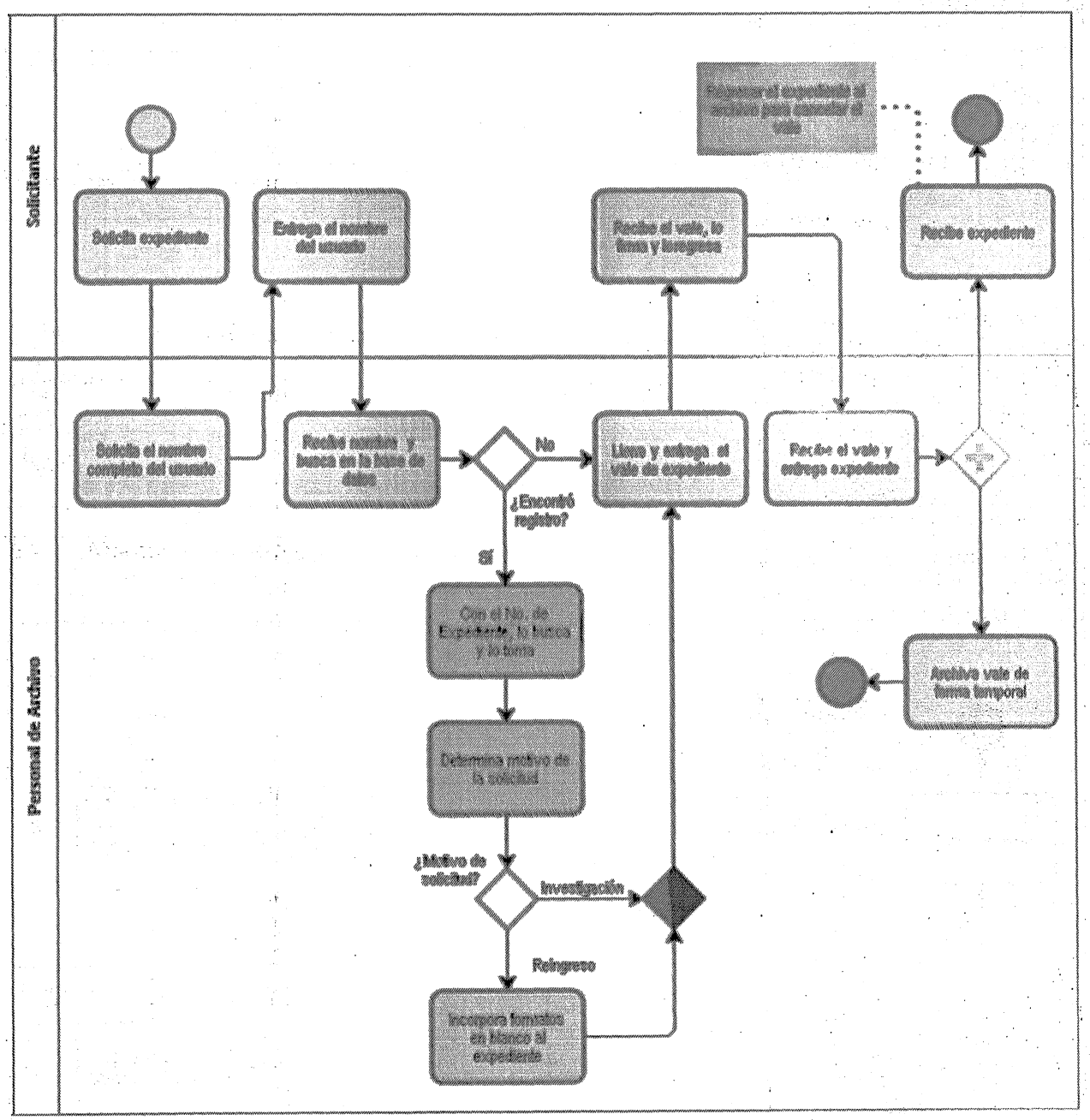
b) Organizar y controlar la recolección, revisión, codificación y tabulación de los expedientes clínicos de forma diaria.

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:

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Solicitante (Médico tratante, Residente y Enfermera (base)).</td><td>Solicita al personal del Archivo Clínico un “Expediente clínico”</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Personal de Archivo del área de Registros Médicos, Estadística y TIC´s</td><td>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</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Solicitante</td><td>Recibe la indicación y entrega el nombre completo del usuario al Personal de Archivo</td></tr>
<tr><td>4.</td><td rowspan="4">Personal de Archivo</td><td>Con el nombre del usuario, busca en la base de datos si ésta persona ya cuenta con algún registro anterior.
<table>
<tr><th>¿Encontró registro en la base de datos?</th><th>Entonces</th></tr>
<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>
</table></td></tr>
<tr><td>5.</td><td>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>
<tr><th>¿Motivo dela solicitud del expediente?</th><th>Entonces</th></tr>
<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>
</table></td></tr>
<tr><td>6.</td><td>Toma un “Vale de solicitud de expediente” (anexo 01), lo llena y entrega al Solicitante</td></tr>
<tr><td>7.</td><td>Solicitante</td><td>Recibe el “Vale de solicitud de expediente”, lo firma y lo regresa al Personal de Archivo.</td></tr>
<tr><td>8.</td><td>Personal de Archivo</td><td>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</td></tr>
<tr><td>9.</td><td>Solicitante y Personal de Archivo</td><td>De forma paralela el Solicitante y el Personal de Archivo, proceden con base en la siguiente tabla
<table>
<tr><th>Responsable</th><th>Tarea a realizar</th></tr>
<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>
</table>
Fin de Procedimiento</td></tr>
</table>

7.- COLABORADORES:

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

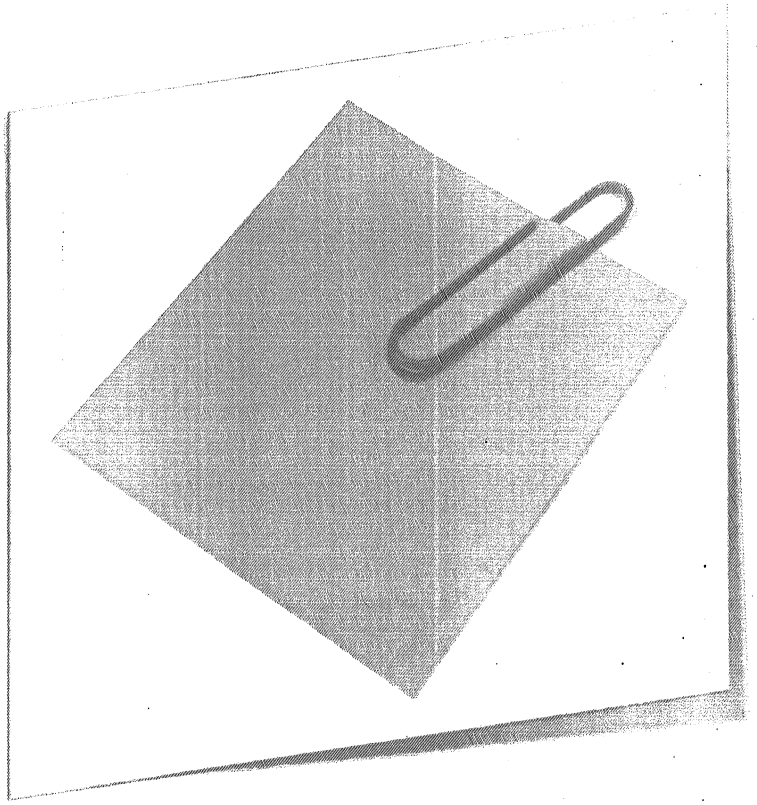
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

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.	31 de julio del 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



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

CRUZ VERDE

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD

DIRECCIÓN MÉDICA

CENTRO DE REGISTRO ESTADÍSTICA Y ANÁLISIS

VALE ÚNICO DE EXPEDIENTE CLÍNICO

UNIDAD: _____

No. DE EXP.: _____

NOMBRE: _____

ENTREGÓ: _____

RECIBIÓ: _____

SERVICIO: _____

FECHA: _____

VÁLIDO SOLO POR 24 HORAS

Anexo 02: Expediente clínico (formato sugerido)

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

CONTENEDOR DE EXPEDIENTE

CRUZ VERDE

EXPEDIENTE No. 193-3-9

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. 8/00

Gobierno de Guadalajara

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

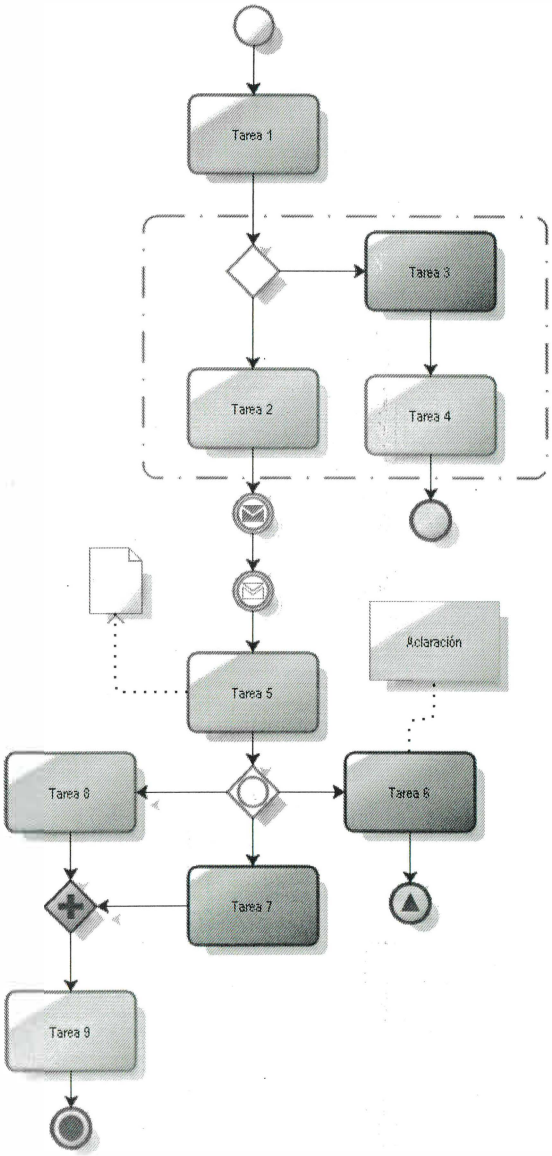
Clave: 033P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias

Subdirección Administrativa

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Aprobó: DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación

Aprobó: DR. JUAN MANUEL DE LA TORRE HERNÁNDEZ
Subdirector de Servicios Administrativos

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Construcción de Comunidad

Gobierno de Guadalajara

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 033 Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI.

NOMBRE
C. MARÍA ELENA VÁZQUEZ CALDERÓN

Construcción de Comunidad

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
Área de Innovación y Desarrollo
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

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

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 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.
3. 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.
4. Es obligación del área administrativa de la Unidad Médica de Urgencias, la de vigilar que este procedimiento, se ejecute correctamente, así como la de llevar los controles y registros necesarios que evidencien las acciones realizadas.
5. 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.
6. Es responsabilidad del área administrativa 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.
7. El personal de intendencia debe evitar el trasvase de residuos entre bolsas y evitar el arrastre de las mismas.

4.- Responsabilidades

Documento	008OE-CV_001 Manual de Organización Específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	

1.0 Unidad Médica de Urgencias

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.

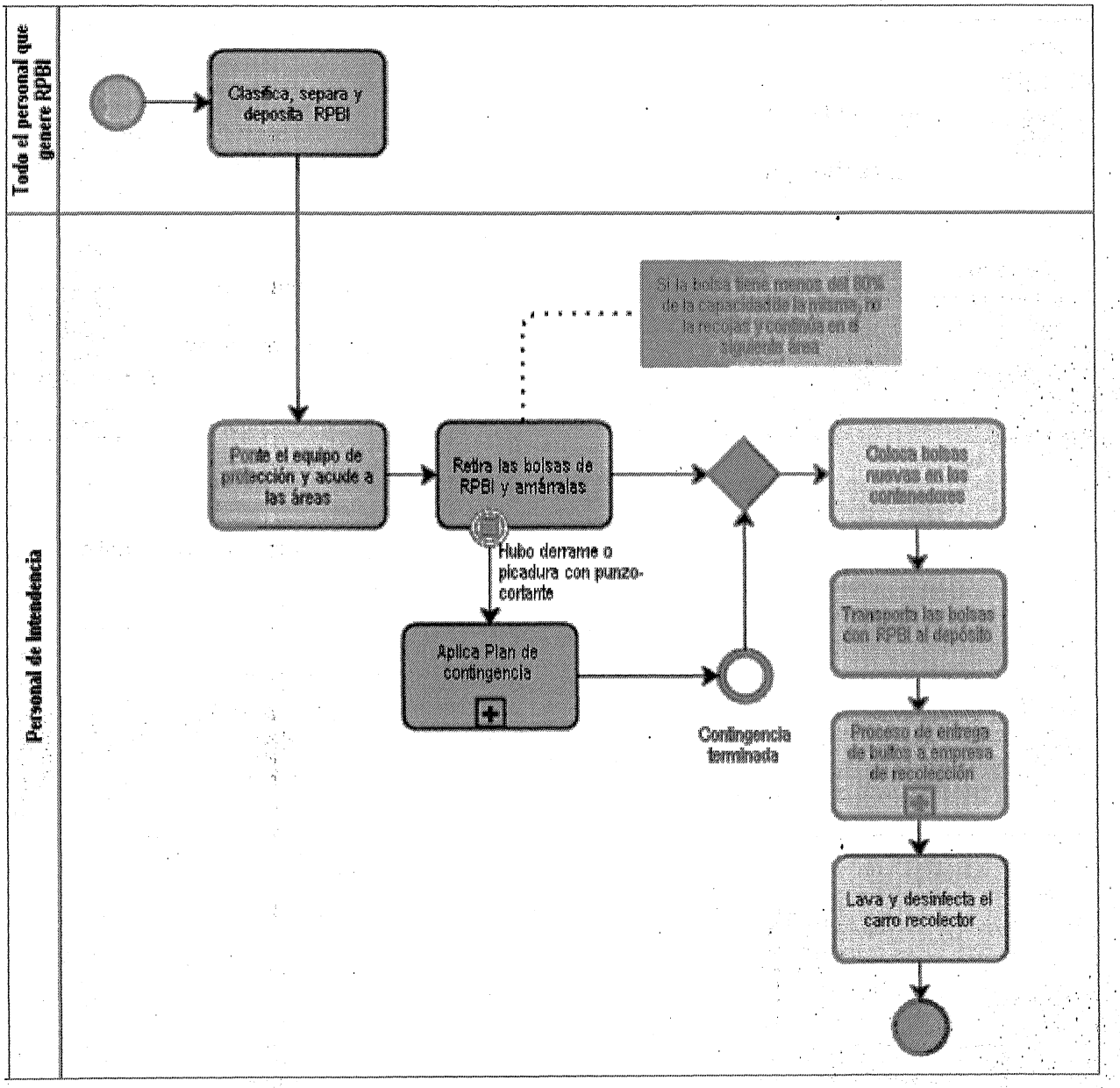
1.03. Área Administrativa

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.

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



6.- DESARROLLO:

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Todo el personal que genere RPBI</td><td>Clasifica, separa y deposita el RPBI en las bolsas, contenedores o recipientes correspondientes de acuerdo a la siguiente tabla:
<table>
<tr><th>Tipo de residuo</th><th>Estado físico</th><th>Envasado</th><th>Color</th></tr>
<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 rowspan="2">Bolsas de plástico</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Patológicos</td><td rowspan="2">Amarillo</td></tr>
<tr><td>Líquido</td><td>Recipientes herméticos</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>
</table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td rowspan="2">Personal de Intendencia</td><td>Ponte el equipo de protección correspondiente y acude en los horarios programados a las áreas donde se genera el RPBI.</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Retira las bolsas de RPBI y amárralas correctamente el contenedor de RPBI.

Notas:
• 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>
<tr><th>Derrame</th><th>Picadura con punzocortante</th></tr>
<tr><td>• 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 bosas 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>• 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>
</table></td></tr>
</table>

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:

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

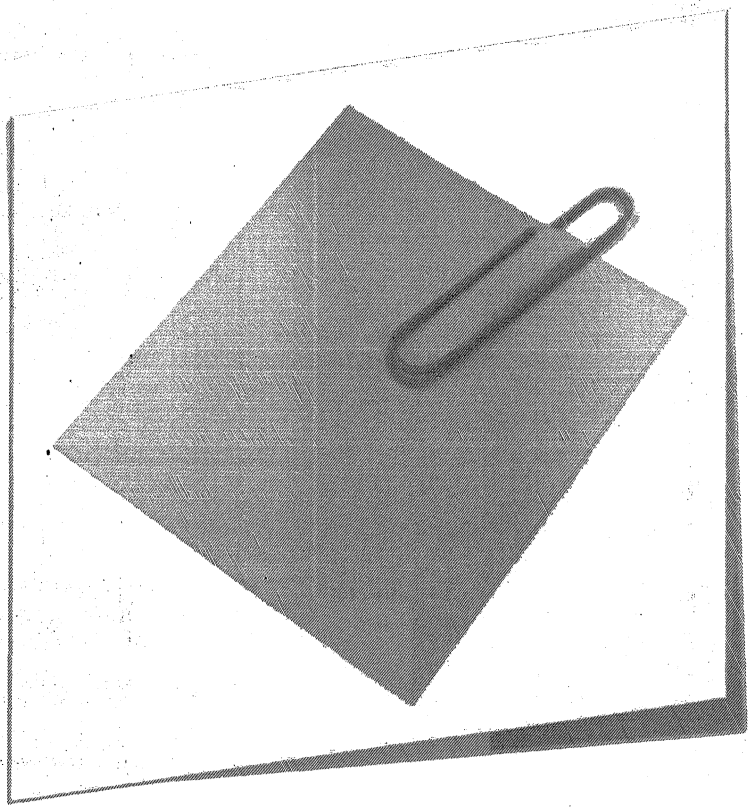
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	31 de julio 2023	Ninguna	Cambio de administración 021-2024

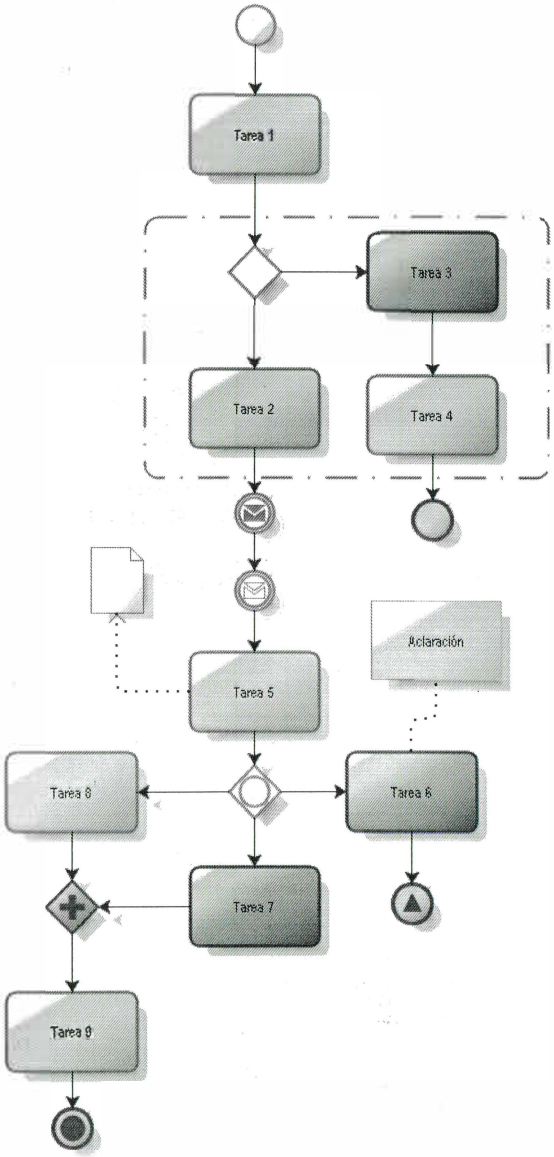
ANEXOS



Gobierno de Guadalajara

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave:	036P-CV_002
Documentación:	30 de mayo del 2022
Actualización:	31 de julio 2023
Autorización	
Nivel	II



Unidad Médica de Urgencias.

Auxiliares Clínicos para la Atención Médica
(Trabajo Social)

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró:	LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO Proyectista
Vo. Bo.	DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO Subdirector de Planeación, Innovación y Evaluación
Aprobó:	DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ Subdirección de Atención de Urgencias Médicas
Autorizó:	DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ Dirección de Servicios Médicos Municipales

Construcción de Comunidad

Gobierno de Guadalajara

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 036 Procedimiento para la valoración socioeconómica.

NOMBRE
L.T.S. SOCORRO QUINTERO CORDERO
LTS. KARLA DANIELA ÁVILA RUÍZ
LTS. MARÍA MACÍAS LÓPEZ
LTS. NORMA GABRIELA BRISEÑO HERNÁNDEZ
LTS. OLIVIA GRACIELA RUVALCABA CHAVIRA
LTS. MARÍA GUADALUPE CRUZ RAMÍREZ

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-20224

ÍNDICE

1.- OBJETIVO

Detectar a los pacientes que requieren de análisis económico para detectar y conocer la capacidad de pago familiar, ello con base, en los estudios o dictámenes socioeconómicos

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento es instanciado cuando un paciente o familiar del mismo, solicita un descuento en el pago o, cuando ingresa un paciente al área de urgencias y éste no cuenta con familiar que se haga responsable de los gastos; el procedimiento termina cuando el trabajador(a) social regresa el recibo de pago al usuario y se despide de él.

Áreas que intervienen:

Auxiliares Clínicos para la Atención Médica (Trabajo social)

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

1. Los procedimientos documentados deben sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas son 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 directores y coordinadores de Logística Administrativa de cada unidad (que fueron autorizados ante el Gobierno municipal), podrán autorizar descuentos previa fundamentación y derivar al usuario a caja para el pago correspondiente.
3. El personal de Trabajo Social, es el único responsable de realizar los estudios o dictámenes socioeconómicos a los pacientes/familiares que requieran reducción de tarifa por concepto de atención médica.
4. A todo paciente hospitalizado o pacientes en toxicología con más de cuatro horas de permanencia, que solicite reducción de tarifa, es sujeto de estudio socioeconómico.
5. Todo paciente que requiera de apoyo extra institucional, debe tener estudio socioeconómico, por lo que trabajo Social deberá elaborarlo.
6. Es responsabilidad del trabajador social en turno, la de incorporar al expediente clínico del paciente, copia del estudio socioeconómico una vez que éste sea requisitado al cien por ciento.
7. Todos los pacientes que se encuentren en el área de consulta externa o en el área de urgencias y soliciten apoyo en la reducción de tarifa, se les deberá realizar en dictamen socioeconómico correspondiente.
8. Los usuarios que ingresen al área de urgencias en estado de inconsciencia o, si éstas son personas situaciones de calle, Trabajo Social, debe realizar dictamen socioeconómico.

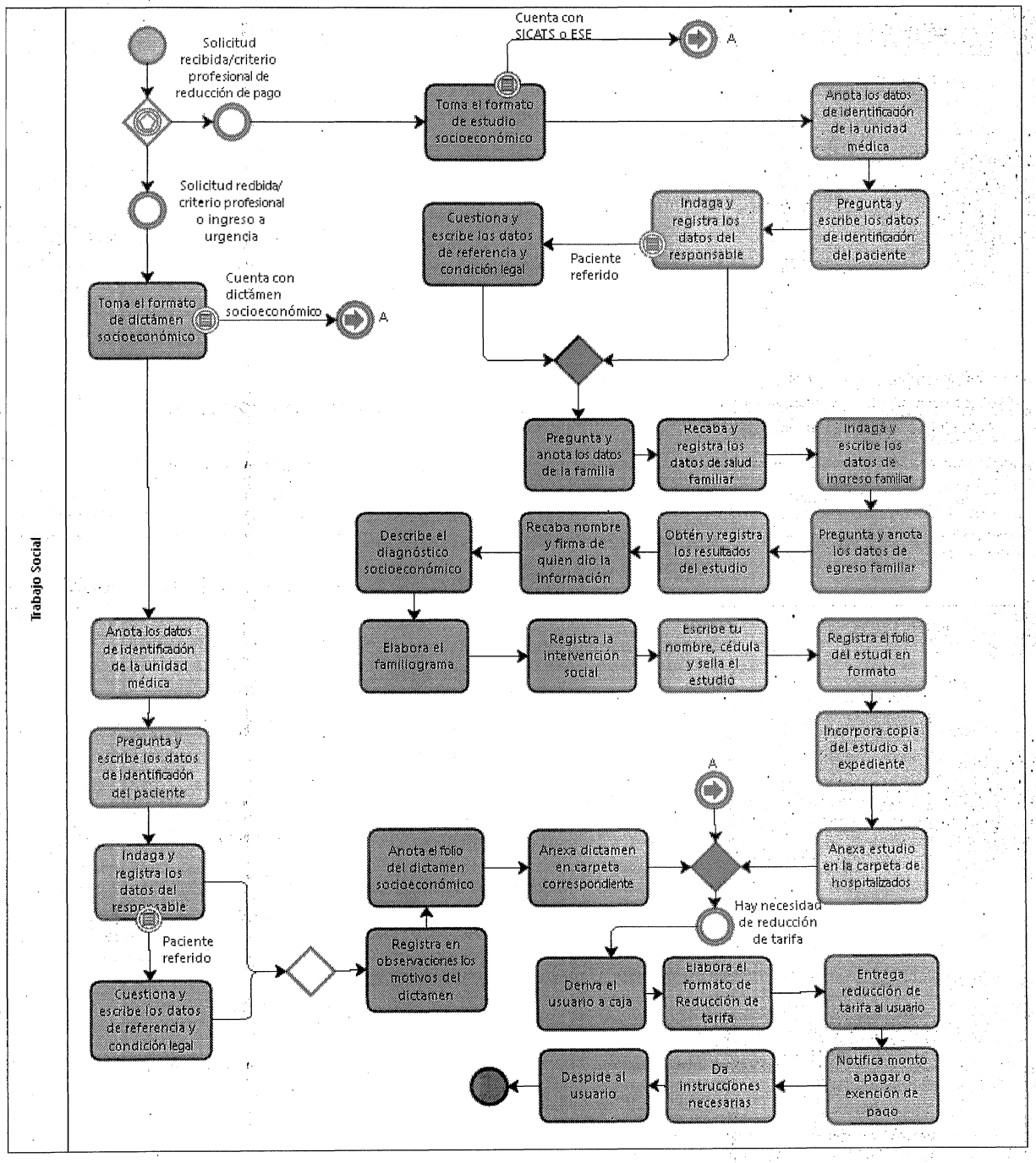
3.- REGLAS DE OPERACIÓN

9. Es responsabilidad del trabajador social, la de identificar si los usuarios que acuden con ellos, tienen o no seguridad social y obtener la mayor cantidad de datos familiares.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	008OE-CV_001 Organización específico.
Funciones	
1.2 Servicios de Atención Médica	
b) Integrar en los expedientes clínicos los formatos y estudios que surgen de la atención médica, conforme a la normatividad y realizar el manejo apropiado del paciente.	
1.3.2 Auxiliares Clínicos para la Atención Médica	
t) 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

El proceso de valoración socioeconómica inicia de dos maneras de acuerdo con la siguiente tabla:

Inicia	Entonces
Recibe solicitud por parte del paciente/familiar, de que requiere de reducción en la cuota a pagar	**Continúa en la actividad siguiente**
Por solicitud recibida de paciente/familiar o por ingreso de paciente en urgencias sin familiar	**Continúa en la actividad 22**

1.	Trabajador(a) social	Toma el formato de "Estudio socioeconómico" (ver anexo 01) para aplicarle el estudio. **Nota:** Si sucediera que el paciente ya cuenta con SICATS o estudio socioeconómico, suspenda la actividad y **continúa en la actividad 16**
2.	Trabajador(a) social	Anota los datos de identificación de la Unidad médica en el formato de **"Estudio socioeconómico"** (Estudio).
3.	Trabajador(a) social	Pregunta y escribe todos los datos Generales del paciente, mismos que pide el formato de **"Estudio".**
4.	Trabajador(a) social	Indaga y registra en el formato de **"Estudio"** los datos del responsable del paciente. **Nota:** Si sucediera que el paciente es referido, entonces cuestiona y escribe también, los datos de su referencia y la condición legal del paciente de ser necesario.
5.	Trabajador(a) social	Pregunta y anota todos los datos disponibles de la familia en el formato de **"Estudio"**
6.	Trabajador(a) social	Recaba y registra los datos en materia de salud familiar y los plasma en el formato de **"Estudio"**
7.	Trabajador(a) social	Indaga y escribe los datos de ingreso familiar en el **"Estudio"**
8.	Trabajador(a) social	Pregunta y anota todos los datos que constituyen el egreso familiar en el formato de **"Estudio"**
9.	Trabajador(a) social	Obtén los resultados de la entrevista y anótalos en el formato de **"Estudio"**
10.	Trabajador(a) social	Recaba el nombre y la firma de quién proporcionó los datos, en el formato de **"Estudio"**
11.	Trabajador(a) social	Describe en el **"Estudio"** el diagnóstico socioeconómico
12.	Trabajador(a) social	Elabora el familiograma en el formato de **"Estudio"** lo más claro posible
13.	Trabajador(a) social	Registra las intervenciones de trabajo social hacia el paciente/familiar en el **"Estudio"**
14.	Trabajador(a) social	Escribe tu nombre, Número de cédula profesional y sella el formato de **"Estudio"** **Notas:** • Una vez sellado el formato del estudio socioeconómico, éste se considera terminado. • Las reducciones de tarifa que se vayan requiriendo, deben indicar la cantidad a pagar, y ésta, estará sujeta al porcentaje establecido en el estudio socioeconómico.

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
15.	Trabajador(a) social	Registra el folio del estudio socioeconómico en el formato de **"Estudio"** y espera a que el familiar o usuario solicite el apoyo.
16.	Trabajador(a) social	Deriva al usuario, según la situación y con base en la siguiente tabla, decida la acción a seguir: **Situación** / **Acción a seguir** Requiere de estudios / Canalice al usuario a Caja Egresa paciente / Canaliza al usuario a **CENDIS** (Centro de distribución) **Nota:** Asegúrate que el familiar o paciente, comprendió las instrucciones otorgadas y que le notifique lo que le señaló el personal de Caja
17.	Trabajador(a) social	Recibe notificación del costo, toma el formato de **"Reducción de tarifa"** (ver anexo 02) y con base en el resultado del "Estudio", anota la cantidad a pagar. **Notas:** • Podrás elaborar formatos de reducción de tarifa según se vayan requiriendo, ya sea durante la atención médica del paciente o, cuando éste egresa de la unidad médica.
18.	Trabajador(a) social	Entrega la "Reducción de tarifa" debidamente requisitada al paciente/familiar e indícale el monto que va a pagar una vez aplicado el porcentaje de reducción.
19.	Trabajador(a) social	Da las instrucciones necesarias al paciente/familiar para que regrese con el pago realizado
20.	Trabajador(a) social	Recibe la ficha de pago y registrar el folio de caja en el formato **"Registro de reducción de Tarifa"** (ver anexo 03)
21.	Trabajador(a) social	Regresa el recibo de pago al usuario y despídete de él. **Fin de procedimiento.**
22.	Trabajador(a) social	Toma el formato de "Dictamen socioeconómico" (ver anexo 04) para aplicarle el dictamen correspondiente. **Nota:** Si sucediera que el paciente ya cuenta con Dictamen socioeconómico, suspenda la actividad y **continúa en la actividad 30**
23.	Trabajador(a) social	Anota los datos de identificación de la Unidad médica en el formato de **"Dictamen socioeconómico"** (Dictamen).
24.	Trabajador(a) social	Pregunta y escribe todos los datos Generales del paciente, mismos que pide el formato de **"Dictamen".**
25.	Trabajador(a) social	Indaga y registra en el formato de **"Dictamen"** los datos del responsable
26.	Trabajador(a) social	Indica en el formato de **"Dictamen",** si el paciente puede pagar la totalidad de la tarifa establecida en la Ley de Ingresos.
27.	Trabajador(a) social	Recaba el nombre de quien proporcionó la información del paciente y la firma de del mismo.
28.	Trabajador(a) social	Anota el folio del dictamen socioeconómico en el formato de **"Dictamen"**
29.	Trabajador(a) social	Anexa "Dictamen" en el expediente clínico, y en la carpeta de archivo correspondiente y espera a que el familiar/paciente, solicite apoyo.

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
30.	Trabajador(a) social	Deriva al usuario, según la situación y con base en la siguiente tabla, decida la acción a seguir: **Situación** / **Acción a seguir** Requiere de estudios / Canalice al usuario a Caja Egresa paciente / Canaliza al usuario a **CENDIS** (Centro de distribución) **Nota:** Asegúrate que el familiar o paciente, comprendió las instrucciones otorgadas y que le notifique lo que le señaló el personal de Caja
31.	Trabajador(a) social	Recibe notificación del costo, toma el formato de **"Reducción de tarifa"** (ver anexo 02) con duplicado y con base en el resultado del "Estudio", anota la cantidad a pagar. **Notas:** • Podrás elaborar formatos de reducción de tarifa según se vayan requiriendo, ya sea durante la atención médica del paciente o, cuando éste egresa de la unidad médica.
32.	Trabajador(a) social	Entrega la "Reducción de tarifa" debidamente requisitada al paciente/familiar e indícale el monto que va a pagar una vez aplicada la reducción.
33.	Trabajador(a) social	Da las instrucciones necesarias al paciente/familiar para que regrese con el pago realizado
34.	Trabajador(a) social	Recibe la ficha de pago y registrar el folio de caja en el formato **"Registro de reducción de Tarifa"** (ver anexo 03).
35.	Trabajador(a) social	Regresa el recibo de pago al usuario y despídete de él. **Fin de procedimiento.**

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		
• LTS María Guadalupe Cruz Ramírez • LTS Olivia Graciela Ruvalcaba Chavira	• LTS Karla Daniela Ávila Ruíz • LTS Norma Gabriela Briseño Hernández • LTS María Macías López	• LTS Socorro Quintero Cordero

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
CENDIS	Siglas del Centro de distribución que clasifica, ordena y distribuye los insumos médicos.
Diagnóstico social	Es el proceso que se realiza para captar, analizar e interpretar datos sociales, para llegar a la conclusión o juicio de la situación de la realidad de las necesidades actuales de la familia de forma jerarquizada, para encontrar la mejor intervención de trabajo social.
Dictamen Socioeconómico	Es una opinión técnica, emitida por el profesional de trabajo social en materia socioeconómica a los pacientes o familiares que acuden a la Unidad Médica de Urgencias y solicitan descuento en el pago, el

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
	dictamen tiene la finalidad de otorgar metodológicamente una reducción en la tarifa que se encuentra establecida en la Ley de Ingresos vigente del Ayuntamiento de Guadalajara.
ESE	Siglas que representan al Estudio Socioeconómico.
Estudio Socioeconómico	Es el proceso que, mediante la técnica de la entrevista, se recaba información familiar sobre: la residencia, la vivienda, salud, actividades ocupacionales, escolaridad, así como el ingreso y egreso promedio, con la intención de determinar la capacidad de pago y apoyarlo con una reducción en el pago por los servicios médicos recibidos.
Familiograma	Es la representación esquemática de los miembros y estructura de una familia en donde se visualiza la relación que existe entre ellos.
Intervención de Trabajo Social	Es la acción organizada y desarrollada por el profesional de trabajo social con las personas, con el objeto de superar los obstáculos que impiden en avance en la recuperación de la salud de los pacientes.
SICATS	Siglas que describen el Sistema Interinstitucional de canalización a Trabajo Social.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
N.A.	Ley de Ingresos del Ayuntamiento de Guadalajara

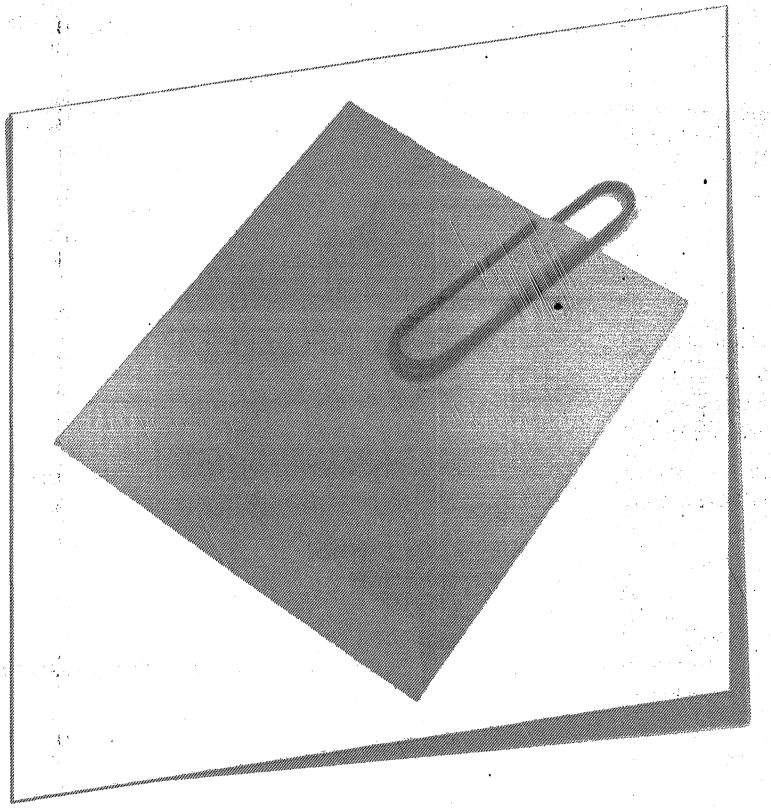
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N.A.	Anexo 01	Estudio socioeconómico en hospitalización
N.A.	Anexo 02	Instructivo de llenado del "Estudio socioeconómico en hospitalización"
N.A.	Anexo 03	Reducción de tarifa
N.A.	Anexo 04	Instructivo de llenado de la "Reducción de tarifa"
N.A.	Anexo 05	Registro de Reducción de Tarifa
N.A.	Anexo 06	Instructivo de llenado del "Registro de reducción de tarifa"
N.A.	Anexo 07	Dictamen socioeconómico en urgencias y consulta externa
N.A.	Anexo 08	Instructivo de llenado del "Dictamen socioeconómico en urgencias y consulta externa"

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	31 de julio 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Anexo 01: Estudio socioeconómico

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias
Estudio socioeconómico

Gobierno de Guadalajara

FOLIO: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Unidad Médica: 2 Fecha: 3 Cama: 4
Servicio: 5 Exp. 6 Fecha de Ingreso: 7
DX: 8

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: 9
Edad: 10 Años / 11 Meses Sexo: H M Edo. Civil: 12 Soltero | Casado | Viudo | U. libre | Divorciado | Separado
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre (s)
Escolaridad 13 Último grado de estudios Ocupación: 14 Actual
Domicilio permanente: 15 Calle 16 No. 17 Colonia
Municipio Estado Teléfono Religión Capacidad diferente 18
Afiliado IMSS ☐ ISSSTE ☐ Seguro Popular ☐ Ninguno ☐ Otro: Especifique
No. de Filiación 19

IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

Nombre: 20
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre (s)
Domicilio: 21
Calle No.
22 23 24 25 26 27
Municipio Estado Teléfono Ocupación actual Parentesco con el enfermo

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONDICIÓN LEGAL

Instituto o unidad que refiere: 28 Ciudad: 29
Estado: 30 Fecha de transferencia: 31 Día Mes Año No. de control: 32
Situación legal 33 Libre: ☐ Detenido: ☐

DATOS DE LA FAMILIA

A) OCUPACIÓN DEL PROVEEDOR ECONÓMICO

Concepto	Puntaje
Sin ocupación	0
Trabajador no calificado	1
Jubilado o pensionado	2
Obrero, trabajador de la institución, vendedor en comercios o, vendedor en mercados	3
Obrero calificado, operador de otras maquinarias, chofer	4
Operador de instalaciones, de maquinaria, o montadores	5
Artesano y trabajador de taller, comerciante o, pequeño	6
Empleado de oficina	7
Técnico profesional de nivel medio	8
Profesional, científico o, intelectual	9
Funcionario, ejecutivo o, empresario	10

Total de puntos por Ocupación: 34

Llenar con tinta azul 1 de 4

arte 1/4Estudio socioeconómico en hospitalización
Parte 2/4

B) VIVIENDA

Tipo de vivienda	Grupo	Puntaje
Institución de protección social, vivienda móvil, casa rural, refugio, cuarto redondo o sin vivienda, local no construido para habitación	1	0
Vecindad, cuarto de servicio o, azotea	2	1
Departamento o casa popular en unidades habitacionales (interés social)	3	2
Departamento o casa de clase media con financiamiento propio hipoteca	4	3
Departamento o casa residencial	5	5

Calificación: 2

Características de la vivienda. Derechos reales (uso, goce, disfrute)	Puntaje
Otro (instituciones, albergues, retiros, casa de retiro o sin vivienda)	0
Arrendadora (Rentada), hipotecada o con gravamen	1
Comodato (prestada)	2
Propia pagada	3

Calificación: 3

Servicios públicos	Puntaje
Hasta un (1) servicio público	0
Dos (2) servicios públicos	1
Tres (3) servicios públicos	2
Cuatro (4) o más servicios públicos	3

Calificación: 2

Servicios intradomiciliarios	Puntaje
Hasta un (1) servicio	0
Dos (2) servicios	1
Tres (3) servicios	2
Cuatro (4) o más servicios	3

Calificación: 2

Material de construcción	Puntaje
Lámina, madera, material de la región	0
Mixta	1
Mampostería	2

Calificación: 39

Número de dormitorios	Puntaje
Uno (1) – dos (2) dormitorios	0
Tres (3) – cuatro (4) dormitorios	1
Cinco (5) o más dormitorios	2

Calificación: 1

Número de personas por dormitorio	Puntaje
Cuatro (4) o más	0
Tres (3) personas	1
Una (1) – dos (2) personas	2

Calificación: 41

Total de puntos por Vivienda: 54

SALUD FAMILIAR

Tiempo de tratamiento de la enfermedad del paciente	Puntaje
Más de seis (6) meses	0
De tres (3) a seis (6) meses	1
Menos de tres (3) meses	2

Calificación: 43

Otros problemas de salud del paciente que se atienda en otra institución	Puntaje
Sí	0
No	1

Calificación: 2

Estado de salud de los integrantes de la familia	Puntaje
Dos enfermos o el principal proveedor económico enfermo	0
Un (1) enfermo	1
Ningún enfermo	2

Calificación: 45

Total de puntos por Salud Familiar: 47

INGRESOS FAMILIAR

Integrante	Total mensual	Ingreso diario	Equivalente a salarios mínimo	Número de dependientes
Paciente	$ 47	Total de ingresos / 30 días	Ingreso diario / Salario mínimo vigente en la zona	1
Padre	$			
Madre	$			
Hijo(s)	$			
Otros	$			
Total de ingresos	$ 47	$ 64	$	Cantidad ingresos familiar en la siguiente hoja

Llenar con tinta azul

Estudio socioeconómico en hospitalización
Parte 3/4

Servicios Médicos Municipales Construcción de Comunidad

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias
Estudio socioeconómico en Hospitalización

Gobierno de Guadalajara

Ingreso en No. de veces del salario mínimo de acuerdo a la zona geográfica A o B	Dependientes 1 a 2 puntos	Dependientes 3 a 4 puntos	Dependientes 5 a 6 puntos	Dependientes 7 a 8 puntos	Dependientes 9 a más puntos	Total de puntos por Ingresos Familiar
0 a 1 vez	0	0	0	0	0	
1 vez a 1.5 veces	5	5	0	0	0	
1.5 veces a 3 veces	15	10	5	0	0	
3 veces a 4.5 veces	20	15	10	5	0	
4.5 veces a 6 veces	25	20	15	10	5	
6 veces a 8 veces	30	25	20	15	10	
8 veces a 10 veces	35	30	25	20	15	
10 veces a 12 veces	40	35	30	25	20	
12 veces a 14 veces	45	40	35	30	25	
14 veces a 16 veces	50	45	40	35	30	
Más de 16 veces	55	50	45	40	35	

Egresos Familiar

Concepto	Monto	Total mensual de egresos familiar multiplicado por 100	% de egreso respecto al ingreso familiar	Puntaje
Renta, hipoteca	$		Más del 71 %	0
Luz	$		61 % a 70 %	2
Agua	$		51 % a 60 %	4
Combustible (gas, leña, etc.)	$		41 % a 50 %	6
Teléfono (incluye celulares)	$		31 % a 40 %	8
Transporte	$		Menos de 30%	10
Vestido	$	**% de Egreso**	**Total de Puntos por Egreso Familiar**	
Alimentos	$			
Gastos escolares (uniformes, útiles, cuotas, etc.)	$			
Gastos médicos (consulta, medicamentos, estudios de gabinete, etc.)	$			
Diversión	$			
Otros (Adeudos, etc.)	$			
Total mensual de egreso familiar	$			

Resultados

Concepto	Puntaje obtenido
Ocupación	
Vivienda	
Salud Familiar	
Ingreso familiar	
Egreso familiar	
Sumatoria de puntajes	

Puntuación / Concepto	0 - 12	13 - 24	25 - 36	37 - 52	53 - 68	69 - 84	85 - 100
Porcentaje a pagar	Exento	20 %	35 %	50 %	70 %	85 %	100 %

Total de puntos	% a pagar	Descuento	Monto a pagar por el servicio

Los datos anteriores fueron proporcionados por: _____

Firma

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ, ES VERDADERA Y FIDEDIGNA. CON EL CONOCIMIENTO DE QUE, EN CASO DE MENTIR O FALSEAR SOBRE LA MISMA, INCURRO EN UN DELITO CONFORME A LA LEY VIGENTE, APLICABLE EN EL ESTADO DE JALISCO.

Llenar con tinta azul

3 de 4

Estudio socioeconómico en hospitalización
Parte 4/4

DIAGNÓSTICO SOCIOECONÓMICO

Diagnóstico 67

FAMILIOGRAMA:

68

INTERVENCIÓN SOCIAL

Intervención 69

La información contenida en éste documento y sus anexos es confidencial, dado que contiene información personal.
Los datos están protegidos en apego a la ley en la materia a excepción de los solicitados por instituciones gubernamentales.

Elaboró:

70

Nombre y firma del Trabajador Social

71

No. de Cédula Profesional

72

Sello

Llenar con tinta azul

Anexo 02: Instructivo de llenado del Estudio socioeconómico en hospitalización

IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD		
No.	**Concepto**	**Descripción**
1	**Folio**	Anota el número que le corresponde de acuerdo a la continuidad del libro de "Registro de evaluaciones socioeconómicas" de cada unidad
2	**Unidad médica**	Anota el nombre de la Unidad Médica donde se realizó el estudio socioeconómico, pudiendo ser: • Las unidades Médicas de Urgencia. • Unidades de Atención Primaria a la Salud (UAPS)
3	**Fecha**	Escribe el día, mes y año del día en que se realizó el estudio socioeconómico. **Ejemplo:** 15 / junio / 16
4	**Cama**	Escribe en éste espacio, el número de cama asignada al paciente.
5	**Servicio**	En este espacio, debe escribir el nombre del área o servicio al que acude el paciente o familiar. **Ejemplo:** urgencias, triage, consulta, entre otros.
6	**Exp.**	De contar con un expediente, debe anotar sobre la línea, el número de expediente del paciente.
7	**Fecha de ingreso**	Este punto se anota el día mes y año en que el paciente se hospitalizó en la unidad médica. **Ejemplo:** 15 / junio / 16
8	**Dx**	En éste espacio, debe anotar el diagnostico, el cual es proporcionado por el médico.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
No.	**Concepto**	**Descripción**
9	**Nombre**	Pon el nombre del paciente y anota en primer orden: El primer apellido, seguido del segundo apellido y por último el o, los nombres que tenga
10	**Edad**	Si el paciente es mayor de un año, registra en la primera línea, los años cumplidos y dejará en blanco la línea de meses, y si el paciente aún no cumple el año, deja en blanco la línea de años y anota sobre la siguiente línea siguiente, los meses, que tiene el menor.
11	**Sexo**	En éste punto existen dos círculos, y dentro de cada uno de ellos hay una letra una "**H**" que significa hombre y una "**M**", que tiene por significado mujer; dicho lo anterior, marca con una cruz según corresponda al sexo del paciente.
12	**Estado civil**	Marca con una cruz a la situación civil del paciente según corresponda (soltero, casado, viudo, etc.)

13	**Escolaridad**	Anota sobre la línea, la escolaridad actual del paciente; en caso de tener inconclusa la escolaridad, anota el último grado cursado.
14	**Ocupación**	Escribe sobre la línea, la actividad u ocupación actual del paciente. **Ejemplo:** secretaria, mensajero, cajero, almacenista, albañil, comerciante formal e informal, enfermera, administradora, educadora. Etc.
15	**Domicilio permanente**	En éste espacio se registra el domicilio en donde habita regularmente el paciente, y señala la calle, número, colonia, municipio, estado y teléfono
16	**Teléfono**	Se anota sobre la línea, el número telefónico de casa o celular del paciente. En caso de ser foráneo se debe anotar la lada y la clave.
17	**Religión**	Escribe en éste espacio, la religión que profesa o practica el paciente, o bien, pon sobre la línea la leyenda **"ninguna",** según se presente el caso.
18	**Capacidad distinta**	Anota sobre éste campo, la capacidad distinta que tiene el paciente tales como; auditiva, visual, mental, motriz, etc. o, además, anota si el paciente tiene alguna pérdida de miembros en su cuerpo.
19	**Afiliado a**	Pon una cruz en el recuadro correspondiente al tipo de seguridad social que tiene; si es alguna aseguradora, debe marcar el recuadro de "otro" y anota el nombre de la misma sobre la línea.
20	**No. de afiliación**	En éste espacio, se anota el número de seguridad social (en caso que el paciente cuente con ella), caso contrario, anota la leyenda **"N. A."** que significa, no aplica.

IDENTIFICACION Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

No.	Concepto	Descripción
21	**Nombre**	Anota el nombre del familiar responsable, tutor o acompañante del paciente, comenzando por el primer apellido, seguido del segundo apellido y, por último, el o los nombres.
22	**Domicilio**	Anota sobre la línea, el domicilio completo del responsable o familiar a cargo del paciente con los datos de calle, número, colonia.
23	**Municipio**	Plasma el municipio de residencia del responsable
24	**Estado**	Anota la entidad federativa de donde se encuentra la residencia del responsable.
25	**Teléfono**	Escribe el número de teléfono, ya sea de casa o celular del familiar responsable o tutor, y si se trata de foráneos, anotar la clave lada correspondiente.
26	**Ocupación actual**	Anota en éste recuadro, la ocupación del familiar a la que se dedica el acompañante o tutor.
27	**Parentesco con el enfermo**	Registrar sobre la línea, la relación de parentesco que tiene el paciente, con el acompañante.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONDICION LEGAL		
No.	**Concepto**	**Descripción**
28	**Instituto o unidad que refiere**	Escribe el nombre de la Institución de la cual fue derivado el paciente, aun cuando sea de otra unidad o de atención primaria a la salud (UAPS).
29	**Ciudad**	Anota en éste apartado, el nombre de la ciudad o el municipio de donde es derivado el paciente.
30	**Estado**	Escribe sobre la línea, el nombre de la entidad federativa de donde es enviado el paciente.
31	**Fecha de transferencia**	Registra en el espacio correspondiente, el día, mes y año en que se envía el paciente a la unidad. **Ejemplo:** 15 /junio / 16
32	**No de control**	Si en la hoja de referencia trae folio, entonces, el señalado folio debe registrarse en este espacio.
33	**Situación legal**	Marca con una cruz "**X**", si el paciente viene en calidad de detenido o libre según corresponda.

DATOS DE LA FAMILIA

Nota
El apartado de vivienda, se encuentra dividido en los siguientes siete (7) ítems que se deben calificar.

No.	Concepto	Descripción
34	**Ocupación del proveedor del hogar.**	Anota dentro del recuadro de "Total de puntos por ocupación", el puntaje correspondiente a la ocupación de la persona que se hace cargo de los gastos económicos de la familia o en su defecto del paciente. **Ejemplo:** Si trata de una persona que ya se encuentra en un estatus laboral de jubilado o pensionado, entonces, debe anotar un dos (2) dentro del recuadro.
35	**Tipo de vivienda**	Escribe dentro del recuadro de "Calificación", el puntaje correspondiente al tipo de vivienda en la que vive la familia. **Ejemplo:** Si la familia vive en una casa de clase media, entonces, debe anotar un tres (3) dentro del recuadro.
36	**Características de la vivienda**	Anota el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", las características de la vivienda pueden ser: sin casa, rentada o prestada. **Ejemplo:** Si la familia vive en una casa rentada, entonces, debe anotar un dos (2) dentro del recuadro.
37	**Servicios públicos**	Escribe el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", al número de servicios públicos con los que cuenta la colonia donde se encuentra la casa que habita la persona que se hace cargo del pago. **Ejemplo:** Si la colonia se encuentra pavimentada, y además tiene alumbrado público y, drenaje y alcantarillado, son tres servicios públicos, por tanto, anote un dos (2)

38	**Servicios Intradomiciliarios**	Anota el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", al número de servicios intradomiciliarios con los que cuenta el hogar de la persona que se hace cargo del pago, pudiendo ser: Luz, agua, teléfono, cable, internet, etc. **Ejemplo:** Si la vivienda cuenta con luz, agua, teléfono, son tres servicios intradomiciliarios, por tanto, debe anotar un dos (2).
39	**Material de construcción**	Escribe dentro del recuadro de "Calificación", el puntaje correspondiente al material con el que está construida la vivienda de la persona que se hace cargo del pago. Nota: mampostería se refiere a construcción tradicional: ladrillo, block, etc. **Ejemplo:** Si la vivienda está construida a base de ladrillo rojo, trata de una construcción con mampostería, por tanto, debe anotar un dos (2).
40	**Número de dormitorios.**	Anota el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", al número de habitaciones con las que cuenta la vivienda de la persona que se hace cargo del pago. **Ejemplo:** Si la vivienda tiene dos habitaciones (dormitorios), entonces, debe anotar un cero (0).
41	**Número de personas por dormitorio.**	Escribe dentro del recuadro de "Calificación", el puntaje correspondiente al número de personas que duermen por habitación en la vivienda de la persona que se hace cargo del pago. **Ejemplo:** Si en la habitación (dormitorio) duermen dos personas, entonces, debes anotar un dos (2).
42	**Total de puntos por vivienda**	Anota dentro del recuadro de "Total de puntos por vivienda", el resultado de la sumatoria de los siete (7) ítems que califican Vivienda. El máximo total de puntos que conforman éste rubro, son 20.

SALUD FAMILIAR

Notas

El apartado de salud familiar, se encuentra dividido en los siguientes tres (3) ítems que se deben calificar.

No.	Concepto	Descripción
43	**Tiempo de tratamiento de la enfermedad del paciente.**	Escribe el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", el cual es derivado del tiempo que ha padecido la enfermedad el paciente. **Ejemplo:** Si el paciente ha padecido la enfermedad por más de 6 meses, entonces, debes anotar un cero (0).
44	**Otros problemas de salud del paciente que se atiende en otra institución**	Anota el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", el cual es derivado de otras enfermedades permanentes que haya padecido el paciente. **Ejemplo:** Si el paciente no ha padecido otras enfermedades permanentes, entonces, anota un uno (1).
45	**Estado de salud de los integrantes de la familia**	Escribe el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", el cual es derivado el número de familiares directos del paciente con enfermedad permanente o de la persona que se hace cargo del pago. **Ejemplo:** Si en la familia de la persona que se hace cargo del pago no tiene enfermedades permanentes, entonces, anota un dos (2).

46	**Total de puntos por salud familiar**	Anota dentro del recuadro de "Total de puntos por salud familiar", el resultado de la sumatoria de los tres (3) ítems que califican "Salud Familiar". El máximo total de puntos que conforman éste rubro, son 5.

INGRESO FAMILIAR

No.	Concepto	Descripción
47	**Integrante**	Escribe la cantidad total de ingresos mensuales por cada uno de los integrantes que aportan dinero para los gastos familiares.
48	**Total del ingresos**	Suma las cantidades totales de ingresos económicos de los integrantes de la familia que aportan recursos y escribe el resultado sobre la línea de total de ingresos.
49	**Ingreso diario**	Divide el "Total de ingresos" entre 30 días y el resultado se anota en el recuadro de "Ingreso diario".
50	**Equivalente a salario mínimo.**	Divide "Ingreso diario entre el "Salario mínimo vigente en la zona" y anota en el recuadro "Equivalente a salarios mínimos", la cantidad resultante de la división.
51	**Número de dependientes**	Anota en el recuadro de "Número de dependientes" el número de personas que dependen económicamente de la persona que se hace cargo del pago.
52	**Total de puntos por ingreso familiar**	Identifica el puntaje por ingreso familiar con base en la siguiente descripción: 1. Localiza en la primera columna de la tabla de equivalencias de salarios mínimos la línea correspondiente al valor que obtuviste en el punto 50 de "Equivalente a salarios mínimos". 2. Ubica la columna correspondiente a los dependientes que se obtuvo en el punto 51 "Número de dependientes". 3. Haz la proyección horizontal y vertical correspondiente. 4. Localiza el puntaje correspondiente el cual se identifica en el cruce de ambas proyecciones. 5. Anota en el recuadro de **"Total de puntos por ingreso familiar"** la puntuación que localizaste. **Ejemplo:** Si el equivalente a salarios mínimos familiares es de 3.5, y el número de dependientes es de 4, entonces con base en la tabla debes anotar el número 15 en el recuadro.

EGRESO FAMILIAR

No.	Concepto	Descripción
53	**Monto**	Anota por cada uno de los rubros señalados en el formato la cantidad total de dinero que gasta la familia mensualmente
54	**Total mensual de egreso familiar**	Suma la cantidad de cada concepto del punto anterior y anota el resultado en el espacio destinado al "Total mensual de egreso familiar".
55	**Total mensual de egresos familiar multiplicado por 100**	Anota en el recuadro, el resultado de multiplicar el "Total mensual de egreso familiar (punto 54) por 100.

56	**% de Egreso**	En este cuadro se escribe el resultado de dividir el "Total mensual de egresos familiar" (punto 54) entre, el "Total del ingreso" (punto 48).
57	**Total de puntos por egreso familiar**	Identifica el puntaje por % a pagar con base en la siguiente descripción: 1. Localiza en la tabla de '% de egreso respecto al ingreso familiar' los puntos correspondientes al valor obtenido en "% de egreso" (punto 56) 2. Anota los puntos correspondientes en el recuadro. **Ejemplo:** Si el porcentaje obtenido fue entre 41% y 50%, el puntaje correspondiente que se anota en el recuadro, es de 6.

RESULTADOS

No.	Concepto	Descripción
58	**Puntajes obtenidos**	En cada uno de los espacios señalados en el primer recuadro de RESULTADOS, se debe escribir el resultado (puntos) que se obtuvieron en los puntos: 34, 42, 46, 52, y 57, según corresponda a cada línea.
59	**Sumatoria de puntajes**	Suma la columna de 'Puntajes obtenidos' y escribe el resultado en el espacio correspondiente.
60	**Tarifa (Ley de Ingresos)**	Busca y localiza en la Ley de Ingresos la tarifa o el monto señalado para el servicio recibido o que va a recibir y, anótalo dentro del recuadro.
61	**% a pagar**	Identifica el puntaje por "% a pagar" con base en la siguiente descripción: 1. En la tabla que se encuentra en la parte superior derecha del apartado de RESULTADOS, localiza en qué columna se encuentra la "Sumatoria de puntajes", el cual se obtuvo en el punto 59. 2. Localiza el porcentaje a pagar. 3. Anota en el recuadro, el porcentaje que localizaste.
62	**Descuento**	El descuento se obtiene a través del siguiente mecanismo: 1. Resta a 100% el "% a pagar" 2. Al resultado de la operación anterior, se debe dividir entre 100 3. Al resultado anterior se multiplica por la tarifa (punto 60). 4. Escribe el resultado en el recuadro correspondiente. Ésta cantidad, corresponde al descuento que se le aplicará al que sustente el estudio socioeconómico en cuestión. **Ejemplo:** Si la tarifa a pagar es de 135 pesos, y el porcentaje a pagar es el 70%, el cálculo para obtener el descuento es el siguiente: Paso 1. (100 – "% a pagar") → (100 - 70) = 0.30 Paso 2. (Resultado anterior x tarifa) → (0.30 x 135) = 40.50 pesos **Conclusión:** $40.50 cuarenta pesos con cincuenta centavos, es el descuento que se debe aplicar a la tarifa, la cual debes anotar en el recuadro correspondiente

63	**Monto a pagar por el servicio**	Para obtener el monto a pagar, simplemente se realiza la resta entre la tarifa (punto 60) menos el descuento (punto 62), y el resultado se anotará en el recuadro. **Ejemplo:** Si la tarifa a pagar es de 135 pesos, y el descuento es de $40.50, entonces el monto a pagar será: (Tarifa- descuento) → (135-40.5) → 94.50 pesos **Conclusión:** 94.50 pesos es lo que debe pagar el usuario; dicha cantidad la debes anotar en el recuadro de "Monto a pagar por el servicio"
64	**Los datos anteriores fueron proporcionados por:**	En este espacio, escribe el nombre de la persona que proporciona todos los datos para la elaboración del estudio socioeconómico. Una vez escrito el nombre de la persona, lee en voz alta, la leyenda de que, bajo protesta de decir verdad, acepta que la información que proporcionó, es verdadera y fidedigna.
65	**Firma**	Recabe de la persona a la que le está elaborando el estudio socioeconómico, su firma o huella digital en el espacio correspondiente.

DIAGNÓSTICO

No.	Concepto	Descripción
66	**Diagnostico**	En este espacio escribe los diferentes diagnósticos sociales que presenta el paciente, así como su entorno familiar y social.

FAMILIOGRAMA

No.	Concepto	Descripción
67	**Familiograma**	Realiza en forma gráfica la integración familiar, en cuanto a su estructura y sus relaciones

INTERVENCIÓN SOCIAL

No.	Concepto	Descripción
68	**Intervención**	Describir las diferentes actividades que se tendrán con el paciente y sus familiares o, persona responsable, para la recuperación de la salud del paciente. **NOTA:** En caso de ser necesario realizar otra reducción de tarifa o exento al paciente, se debe anexar al Estudio socioeconómico, una nota social, en donde se dará continuidad y seguimiento al caso del mismo.

ELABORACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

No.	Concepto	Descripción
69	**Nombre y firma del trabajador social**	Anota tu nombre y firma autógrafamente sobre la línea correspondiente al profesional de trabajo social que realizó el estudio.
70	**No de Cédula Profesional**	Anota el número de la cedula profesional de Trabajo Social que realizó el estudio socioeconómico. **Nota:** En caso de el estudio se haya aplicado por un practicante o, un pasante en Trabajo Social, se debe poner el Número de cédula del o la Trabajadora Social responsable.
71	**Sello**	Plasma el sello personalizado del o la Trabajadora Social responsable, o en su defecto, el sello de Trabajo Social de la Unidad.

Anexo 03: Reducción de tarifa

Servicios Médicos Municipales

Unidad Médica de Urgencias
Trabajo Social
Reducción de Tarifa

Unidad: DA ( ) RS ( ) EA ( ) MR ( ) LO ( ) **Fecha:** Día Mes Año

Nombre: _____

_____

Área: Con. Ext. ( ) Urgencias ( ) Hospitalización ( ) Otro ( ) _____

Servicio: _____

Tarifa: _____ **Reducción:** _____ **A pagar:** _____

Elaboró:

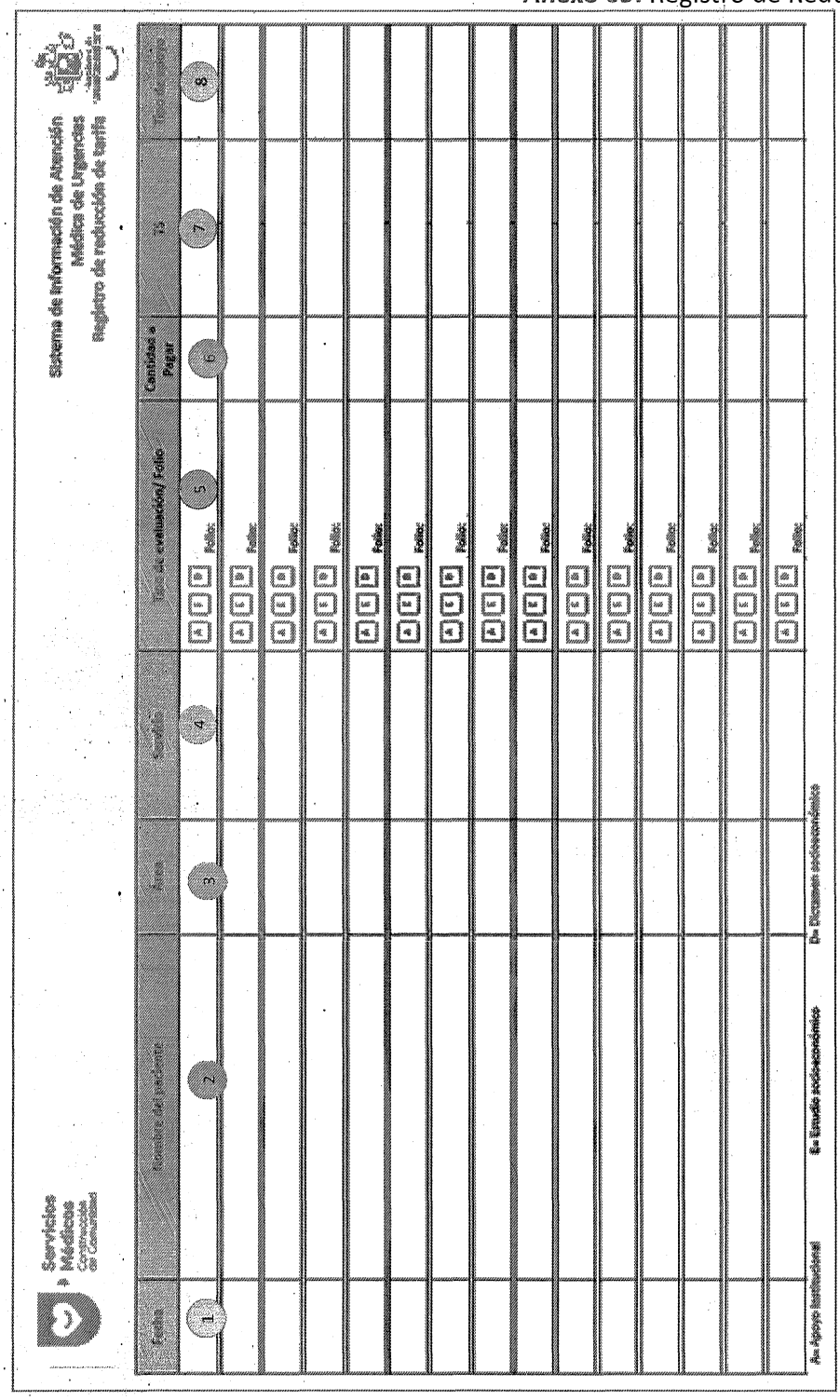
Sello

_____
Nombre y firma de Trabajador Social

Anexo 04: Instructivo de llenado de la Reducción de tarifa

No.	Concepto	Descripción
1	**Unidad**	Entre los siguientes paréntesis, debe seleccionar mediante una "**X**", la unidad médica de urgencias donde se le está atendiendo. **DA** = delgadillo y Araujo, **RS** = Ruíz Sánchez, **EA** = Ernesto Áreas, **MR** = Mario Rivas, **LO** = Leonardo Oliva
2	**Fecha**	En esta línea, debe anotar el día, mes y año en la que el paciente solicitó evaluación socioeconómica.
3	**Nombre**	Sobre la línea, debe anotar el nombre completo del paciente, iniciando por primer apellido, segundo apellido y nombre(s).
4	**Área**	Debe señalar mediante una "**X**" el área donde se está atendiendo al usuario y por la cual requiere de evaluación socioeconómica. **Ejemplo:** **Área:** Consulta Externa
5	**Servicio**	En éste espacio debe especificar el concepto al que se le está haciendo la reducción de la tarifa **Ejemplo:** **Área:** Estudios de laboratorio
6	**Tarifa**	En este espacio, debe anotar la tarifa mencionada en la Ley de ingresos vigente, correspondiente al servicio o servicios que debe pagar el usuario.
7	**Reducción**	En éste apartado, debe calcular el monto a pagar mediante la multiplicación del porcentaje a pagar y la tarifa. El resultado, será el monto a pagar por el usuario y debe anotarlo sobre la línea correspondiente.
8	**A pagar**	Sobre la línea debe anotar el monto que surja de restar la tarifa (señalada en el punto 8) menos la reducción (señalada en el punto 9).
9	**Elaboró**	En el espacio para elaboró, debe anotarse el nombre del Trabajador Social que emite (llena) el formato de reducción de tarifa.
10	**Sello**	En el espacio debe plasmar el sello de Trabajo Social de la Unidad para que tenga validez el documento

Anexo 05: Registro de Reducción de tarifa



Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias
Registro de reducción de tarifa

Folio	Consulta de Urgencia	Edad	Sexo	Estudio socioeconómico	Cantidad a Pagar	Fecha
1	2	3	4	5	6	7	8
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			
				Folio:			

Aux Apoyo Institucional · Ea Estudio socioeconómico · Dr. Encargado socioeconómico

Anexo 06: Instructivo de llenado del registro de Reducción de tarifa

No.	Concepto	Descripción
1	**Fecha**	En este espacio anotar la fecha en la que se realiza la evaluación; del estudio socioeconómico, dictamen socioeconómico, o acuerdo institucional (oficio o SICATS derivado a la unidad por instituciones asistenciales o asociaciones civiles).
2	**Nombre del paciente**	Dentro del espacio, debe anotar el nombre completo del paciente, empezando por el primer apellido, seguido del segundo apellido y por último él o, los nombres del paciente.
3	**Área**	Escriba en ésta sección, el nombre del área donde se encuentra el paciente, pudiendo ser hospitalización, consulta externa o urgencias
4	**Servicio**	Anotar el servicio al que acude: consulta, rayos X, tomografía, eco, Laboratorio, curaciones, material (yesos, vendas elásticas, huata), hospitalización, cirugía, manipulación, medicamentos, etc.
5	**Tipo de evaluación**	Poner una cruz "X" en el recuadro según corresponda: **A**: Apoyo Institucional **E**: Estudio Socioeconómico **D**: Dictamen Socioeconómico Enseguida, anotar el número de folio de la evaluación, este es el que esta anotado en el formato realizado, en su defecto el número de canalización por parte de la Institución que deriva, en caso de no traer número de folio se le pondrá la leyenda **SIN FOLIO**.
6	**Cantidad a pagar**	Una vez establecido el monto a pagar (resultante del estudio o dictamen socioeconómico), anote en la línea, la cantidad que el paciente o familiar tiene que pagar en caja.
7	**TS**	Se deberá escribir el nombre y apellidos de la trabajadora social que realiza la evaluación.
8	**Tipo de apoyo**	Anotar en éste espacio, la palabra **"Exención"** cuando un paciente o familiar no paga nada por los servicios recibidos, o bien, la palabra **"Descuento"**, cuando el paciente o familiar, paga menos de la tarifa establecida en la Ley de Ingresos vigente

Anexo 07: Dictamen socioeconómico en Urgencias y Consulta Externa
Parte 1/2

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias

Dictamen socioeconómico

Gobierno de Guadalajara

FOLIO: _____ 1 _____

IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Unidad Médica: _____ 2 _____ **Fecha:** _____ 3 _____ **Cama/camilla** _____ 4 _____

Servicio: _____ 5 _____ **Exp.** _____ 6 _____ **Fecha de ingreso** _____ 7 _____

DX: _____ 8 _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ 9 _____
Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre (s)

Edad: _____ 10 _____ Años _____ Meses **Sexo:** M F **Edo. Civil:** Soltero | Casado | Viudo | U. libre | Divorciado | Separado

Escolaridad _____ 11 _____ Último grado de estudios **Ocupación:** _____ 12 _____ Actual

Domicilio permanente: _____ 13 _____ Calle _____ No. _____ Colonia

Municipio _____ Estado _____ 15 _____ Teléfono _____ 17 _____ **Capacidad distinta:** _____ 18 _____

Afiliado a: IMSS ☐ ISSTE ☐ Seguro Popular ☐ Ninguno ☐ Otro: _____ Especifique

No. de Filiación _____ 19 _____

IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

Nombre: _____ 20 _____
Primer Apellido | Segundo Apellido | Nombre (s)

Domicilio: _____ 21 _____ Calle _____ No. _____ Colonia

Municipio _____ Estado _____ Teléfono _____ 23 _____ Ocupación actual _____ 24 _____ Parentesco con el enfermo _____ 25 _____

SITUACIÓN GENERAL ECONÓMICA

26 Requiere de estudios socioeconómico SI NO

Los datos anteriores fueron proporcionados por: _____ 27 _____

28 _____

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ, ES VERDADERA Y FIDEDIGNA. CON EL CONOCIMIENTO DE QUE, EN CASO DE MENTIR O FALSEAR SOBRE LA MISMA, INCURRO EN UN DELITO CONFORME A LA LEY VIGENTE, APLICABLE EN EL ESTADO DE JALISCO.

Dictamen socioeconómico en Urgencias y Consulta Externa
Parte 2/2

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias

Dictamen socioeconómico

Gobierno de Guadalajara

OBSERVACIONES
29

La información contenida en éste documento y sus anexos es confidencial, dado que contiene información personal.
Los datos están protegidos en apego a la ley en la materia a excepción de los solicitados por instituciones gubernamentales.

Elaboró:

30

Nombre y firma del Trabajador Social

31

No. de Cédula Profesional

32

Sello

Anexo 08: Instructivo de llenado del Dictamen socioeconómico en Urgencias y Consulta Externa

IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD		
No.	**Concepto**	**Descripción**
1	**Folio**	Anotar el número que le corresponde de acuerdo a la continuidad del libro de "Registro de evaluaciones socioeconómicas" de cada unidad
2	**Unidad médica**	Anotar el nombre de la Unidad Médica donde se realizó el dictamen socioeconómico
3	**Fecha**	Escribir día, mes y año del día en que se realizó el dictamen socioeconómico. **Ejemplo:** 17 / junio / 16
4	**Cama/camilla**	De estar hospitalizado, se debe escribir en éste espacio, el número de cama o camilla asignada al paciente.
5	**Servicio**	En este espacio, debe escribir el nombre del área o servicio al que acude el paciente o familiar. **Ejemplo:** urgencias, triage, consulta, entre otros.
6	**Exp.**	De contar con un expediente, debe anotar sobre la línea, el número de expediente del paciente.
7	**Fecha de ingreso**	Este punto es únicamente para el servicio de urgencias y se anotará el día en el que se hospitaliza el paciente.
8	**Dx**	En éste espacio, debe anotar el diagnostico, el cual es proporcionado por el médico.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
No.	**Concepto**	**Descripción**
9	**Nombre**	Poner el nombre del paciente, escribiendo en primer orden: El primer apellido, seguido del segundo apellido y por último el o, los nombres
10	**Edad**	Si el paciente es mayor de un año, debe registrar en la primera línea, los años cumplidos y dejará en blanco la línea de meses, y si el paciente aún no cumple el año, dejará en blanco la línea de años y anotará sobre la siguiente línea, los meses, que tiene el menor.
11	**Sexo**	En éste punto existen dos círculos, y dentro de cada uno de ellos hay una letra una **H** que significa hombre y una **M**, que tiene por significado mujer; dicho lo anterior, se debe marcar con una cruz según corresponda al sexo del paciente.
12	**Estado civil**	En éste apartado, se debe marcar con una cruz según corresponda (soltero, casado, viudo, etc.)
13	**Escolaridad**	Anotar en éste espacio, la escolaridad actual del paciente; en caso de tener inconclusa la su escolaridad, debe anotar el último grado cursado.
14	**Ocupación**	Escribir sobre la línea, la actividad actual del paciente. **Ejemplo:** secretaria, mensajero, cajero, almacenista, albañil, comerciante formal e informal, enfermera, administradora, educadora. Etc.

15	**Domicilio permanente**	En éste espacio se registrará el domicilio en donde habita regularmente el paciente, señalando calle, número, colonia y municipio
16	**Estado**	Escribe en éste espacio, la entidad federativa de la residencia del paciente
17	**Teléfono**	Se anota en la línea, el número telefónico de casa o celular del paciente. En caso de ser foráneo se anotará lada y clave.
18	**Capacidad distinta**	Debe anotar sobre éste campo, la capacidad distinta que tiene el paciente tales como; auditiva, visual, mental, motriz, etc. o, anotar si el paciente tiene alguna pérdida de miembro de su cuerpo.
19	**Afiliado a**	Poner una cruz en el recuadro correspondiente al tipo de seguridad social que tiene; si es alguna aseguradora, debe marcar el recuadro de otro y anotar el nombre de la misma después sobre la línea.
20	**No. de afiliación**	En éste espacio, se anotará el número de seguridad social, en caso que el paciente cuente con ella, caso contrario, anotar la leyenda **"N. A."** que significa, no aplica.

IDENTIFICACION Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

No.	Concepto	Descripción
21	**Nombre**	Se anotará el nombre del familiar responsable, tutor o acompañante del paciente, comenzando por el primer apellido, seguido del segundo apellido y, por último, el o los nombres del paciente.
22	**Domicilio**	Anotar sobre la línea, el domicilio completo del responsable o familiar a cargo del paciente con los datos de calle, número, colonia, municipio y estado.
23	**Teléfono**	Escribir el número de teléfono ya sea de casa o celular del familiar responsable, tutor, y si se trata de foráneos, anotar clave lada correspondiente.
24	**Ocupación actual**	Anotar en éste recuadro, la ocupación del familiar a la que se dedica el acompañante o tutor.
25	**Parentesco con el enfermo**	Registrar sobre la línea, la relación de parentesco que tiene el paciente, con el acompañante.

SITUACIÓN GENERAL ECONÓMICA

No.	Concepto	Descripción
26	**Requiere de estudio socioeconómico**	Marcar con una "X" (equis) en el espacio correspondiente. Marca en sí, cuando el paciente o familiar cuando no cuentan con suficiente dinero para pagar; y marca en no, cuando el paciente o familiar tiene liquidez para cubrir la tarifa establecida en la Ley de Ingresos.

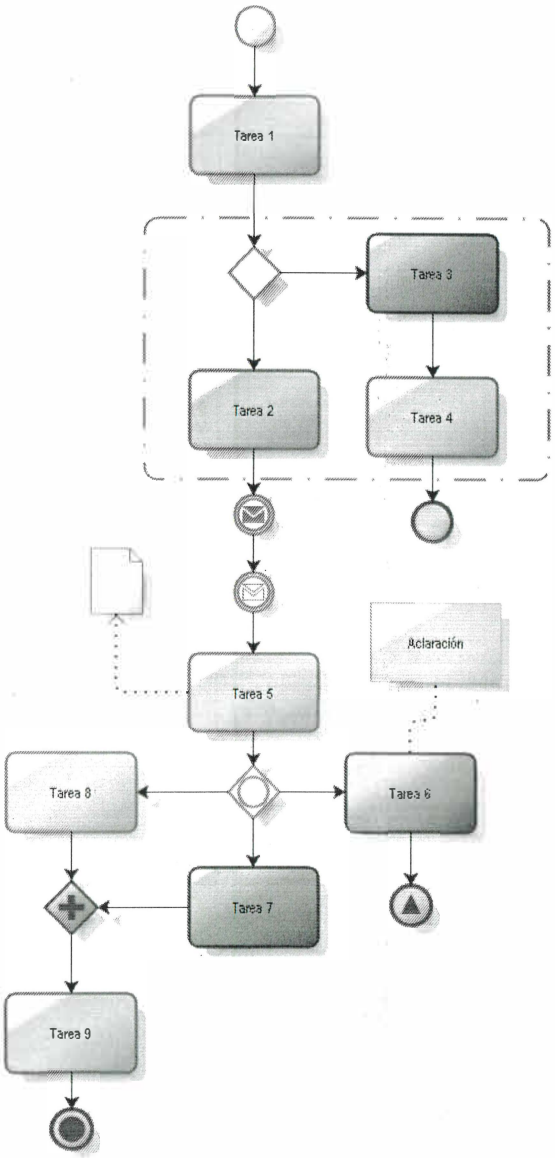
No.	Concepto	Descripción
27	**Los datos anteriores fueron proporcionados por:**	En este espacio, escribe el nombre de la persona que proporciona todos los datos para la elaboración del estudio socioeconómico. Una vez escrito el nombre de la persona, lee en voz alta, la leyenda de que, bajo protesta de decir verdad, acepta que la información que proporcionó, es verdadera y fidedigna.

28	**Firma**	Recabe de la persona a la que le está elaborando el estudio socioeconómico, su firma o huella digital en el espacio correspondiente.
29	**Observaciones**	Sobre las líneas se tendrá que narrar la situación socioeconómica y familiar del paciente, aunando el motivo por el cual se presenta a la unidad médica, agregando las acciones que realizó el personal de Trabajo Social. Si al paciente se le realizan varias reducciones de tarifa o exentos de pago, se debe dar seguimiento a cada caso, para ello, debe anotar en cada uno de estos, el monto a pagar, con base a la situación socioeconómica del paciente/familiar o de la persona que se encarga de realizar el pago. **No utilice abreviaturas.**
30	**Nombre y firma del trabajador social**	En éste campo, se debe escribir el nombre completo y firma del Trabajador Social que elabora o llena el dictamen socioeconómico.
31	**No de cedula profesional**	Se debe anotar sobre ésta línea, el número de cédula profesional del Trabajador Social que realizó el dictamen socioeconómico.
32	**Sello**	En el recuadro de sello, se plasmará el sello del Trabajadora Social que realizó el dictamen socioeconómico, en caso de que el Trabajador Social no cuente con sello, se pondrá el sello de la unidad médica en la cual se realizó el dictamen socioeconómico. **NOTA:** En caso de ser necesario realizar otra reducción de tarifa o exento al mismo paciente, se debe anexar al dictamen socioeconómico, una nota social, en donde se dará continuidad y seguimiento al caso del paciente.

Gobierno de Guadalajara

Procedimiento para el resguardo de pertenencias y su entrega

Clave:	037P-CV_002
Documentación:	31/05/2022
Actualización:	31 de julio del 2023
Autorización	
Nivel	II



Unidad Médica de Urgencias

Auxiliares Clínicos para la Atención Médica

"Trabajo Social"

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo. DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó: DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Construcción de Comunidad

Gobierno de Guadalajara

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 037 Procedimiento para el resguardo de pertenencias y su entrega.

NOMBRE
LTS. ENRIQUETA PALAFOX DE LA FUENTE
LTS. KARLA DANIELA ÁVILA RUÍZ
LTS. OLIVIA GRACIELA RUVALCABA CHAVIRA
LTS. VIOLETA MUÑOZ ROSALES
LTS. CAROLINA ARIAS DÍAZ
LTS. MARÍA GUADALUPE CRUZ RAMÍREZ

Construcción de Comunidad

Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

1.- OBJETIVO

Resguardar las pertenencias de aquellos pacientes que ingresan al área de urgencias u hospital y que son proporcionadas por el personal de enfermería o paramédicos, con la finalidad de dar un adecuado control y manejo de las mismas, en pro de la tranquilidad del paciente y su pronta recuperación.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia cuando las enfermeras, médicos o paramédicos retiran las pertenencias de los pacientes y termina cuando se archiva el formato de control de pertenencias debidamente requisitado o cuando el jefe administrativo de Unidad resguarda artículos de valor que nunca se recogieron por parte de los pacientes o familiares.

Áreas que intervienen:

Auxiliares Clínicos para la Atención Médica (Trabajo Social y Enfermería), jefe administrativo de unidad y paramédicos de la Área de Atención Prehospitalaria.

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. Cuando un paciente se deriva a otra institución, se debe enviar el original del Resguardo de pertenencias para recabar la firma y sello de quien recibe en dicha institución, para ello, Trabajo social conservará una copia del resguardo hasta que el paramédico entrega el original debidamente requisitado.
3. Trabajo social tiene la responsabilidad de tirar la ropa que no fue solicitada después de 5 días hábiles después de que un paciente falleció o que se haya dado de alta de la institución y los demás artículos, los entregará al jefe administrativo de Unidad hasta su destino final.
4. El responsable del jefe administrativo de unidad, conservará en custodia los artículos no reclamados hasta su disposición final (dicha disposición, debe estar debidamente documentada).
5. Los pacientes que hagan del conocimiento a trabajo social de que "no entreguen sus pertenencias" a ninguna persona, pese a que ésta sea un familiar o esposa, el personal de trabajo social deberá respetar dicha decisión a excepción de fallecimiento del paciente o en caso médico legal.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	008OE-CV_001 Manual de organización específico de Unidad Médica de Urgencias
Funciones	

1.0 Unidad Médica de Urgencias

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 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 Jefe Administrativo

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

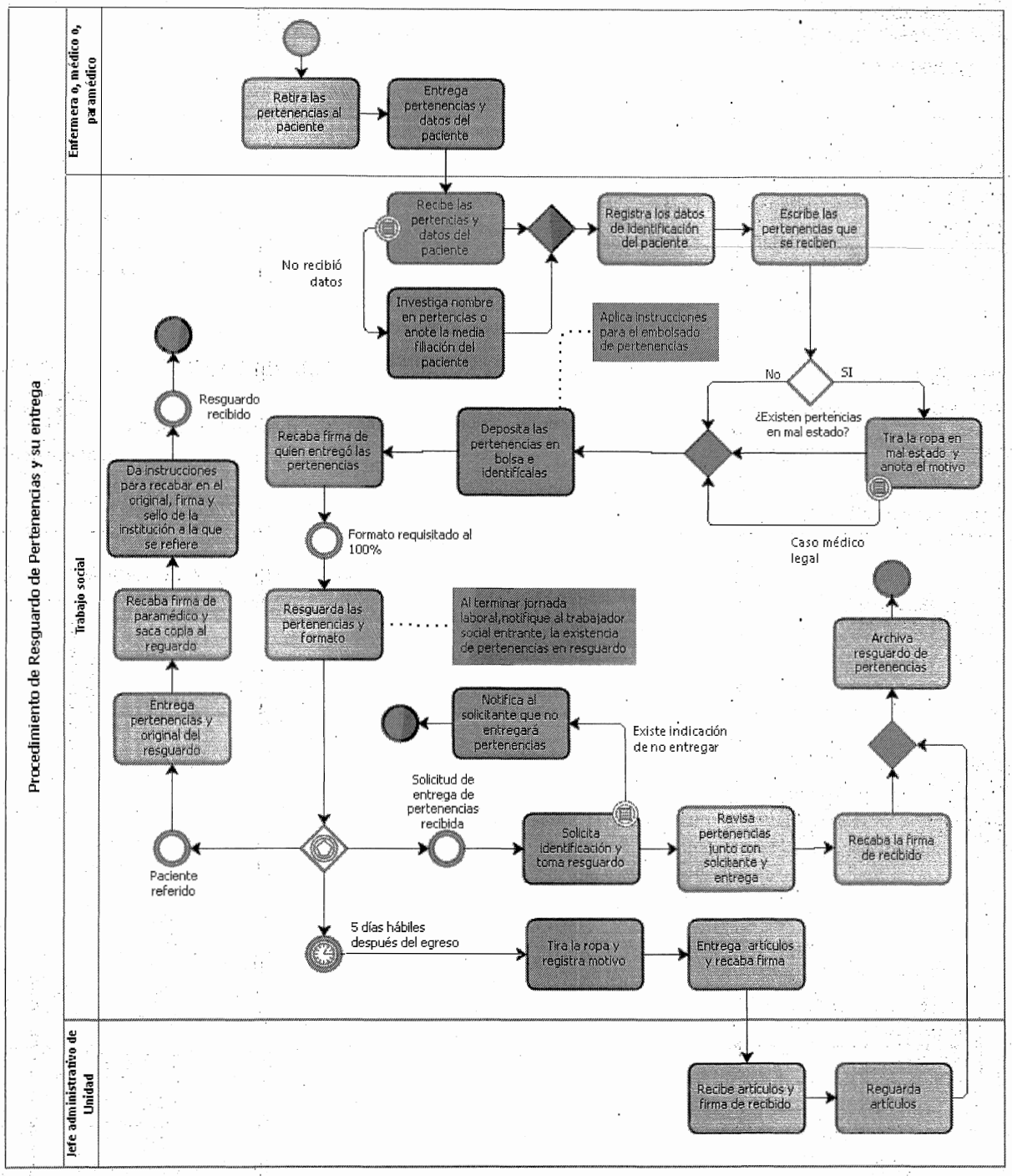
1.2.2. Urgencias

k). Custodiar las pertenencias de los pacientes con el apoyo del personal de Trabajo Social.

1.2.3. Hospitalización

g). Custodiar las pertenencias de los pacientes con el apoyo del personal de Trabajo Social.

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



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
1.	Enfermera, Médico o Paramédico	Retira las pertenencias al paciente
2.	Enfermera, Médico o Paramédico	Entrega pertenencias y datos del paciente a personal de Trabajo Social para su debido resguardo.
3.	Trabajo Social	Recibe las pertenencias y anota los datos del paciente en el formato de **"Resguardo de Pertenencias"** (Ver anexo 01 y 02) **Nota:** Si sucediera que el personal de Enfermería, Médico o Paramédico no entregan los datos, investiga entre las pertenencias recibidas, alguna credencial o documento que pueda identificar al paciente o anota la media filiación del paciente en el espacio correspondiente, si se desconoce el nombre.
4.	Trabajo Social	Registra en el formato **"Resguardo de Pertenencias"** los datos del paciente o media filiación según sea el caso.
5.	Trabajo Social	Escribe además las pertenencias recibidas, el tipo de ropa, accesorios, artículos varios y dinero/cheques.
6.	Trabajo Social	Verifica si las pertenencias están en mal estado **¿Pertenencias en mal estado?** / **Entonces** Sí: Desecha la ropa en mal estado y anota el motivo por el que se desechan. **Nota:** Si se tratará de un caso médico legal, no realice esta actividad y **continua la actividad siguiente** No: **Continua la actividad siguiente**
7.	Trabajo Social	Deposita las pertenencias en las bolsas e identifícalas, con base a las "Instrucciones para el embolsado de pertenencias" (ver anexo 03)
8.	Trabajo Social	Recaba la firma de quien le entrego las pertenencias (Enfermera, Médico o Paramédico) en el espacio correspondiente del formato de **"Resguardo de Pertenencias"**, con esta acción el formato queda requisitado al cien por ciento.
9.	Trabajo Social	Resguarda las pertenencias en el área de trabajo social, en un lugar de donde las esté observando constantemente. **Nota:** Al término de tu jornada laboral, notifique al trabajador social entrante, la existencia de pertenencias en resguardo, para que esté al pendiente de la custodia y su entrega.
10.	Trabajo Social	A partir de este momento pueden suceder tres acciones, para ello, proceda de acuerdo a la situación que se presente con base en la siguiente tabla: **Situación** / **Entonces** Reciba solicitud de entrega de pertenencias. / **Continúa en la actividad 11** Cinco días hábiles trascurridos después del egreso. / **Continúa en la actividad 14.** Paciente referido / **Continúa en la actividad 18**

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
11.	Trabajo Social	Solicita identificación oficial de la persona que recoge las pertenencias y toma el resguardo de pertenencias. **Nota:** Si llegara a suceder que en el apartado de observaciones existiera alguna restricción de entrega, entonces, notifica al solicitante que no puede entregar las pertenencias por indicaciones del paciente. **Fin del procedimiento**
12.	Trabajo Social	Revisa pertenencias junto con el solicitante y al término, recaba la firma del peticionario en el **"Resguardo de Pertenencias"** original
13.	Trabajo Social	Entrega pertenencias y archiva "Resguardo de pertenencias". **Fin del procedimiento.**
14.	Trabajo Social	Tira la ropa y registra el motivo en el espacio de observaciones de entrega de pertenencias del **"Resguardo de Pertenencias".**
15.	Trabajo Social	Entrega los artículos de valor al jefe administrativo de Unidad Médica de Urgencias y recaba firma de recibido.
16.	Jefe Administrativo de Unidad	Recibe artículos y firma de recibido en el **"Resguardo de Pertenencias"** original y entrega a Trabajo Social.
17.	Trabajo Social	Recibe y archiva el "Resguardo de pertenencias". **Fin del procedimiento.**
18.	Trabajo Social	Entrega pertenencias al paramédico, recaba firma en el **"Resguardo de Pertenencias"** y saca copia fotostática del mismo.
19.	Trabajo Social	Entrega el original del resguardo de pertenencias al paramédico y da las instrucciones necesarias para recabar la firma de quien recibe y el sello de la institución a la que se refirió el paciente.
20.	Paramédico	Una vez requisitado al cien por ciento el "Resguardo de pertenencias" lo entrega a la Trabajadora Social
21.	Trabajo Social	Recibe original, destruye copia y archiva el "Resguardo de pertenencias". **Fin del procedimiento.**

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		
• LTS Olivia Graciela Ruvalcaba Chavira • LTS María Guadalupe Cruz Ramírez • LTS Carolina Arias Díaz	• LTS Violeta Muñoz Rosales • LTS Karla Daniela Ávila Ruíz • LTS Enriqueta Palafox de la Fuente	

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Media filiación	Es la descripción precisa de los diversos rasgos del paciente que ingresa a la unidad médica.
Resguardo	Es la acción de tener bajo protección de la institución las pertenencias del paciente que lo requiera durante su estancia.
Pertenencias	Son las cosas con cuenta o trae un paciente (ropa, accesorios, artículos varios y dinero) que recibe Trabajo Social de un paciente sin familiar, que ingresa a urgencias u hospitalización.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
008OE-CV_001	Manual de organización específico de unidad médica de urgencias.

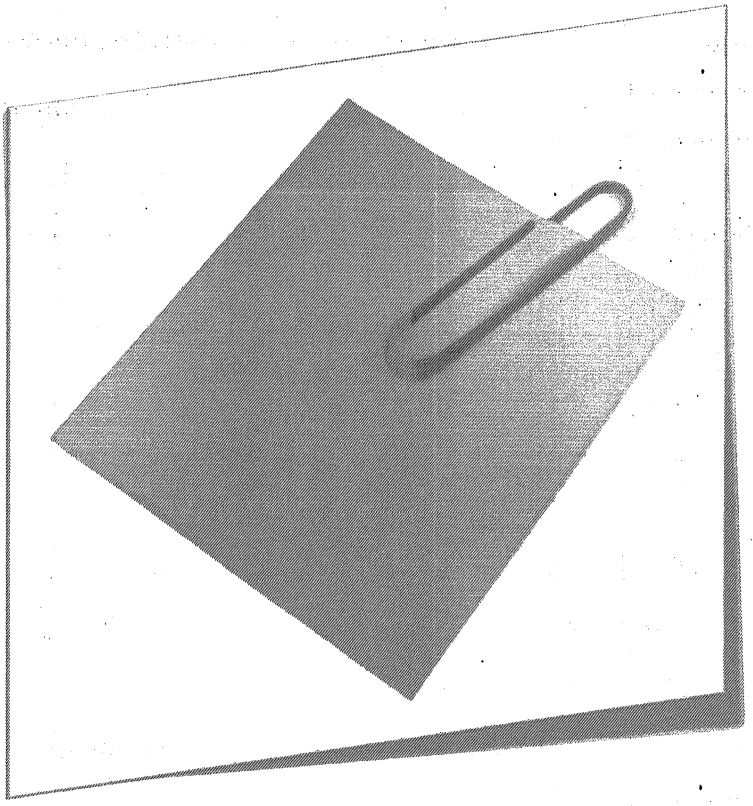
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N. A.	Anexo 01 Resguardo de Pertenencias
N. A.	Anexo 02 Instructivo de llenado del formato Resguardo de Pertenencias
N. A.	Anexo 03 Instrucciones para el embolsado de pertenencias

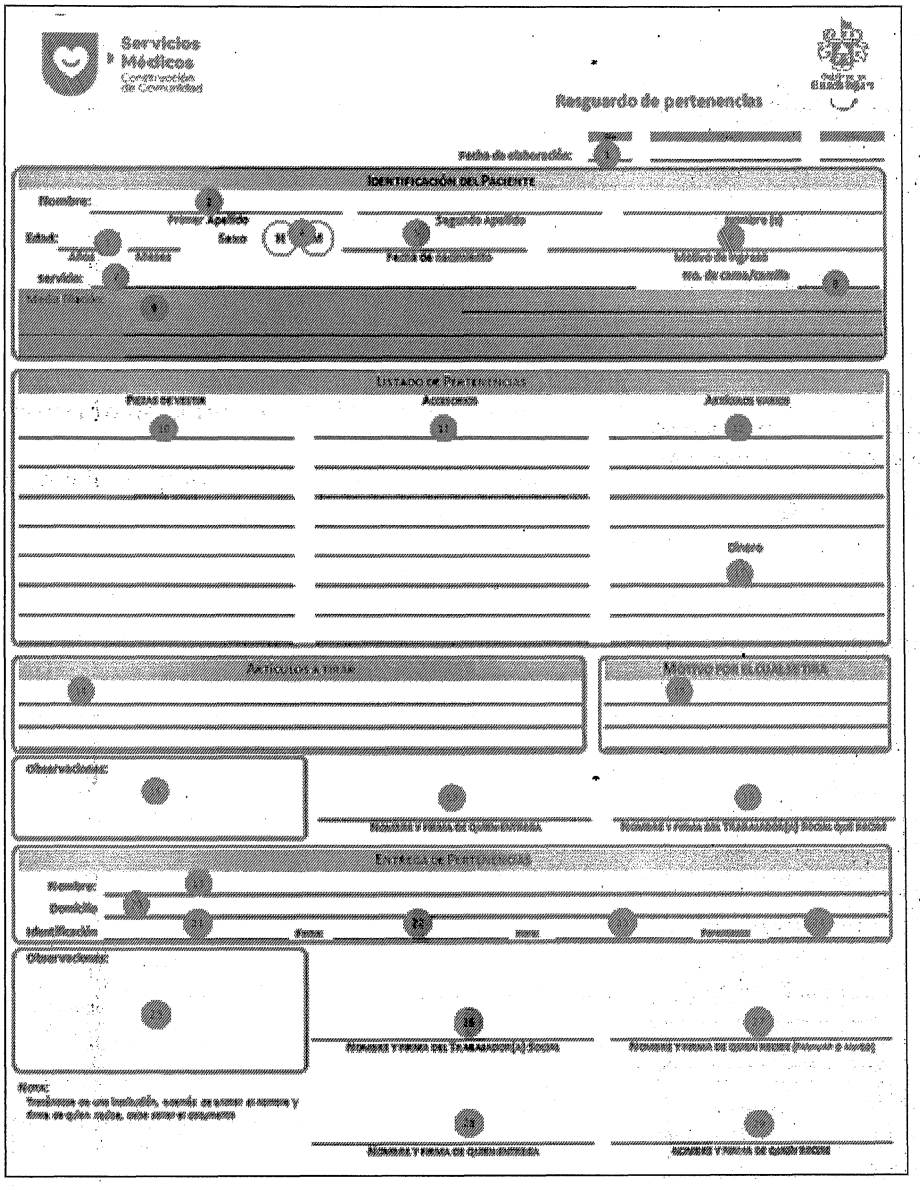
11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	31 de julio del 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Anexo 01: Resguardo de pertenencias
Anverso



Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Resguardo de pertenencias

Fecha de elaboración:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: Primer Apellido Segundo apellido

Edad: Años Meses Sexo: M F Fecha de nacimiento Número (s)

Servicio: Motivo de ingreso Fecha de consultorio

Medio Ingreso

LISTADO DE PERTENENCIAS

PRENDAS DE VESTIR AUDITIVOS AUTOMÓVIL VARIOS

Otros

ARTÍCULOS A TIRAR MOTIVO POR EL CUAL SE TIRA

Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR(A) SOCIAL QUE RECIBE

ENTREGA DE PERTENENCIAS

Nombre:

Dirección:

Identificación Fecha: Hora: Parentesco:

Observaciones:

NOMBRE Y FIRMA DEL TRABAJADOR(A) SOCIAL NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE (Familiar o Amigo)

Nota:
Tratándose de una institución, cuando se quiere el nombre y firma de quien recibe, este debe ir completo

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN ENTREGA NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE

Reverso

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Resguardo de pertenencias

Gobierno de Guadalajara

Seguimiento de Pertenencias

1 Nombre y firma de quien entrega	2 Nombre y firma de quien recibe
3 Nombre y firma de quien entrega	4 Nombre y firma de quien recibe
5 Nombre y firma de quien entrega	6 Nombre y firma de quien recibe
7 Nombre y firma de quien entrega	8 Nombre y firma de quien recibe

Anexo 02: Instructivo de llenado del formato de resguardo de pertenencias

No.	Concepto	Descripción
1	**Fecha de elaboración**	Escribe el día, mes y año en que se realizó el resguardo. Ejemplo: 13/Marzo/17
2	**Nombre**	Anota el nombre del paciente por orden: primer apellido, segundo apellido y por último el o los nombres que tengan
3	**Edad**	Registra los años cumplidos.
4	**Sexo**	En este punto existen dos círculos dentro de cada uno de ellos hay una letra la "H" que significa hombre y una "M" que significa mujer, dicho lo anterior marca con una cruz según corresponda al sexo del paciente.
5	**Fecha de nacimiento**	Si el paciente está consciente y puede proporcionar datos o se cuenta con alguna identificación donde se obtenga el dato, se anota la fecha de nacimiento empezando por el día, mes y año. Ejemplo: 10/Mayo/1960
6	**Motivo de ingreso**	En este espacio debe anotar el motivo por el paciente ingreso el paciente al área de urgencias o el diagnostico proporcionado por el médico.
7	**Servicio**	Escribe el nombre del área o servicio en el que se encuentra el paciente.
8	**Cama o camilla**	Escribe en este espacio el número de cama o camilla asignado al paciente.
9	**Media filiación**	Si el paciente está registrado como NN o no proporciona datos debe anotar en este espacio la media filiación. (Estatura, tez de la piel, ceja, nariz, cabello, complexión, color de ojos, boca, labios, tipo de cabello y señas particulares).
10	**Piezas de vestir**	Anota en este espacio las prendas que trae el paciente y que recibe trabajo social. Ejemplo: camisa de vestir azul marino, pantalón de mezclilla negro, camiseta blanca)
11	**Accesorios**	Registra los accesorios que trae consigo el paciente y son recibidos por trabajo social. Ejemplo: Fajo negro de piel, reloj color negro y cachucha azul marino.
12	**Artículos varios**	Registra los artículos que recibe trabajo social del paciente. Ejemplo: Mochila escolar negra con artículos de trabajo: martillo y cuchara de albañil.
13	**Dinero**	Escribe en este espacio la cantidad exacta de dinero que recibe trabajo social por parte del paramédico, enfermera o el mismo paciente. Nota: En caso de que el paciente traiga consigo cheques se registran en este mismo espacio.
14	**Artículos a tirar**	Si los artículos de vestir están en mal estado o que se encuentren desgarrados se desechan a la basura. Describiendo las prendas que se han desechado. Nota: Si el caso es médico legal, ver el anexo 3 y entrega a personal del ministerio público.

15	**Motivo por el cual se tira**	Escribe los motivos por el cual se tiran las piezas de vestir.
16	**Observaciones**	Anota si el paciente autoriza que sus pertenencias sean entregadas a algún familiar/conocido, o de no entregar a nadie hasta que el paciente las solicite.
17	**Nombre y firma de quien entrega**	Anota el nombre de quien entrega las pertenencias a trabajo social y solicita que firme en el espacio asignado.
18	**Nombre y firma de quien recibe**	Escribe tu nombre y firma autógrafamente sobre la línea correspondiente.
19	**Nombre**	Anota el nombre del familiar/conocido del paciente comenzando con el primer apellido, segundo apellido y por ultimo nombre (s).
20	**Domicilio**	Escribe sobre la línea el domicilio completo de la credencial de elector a quien se le va a entregar las pertenencias.
21	**Identificación**	Plasma el nombre de la identificación que proporciono el familiar, amigo o acompañante.
22	**Fecha**	Registra la fecha en la cual se entregan las pertenencias al familiar, acompañante o al mismo paciente.
23	**Hora**	Anota la hora en la cual fueron entregadas las pertenencias.
24	**Parentesco**	Escribe el parentesco que tiene el solicitante con el paciente.
25	**Observación**	Si el paciente es trasladado a un tercer nivel o a institución asistencial, anota en este espacio el lugar al que será derivado así como la fecha. Si el paciente fallece o egresa de la unidad y no recoge sus pertenencias, se debe anotar tal situación en este espacio. Si el paciente fue trasladado y no se mandaron sus pertenencias
26	**Nombre y firma del trabajador social**	Escribe tu nombre y firma autógrafamente sobre la línea correspondiente, al realizar la entrega de las pertenencias.
27	**Nombre y firma de quien recibe**	Solicita que anote y firme autógrafamente sobre la línea correspondiente, familiar o amigo que recibe las pertenencia o el mismo paciente. Deja el espacio en blanco en caso de que nadie solicite las pertenencias.
28	**Nombre y firma de quien entrega**	Cuando el paciente es trasladado a un tercer nivel o albergue asistencial, solicita al paramédico escriba su nombre y firme autógrafamente sobre la línea correspondiente.
29	**Nombre y firma de quien recibe**	En caso de que el paciente fallezca y nadie reclame las pertenencias después de cinco días, los accesorios, artículos de valor y dinero, estos serán entregados al jefe administrativo de unidad, solicita que escriba su nombre y firme autógrafamente sobre la línea correspondiente.

Anexo 03: Instrucciones para el embolsado de pertenencias

1.- Separa de las pertenencias en piezas de vestir, accesorios y artículos varios.

2.- Coloca todas las piezas de vestir en una bolsa transparente.

Nota: En caso de tratarse de un asunto médico legal, debe incorporar en bolsa de papel, cada prenda e identificarla y engraparla para cerrar.

Caso ordinario

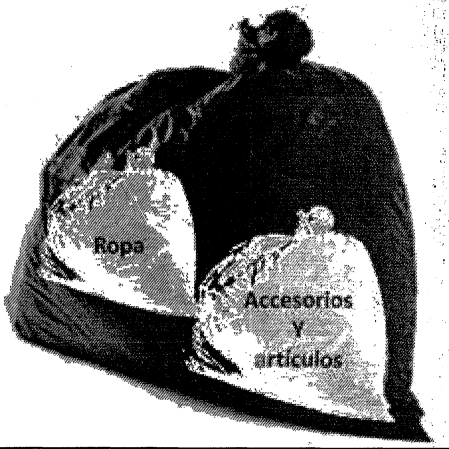
Caso médico legal

3.- Cierra con cinta adhesiva la bolsa de las prendas de vestir e identifícala con los siguientes datos: Nombre del paciente, servicio, tipo de artículos y fecha.

4.- Coloque todos los accesorios y artículos varios en otra bolsa transparente, ciérrala con cinta adhesiva e identifícala con los siguientes datos: Nombre del paciente, servicio, tipo de artículos y fecha.

5.- Incorpore ambas paquetes, en una bolsa color negro o transparente

6.- Ciérrala bolsa con cinta adhesiva e identifícala con los siguientes datos: Nombre del paciente, servicio y fecha.



Gobierno de Guadalajara

Procedimiento de camillería

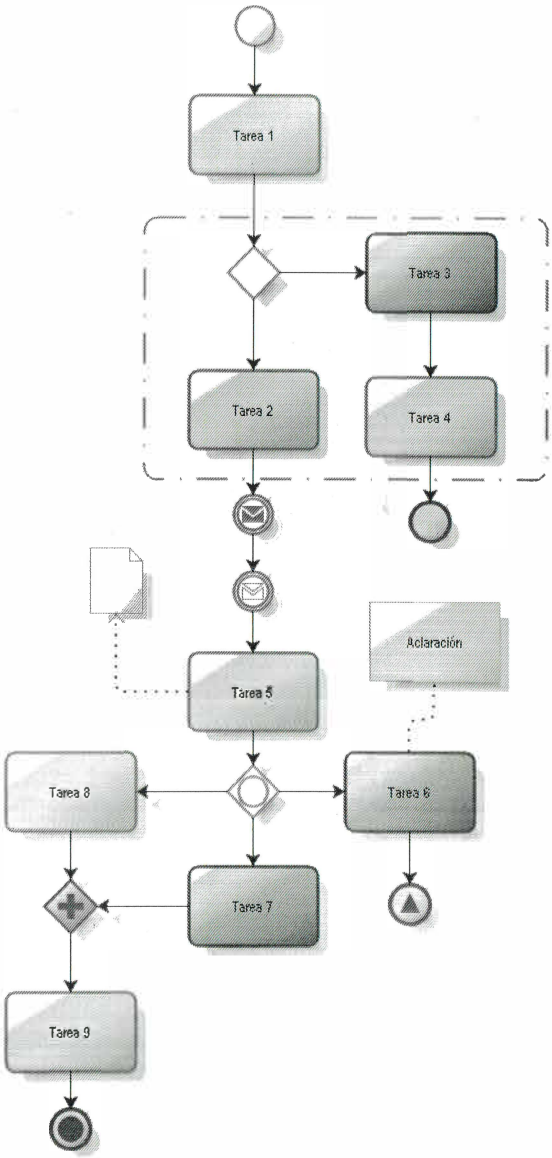
Clave: 038P-CV_002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias

Subdirección de Servicios Administrativos

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo. DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Gobierno de Guadalajara

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 038 Procedimiento de camillería

NOMBRE
C. SAÚL TERCERO MADRIGAL CARDONA

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

1.- OBJETIVO

Realizar traslados de pacientes en camilla, silla de ruedas entre las diversas áreas de la unidad médica de urgencias por por alta del usuario, todo con la mayor seguridad posible.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia cuando el Camillero recibe la solicitud de apoyo para trasladar un paciente o un cadáver y termina cuando el paciente es trasladado al área que señalaron o, cuando un cadáver es depositado en el área de descanso.

Áreas que intervienen:

Coordinación de Logística Administrativa.

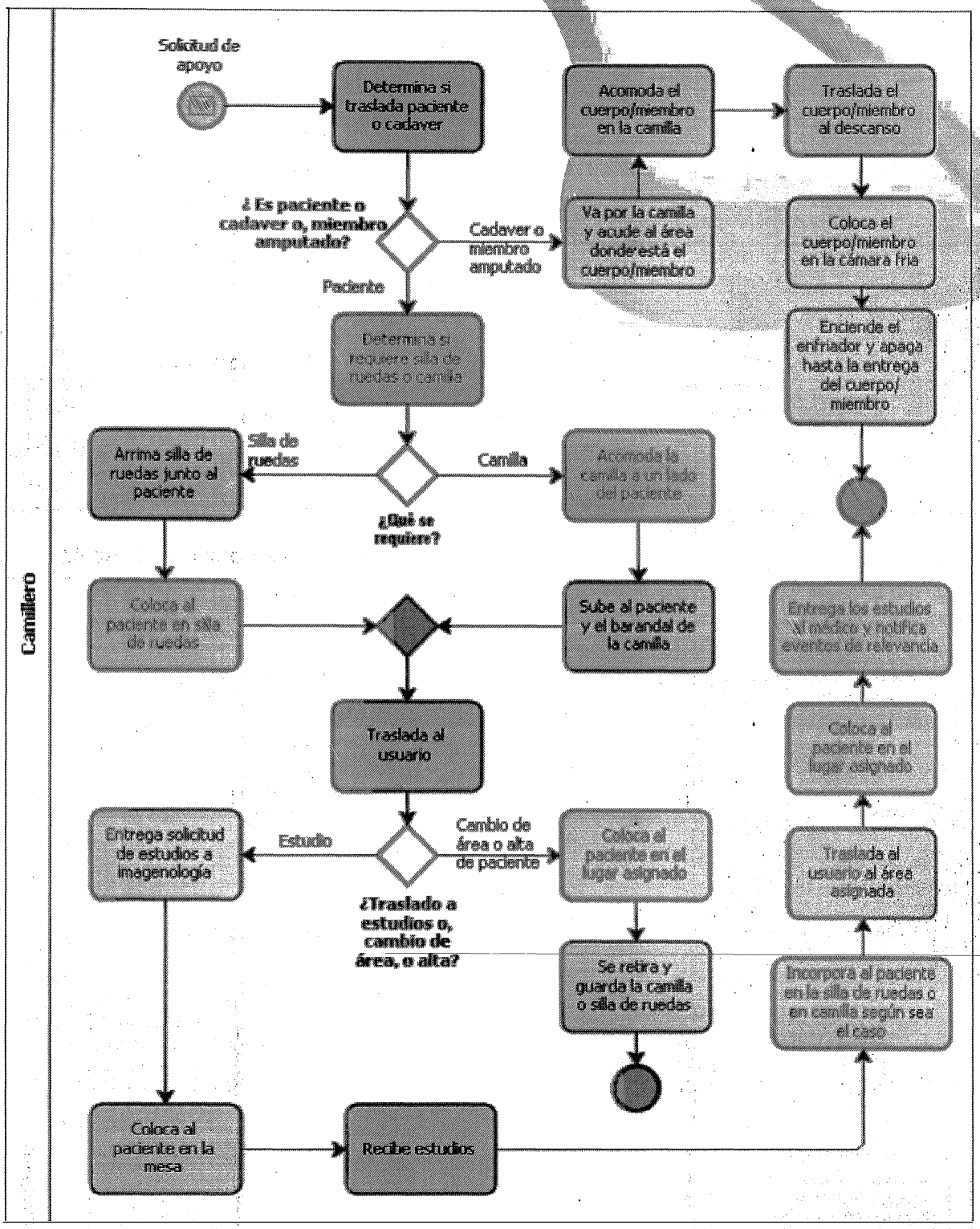
3.- REGLAS DE OPERACIÓN

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 del personal que requiera de un traslado de camillería, solicitar el servicio a personal de camillería de la Coordinación de Logística Administrativa.
3. Es responsabilidad de los camilleros, el trasladar a los pacientes con la mayor seguridad posible, para lo cual, debe aplicar todas las medidas de seguridad para tal fin.
4. Todo Camillero debe mantener encendida la refrigeración del área de descanso (cámara fría), siempre y cuando exista un cadáver o miembro amputado, ello para mantenerlo en óptimas condiciones.
5. El personal de camillería, tiene la responsabilidad de trasladar pacientes, cadáveres o miembros amputados.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	
Funciones	

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



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
1.	Camillero	Recibe solicitud de apoyo para traslado e indicaciones de dónde se encuentra el paciente o cadáver **Nota** El apoyo que se reciba, puede consistir en trasladar un paciente para la toma de algún estudio o, para traslados de área o, para el traslado de paciente por alta, o bien, para mover un cadáver hacia al área de descanso.
2.	Camillero	Determina si el servicio a realizar es para trasladar un paciente o un cadáver **¿Es paciente o cadáver?** / **Entonces** Paciente: **Aplica actividad siguiente** Cadáver o miembro amputado: Va por la camilla y acude al área donde se encuentra el cuerpo/miembro. **Continúa en la actividad 14**
3.	Camillero	Determina si para el servicio a realizar requiere de camilla o silla de ruedas **¿Requiere camilla o silla de ruedas?** / **Entonces** Camilla: Acomoda la camilla a un lado de donde se encuentra el paciente a trasladar y sube el barandal de la camilla para evitar que el paciente se vaya a caer. **Continúa en la actividad siguiente** Silla de ruedas: Arrima la silla de ruedas junto al paciente que va a trasladar y coloca al paciente con el debido cuidado. **Continúa en la actividad siguiente**
4.	Camillero	Traslada al paciente a donde se le indicó, ya sea para toma de estudios o para cambio de área **¿A donde lo envía?** / **Entonces** Cambio de área Traslado por alta: **Aplica actividad siguiente** Estudios: **Continúa en la actividad 7**
5.	Camillero	Coloca al paciente en el lugar que se le asignó o a las afueras de la unidad si el paciente se va por alta, todo con el cuidado suficiente para no hacerle daño o no lastimarlo
6.	Camillero	Retírate y coloca la camilla o silla de ruedas en su lugar y espere el siguiente traslado **Fin de procedimiento**
7.	Camillero	Entrega la solicitud de estudios al encargado de imagenología o de análisis clínicos
8.	Camillero	Coloca al paciente donde le indique el responsable del laboratorio
9.	Camillero	Recibe los estudios del paciente y llévalos a quien te los solicitó
10.	Camillero	Incorpora al paciente en la silla de ruedas o camilla según sea el caso
11.	Camillero	Traslada al usuario o paciente al área asignada
12.	Camillero	Coloca al paciente en el lugar asignado con el cuidado suficiente para no hacerle daño o no lastimarlo
13.	Camillero	Entrega los estudios (si cuenta con ellos), a quien te solicitó el servicio y notifica, si hubiera sucedido algún evento de relevancia que deba ser informado, dicha eventualidad. **Fin de procedimiento**

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
14.	Camillero	Va por la camilla y acude al área donde se encuentra el cuerpo (cadáver) o miembro amputado
15.	Camillero	Acomoda el cuerpo en la camilla; si es un miembro amputado, acomódalo ya sea en la camilla o en otra cosa para transportarlo. **Nota:** El cadáver debe de estar empaquetado en bolsa viajera, o en su defecto, envuelto en sábanas; además en ambos casos, el cadáver tiene que estar debidamente identificado.
16.	Camillero	Traslada el cadáver o miembro amputado al área de descanso con los cuidados correspondientes
17.	Camillero	Coloca el cuerpo o miembro amputado en la cámara fría
18.	Camillero	Enciende el enfriado para evitar la descomposición acelerada del cadáver o del miembro amputado. **Fin de procedimiento** **Nota:** La cámara fría debe quedar encendida hasta el momento de la entrega del cadáver.

7.- COLABORADORES:

Personal de la unidad que colaboró en la documentación
• Sr. Madrigal Cardona Saúl Tercero

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Traslado	Es la acción de llevar de un lugar a otro a un enfermo, herido o cadáver
Camillería	Es el proceso mediante el cual, un camillero lleva a enfermos, heridos o cadáveres a distintas áreas o servicios de la Unidad Médica de Urgencias.
Cámara fría	Área temporal de descanso destinada a la conservación de cadáveres para evitar la pronta descomposición del cuerpo

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
008OE-CV_001	Manual de organización específico de Unidad Médica de Urgencias.

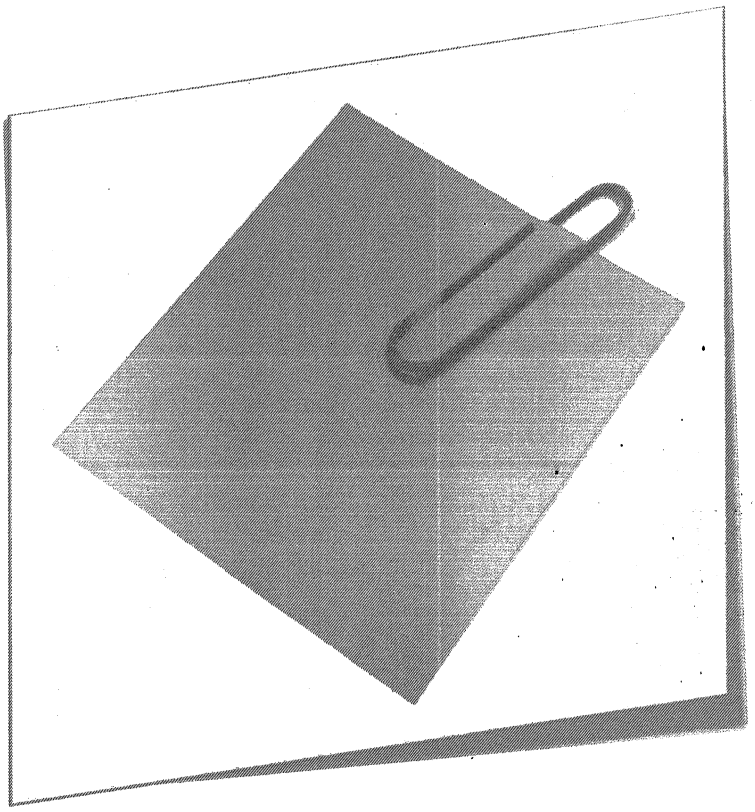
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	31 de julio del 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Gobierno de Guadalajara

Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado

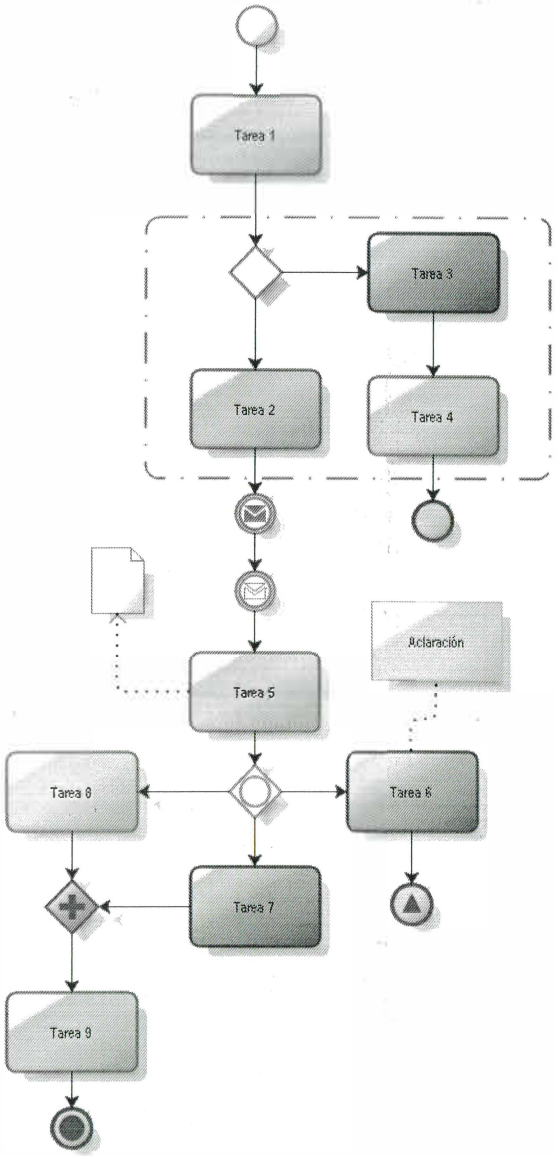
Clave: 039P-CV_001

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencia

Auxiliares Clínicos para la Atención Médica

"Trabajo Social"

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo. DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales

Gobierno de Guadalajara

Personal que participó en la elaboración del Manual de Procedimientos 039 Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado.

NOMBRE
L.T.S. SOCORRO QUINTERO CORDERO
L.T.S. VILOLETA MUÑOZ ROSALES
LTS. MARÍA MACÍAS LÓPEZ
LTS. KARLA DANIELA ÁVILA RUIZ

Servicios Médicos
Construcción de Comunidad

Subdirección de Planeación, Innovación y Evaluación
H. Ayuntamiento de Guadalajara
2021-2024

ÍNDICE

1.- OBJETIVO

El objetivo busca tres vertientes:

1.- Agilizar y hacer más eficiente la entrega de cadáveres o miembros amputados a los familiares o responsables del paciente fallecido,

2.- Orientar a los familiares para la realización de trámites en otras instituciones de gobierno.

3.- Acompañar a los familiares para el reconocimiento del cuerpo del finado.

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

El procedimiento inicia cuando recibe la notificación de un deceso o de alguna amputación de miembro por parte del Médico tratante y termina cuando el trabajador(a) social archiva el documento que surgió del proceso (Entrega de cadáver/Miembro amputado).

Áreas que intervienen:

Auxiliares Clínicos para la Atención Médica (Trabajo Social), Hospitalización y 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 del Trabajador Social hacer la entrega del formato del Certificado de defunción al médico que lo vaya a expedir, asimismo solicitarle que realice el llenado del libro de registro de certificados.

3. Es responsabilidad del trabajador social hacer la entrega del Certificado de defunción al familiar que realizara el trámite correspondiente ante la funeraria que hayan contratado, una vez que se hayan acreditado con alguna identificación oficial con fotografía, o en su caso de anotar los datos del policía investigador del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses que cubre el servicio.

4. Todo Médico Tratante, tiene la responsabilidad de elaborar los certificados de defunción debidamente requisitados y apegados a los datos generales del acta de nacimiento del paciente que falleció, así como, la de justificar por escrito, el motivo por el cual cancela algún certificado de defunción con errores.

5. El Trabajador Social en turno debe comparar que los datos del libro de registro de Certificados de defunción estén totalmente requisitados, anexando al formato de entrega de cadáver, copia fotostática del Certificado de defunción.

6. El Trabajador Social debe llenar el formato de "Entrega del Cadáver/Miembro amputado" y recabar en el mismo, el nombre y firma de la persona que lo recibe.
7. El personal de Trabajo Social, es el único responsable de realizar la entrega del cadáver al personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses o al personal de la funeraria contratada por los familiares, amigos o conocidos.
8. Aquellos dolientes que soliciten apoyo por carecer de solvencia para el trámite funerario, Trabajo Social debe orientar, elaborar un formato de SICATS (Derivación del Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social) y derivar al Instituto Jalisciense y Asistencia social.
9. Para las partes corporales de las extremidades que sean amputadas y tenga un peso menor a 500 grs., deberán desecharse en los depósitos de RPBI y para miembros amputados igual o mayor de 500 grs., el médico tratante es el responsable del inicio del presente procedimiento.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	008OE-CV_001 Manual de organización específico de Unidad Médica de Urgencias

Funciones

1. Unidad Médica de Urgencias

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.

1.01 Registros Médicos, Estadística y TIC's

g) Realizar, en coordinación con trabajo social, los trámites necesarios, incluyendo el llenado y flujo de los formatos, para la admisión y el alta de los pacientes.

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.

1.03 Logística Administrativa

i) Vigilar el buen manejo de residuos biológicos e infecciosos y estar al pendiente de la recolección de los residuos.

1.2 Servicios de Atención Médica

h) Mantener notificado debidamente al ministerio público cuando el caso implique responsabilidad legal, en coordinación con el personal de trabajo social para dar información en tiempo y forma.

l) Promover el trabajo en equipo y la comunicación asertiva entre las diferentes áreas de la unidad para lograr su interrelación funcional óptima.

o) Verificar, el adecuado enlace de turnos en las áreas para la entrega y recepción de materiales, pacientes y ambulancias.

1.2.2 Urgencias

d) Proporcionar información completa a familiares y pacientes, sobre el procedimiento, diagnóstico tratamiento y riesgos, así como conseguir firma de consentimiento informado.

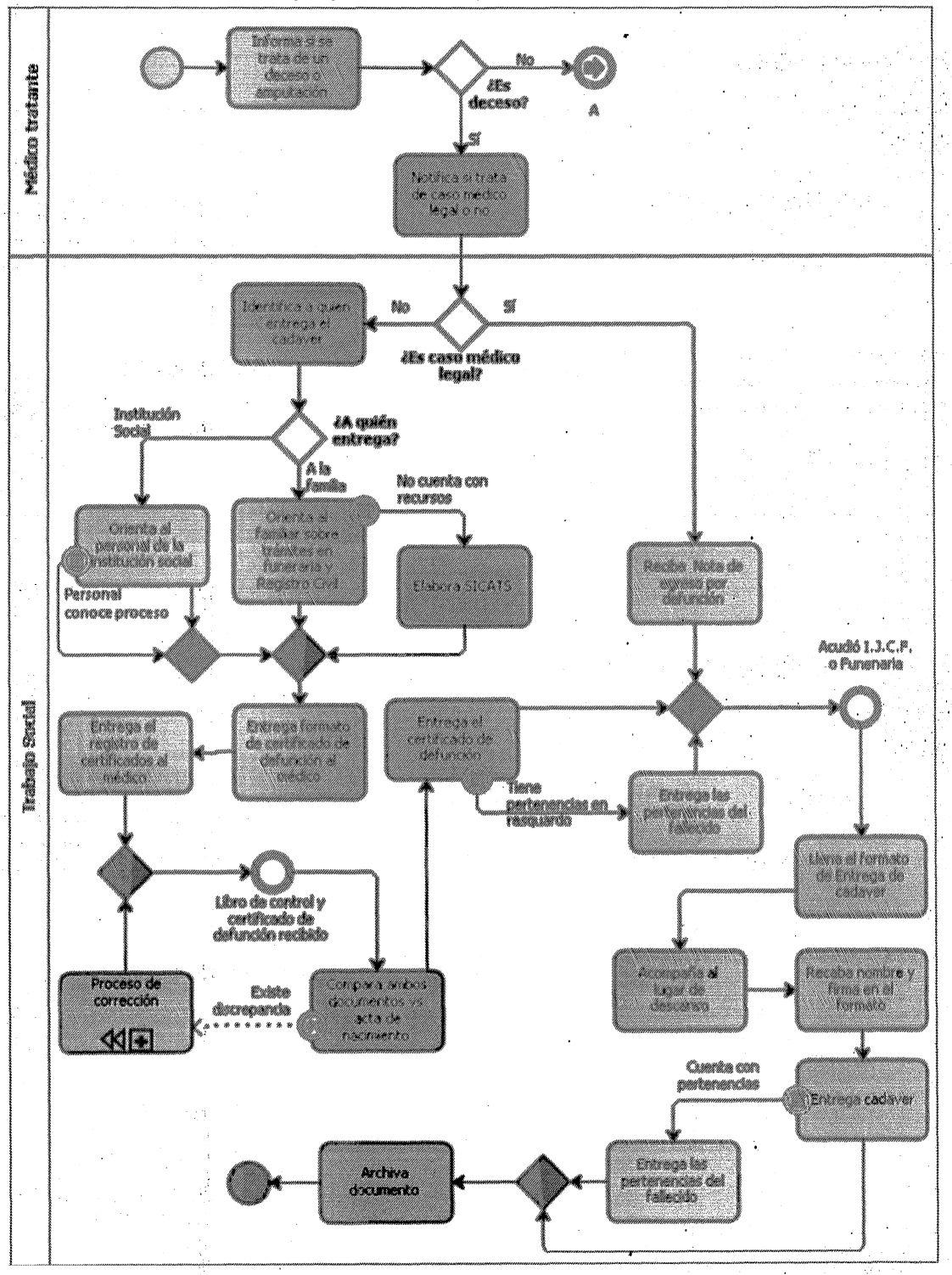
i) Solicitar apoyo al área de Trabajo Social. Cuando el caso sea médico legal para mantener informado al ministerio público.

1.3.2 Auxiliares Clínicos para la Atención Médica

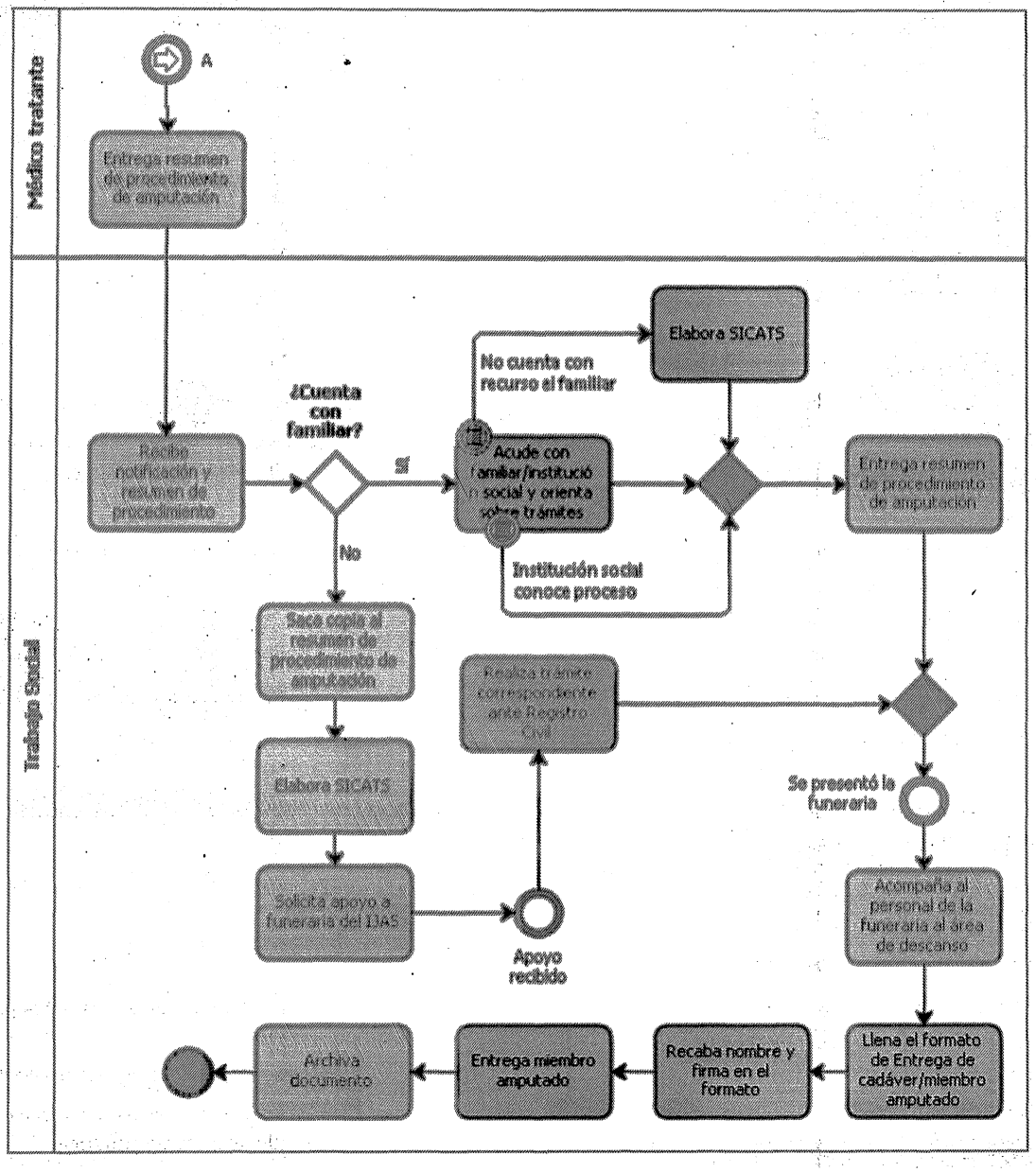
a) Orientar e informar sobre el procedimiento e intervención especializada para su atención.

q) Proporcionar información y orientación a familiares y pacientes de forma clara y oportuna.

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



Continuación del modelado



6.- DESARROLLO:

<table>
<tr><th>No. Act.</th><th>Responsable</th><th>Descripción detallada de la actividad</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>Médico tratante</td><td>Informa al personal de Trabajo Social sobre el deceso del paciente o amputación de miembro informa si se trata o no de un caso médico legal.
<table>
<tr><th>¿Es deceso?</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>Sí</td><td>Continua en la actividad siguiente</td></tr>
<tr><td>No</td><td>Continua en la actividad 23</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2.</td><td>Médico tratante</td><td>Notifica si se trata de un caso médico legal o no.

Nota:
Si es caso médico legal, el médico debe elaborar la “Nota médica de egreso por defunción” (ver anexo 01)</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Trabajo Social</td><td>Identifica si es caso médico legal
<table>
<tr><th>¿Es caso médico legal?</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>Sí</td><td>Continua en la actividad siguiente</td></tr>
<tr><td>No</td><td>Continua en la actividad 11</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Trabajo Social</td><td>Recibe “Nota de egreso por defunción”</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Trabajo Social</td><td>Espera el arribo del personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.</td></tr>
<tr><td>6.</td><td>Trabajo Social</td><td>Llena el formato de “Entrega de Cadáver/Miembro amputado” (ver anexo 02 y 03)

Nota:
Solicita copia de alguna identificación oficial con fotografía y copia del Acta de Nacimiento del finado (a), así como de la persona que quedará registrada que identifico el cadáver.</td></tr>
<tr><td>7.</td><td>Trabajo Social</td><td>Acompaña a los agentes del IJCF al área de descanso, para que se enteren, cuál es el cuerpo que deben de trasladar a sus instalaciones.</td></tr>
<tr><td>8.</td><td>Trabajo Social</td><td>Recaba el nombre y la firma del personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses en el formato de “Entrega de Cadáver/Miembro amputado” (ver anexo 02 y 03)</td></tr>
<tr><td>9.</td><td>Trabajo Social</td><td>Entrega el cadáver a la persona que firmo el formato de “Entrega de cadáver/miembro amputado”

Nota:
Si sucediera que el fallecido tenía pertenencia en poder de Trabajo social, éstas se deben entregar al IJCF con apego al “Procedimiento para el “Resguardo de pertenencias y su entrega” (037P-CV)</td></tr>
<tr><td>10.</td><td>Trabajo Social</td><td>Archiva el documento que resulta como evidencia del presente procedimiento.

Fin de procedimiento.</td></tr>
<tr><td>11.</td><td>Trabajo Social</td><td>Determina a quien le entrega el cadáver
<table>
<tr><th>¿A quién entrega?</th><th>Entonces</th></tr>
<tr><td>Familia</td><td>Continua en la actividad siguiente</td></tr>
<tr><td>Institución social</td><td>Orienta al personal de la institución social, sobre los trámites en funerarias y registro civil, informa sobre los documentos que van a necesitar para los trámites legales. Continua en la actividad 13

Nota:
Si sucediera que el personal de la institución ya conoce el proceso, suspenda esta actividad y continua en la actividad 13</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
12.	Trabajo Social	Orienta a los familiares o responsables del fallecido, sobre los trámites en funerarias y registro civil, informa sobre los documentos que van a necesitar para los trámites legales (acta de nacimiento, identificación oficial con fotografía y CURP; de la persona que falleció), asimismo, la identificación oficial con fotografía de quien se acredita como familiar/responsable directo del finado. **Nota:** Si sucediera que los familiares o el responsable del fallecido, no cuenta con los recursos económicos suficientes, debe elaborar el formato de **"Derivación del Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)"** (ver anexo 04) y entrégaselo junto con la instrucciones necesarias para obtener apoyo ante el Instituto Jalisciense de Asistencias Social (IJAS).
13.	Trabajo Social	Entrega del formato de "Certificado de defunción" al Médico tratante, para su respectiva elaboración junto con el "Libro de registro de certificados de defunción"
14.	Médico tratante	Recibe ambos documentos y llena el **"Certificado de defunción"** (ver anexo 05 y 06) y el **"Libro de registro de certificados de defunción"** (ver anexo 07 y 08) y los entrega a Trabajo social **Nota:** Si sucediera que trabajo social le regrese algún documento por no coincidir con datos generales del paciente, el Médico tratante debe: • Cancelar los documentos con error, • Volver a elaborar los documentos con datos equivocados • Regresar los documentos a Trabajo Social, y si entre los documentos con discrepancia es el certificado médico, entonces debe anexar una nota (en hoja aparte) en donde se explique el motivo del error.
15.	Trabajo Social	Recibe ambos documentos y los compara en cuanto a datos generales del fallecido, contra el acta de nacimiento previamente solicitada con la intención de evitar errores que causen molestia a los familiares en cuanto a correcciones se refiere. **Nota:** Si se llegara a detectar discrepancias en los datos generales, tanto en el "Certificado de defunción" como en el "Libro de registro de certificados de defunción" contra la información del acta de nacimiento del finado (a), solicita al Médico tratante, la corrección de los mismos, en uno u, otro o, ambos documentos según sea el caso.
16.	Trabajo Social	Entrega el Certificado de Defunción a los familiares o representantes de la institución de asistencia social, para que continúen con los trámites de contratación de los servicios funerarios y solicita una copia fotostática del certificado (hoja blanca). **Nota:** Si sucediera que el fallecido tenía pertenencia en poder de Trabajo social, éstas se deben entregar al familiar con apego al *"Procedimiento para el "Resguardo de pertenencias y su entrega" (037P-CV)*
17.	Trabajo Social	Espera el arribo del personal de la funeraria que haya contratado los dolientes.
18.	Trabajo Social	Llena el formato de **"Entrega de Cadáver/Miembro amputado"** (ver anexo 02 y 03) **Nota:** Solicita copia de identificación oficial con fotografía y copia del acta de nacimiento del finado (a), así como de la persona que permanecerá al pendiente hasta que sea trasladado el cadáver a la funeraria que contraten, quedando registrada como quien identificó el cadáver.

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
19.	Trabajo Social	Acompaña a los representantes de la funeraria al área de descanso, para que revisen que es el cuerpo que deben de trasladar.
20.	Trabajo Social	Recaba el nombre y la firma del personal de la funeraria en el formato de **"Entrega de Cadáver/Miembro amputado"** (ver anexo 02 y 03)
21.	Trabajo Social	Entrega el cadáver a la persona que firmo el formato de "Entrega de cadáver/miembro amputado"
22.	Trabajo Social	Archiva el documento que resulta como evidencia del presente procedimiento. **Fin del procedimiento**
23.	Médico tratante	Entrega el resumen del procedimiento de amputación a Trabajo Social.
24.	Trabajo Social	Recibe el resumen de procedimiento e identifica si cuenta con familiares ¿Cuenta con familiares? / Entonces Sí: **Continua en la actividad siguiente** No: **Continua en la actividad 32**
25.	Trabajo Social	Orienta sobre los trámites correspondientes que debe realizar el familiar o la institución social según sea el caso, ante la funeraria y el Registro Civil, y ocupara los siguientes documentos: ✓ Copia de la credencial Instituto Nacional o Federal Electoral según sea el caso del familiar directo, que realizará el trámite. ✓ Acta de nacimiento del paciente, ✓ Credencial del Instituto Nacional o Federal Electoral según sea el caso (INE o IFE respectivamente). ✓ Resumen médico. **Notas:** • Si sucediera que la familia no cuenta con recursos suficientes deberá elaborar el formato de **"Derivación del Sistema de Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)"** (Ver anexo 04) • Si la institución social a la que va a orientar ya conoce el proceso, suspenda esta actividad y **continúa en la siguiente**
26.	Trabajo Social	Entrega el resumen de procedimiento de amputación al familiar o al representante de la institución social, según sea el caso.
27.	Trabajo Social	Una vez que se presente la funeraria, acompaña al personal al área de descanso.
28.	Trabajo Social	Llena el formato **"Entrega de cadáver/miembro amputado"** (ver anexo 02 y 03)
29.	Trabajo Social	Recaba nombre y firma del personal de la funeraria y anota tus datos correspondientes a Trabajo Social y sella el documento, ambos en el formato **"Entrega de cadáver/miembro amputado"**
30.	Trabajo Social	Entrega miembro amputado al personal de la funeraria.
31.	Trabajo Social	Archiva el documento de **"Entrega de cadáver/miembro amputado"**. **Fin del procedimiento.**

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
32.	Trabajo Social	Saca copia fotostática al resumen de procedimiento de amputación
33.	Trabajo Social	Elabora el formato de **"Derivación del Sistema de Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)"** (Ver anexo 04)
34.	Trabajo Social	Solicita apoyo a la funeraria del Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS)
35.	Trabajo Social	Una vez recibido el apoyo, acompaña al personal del Instituto Jalisciense de Asistencia Social a realizar el trámite ante el Registro Civil, espera al personal de la funeraria.
36.	Trabajo Social	Una vez que se presente la funeraria, acompaña al personal de la misma al área de descanso.
37.	Trabajo Social	Llena el formato **"Entrega de cadáver/miembro amputado"** (ver anexo 02 y 03)
38.	Trabajo Social	Recaba nombre y firma del personal de la funeraria y anota tus datos correspondientes a Trabajo Social y sella el documento, ambos en el formato **"Entrega de cadáver/miembro amputado"**
39.	Trabajo Social	Entrega miembro amputado al personal de la funeraria.
40.	Trabajo Social	Archiva el documento de "Entrega de cadáver/miembro amputado". **Fin del procedimiento.**

7.- COLABORADORES:

Asesoría otorgada por:

- Dr. Rubén Contreras Cabrera

Personal de la unidad que colaboró en la documentación		
• LTS. Karla Daniela Ávila Ruiz • LTS. Violeta Muñoz Rosales	• LTS. María Macías López	• LTS. Socorro Quintero Cordero

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Institución social	Entiéndase por éste rubro, a un Asilo, un Albergue, o a la Unidad de Apoyo para Indigentes (UAPI)
Cadáver	Es el cuerpo sin vida de una persona
Certificado de defunción	Es un documento oficial que acredita el fallecimiento o muerte de una persona
Clave Única de Registro de Población CURP	Es un instrumento de registro que se asigna a todas las personas que viven en la República Mexicana, así como a los mexicanos que residen en el extranjero
Comparar	Es confrontar una cosa con otra especialmente escritos: confrontar los datos de un documento original con la copia, o bien, contra los mismos datos (de una misma persona) en un documento diferente

8.- DEFINICIONES:

Palabra, frase o abreviatura	Definición
Discrepancia	Es controversia, disputa o diferencia de información existente entre dos documentos o más sobre un mismo asunto
Miembro amputado	Es una parte corporal de las extremidades que ha sido separada del cuerpo mediante una cirugía o bien, mediante algún accidente o traumatismo, dicha parte del cuerpo, debe tener un peso mayo a 500 grs.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
008OE-CV_001	Manual de organización específico de la Unidad Médica de urgencias.
037P-CV_001	Procedimiento para el Resguardo de pertenencias y su entrega
038P-CV_001	Procedimiento de Camillería

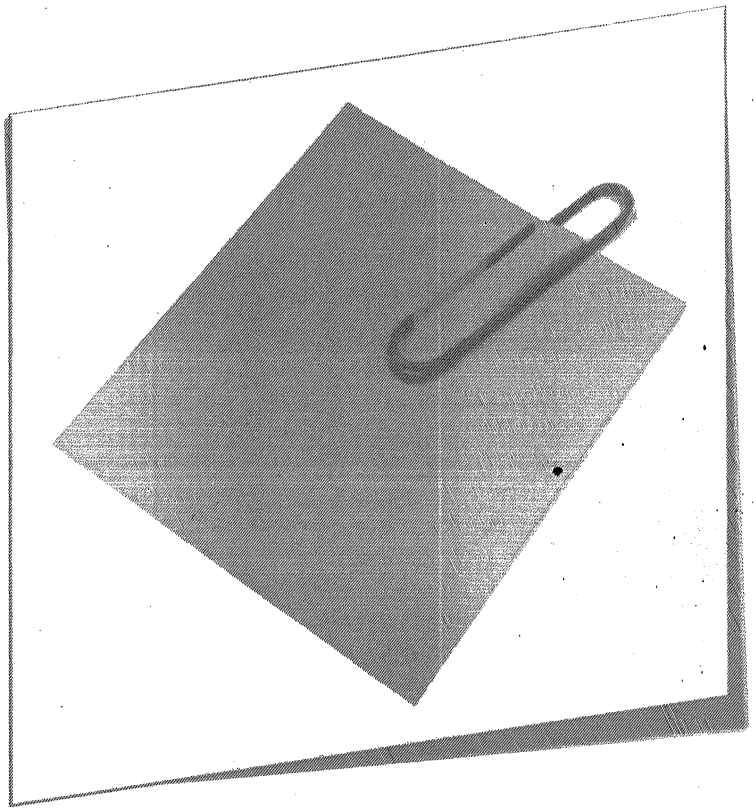
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento	
N. A.	Anexo 01	Nota de egreso por defunción
N. A.	Anexo 02	Entrega de Cadáver/Miembro amputado
N. A.	Anexo 03	Instructivo de llenado del formato Entrega de Cadáver/Miembro amputado
N. A.	Anexo 04	Derivación del Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social
N. A.	Anexo 05	Certificado de defunción
N. A.	Anexo 06	Instructivo de llenado del formato Certificado de defunción
N. A.	Anexo 07	Libro de registro de certificados de defunción
N. A.	Anexo 08	Instructivo de llenado del Libro de registro de certificados de defunción

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	31 de julio 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Anexo 01: Nota médica de egreso por defunción

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias

Nota médica de egreso por defunción

Gobierno de Guadalajara

Nombre de la Unidad Médica de Urgencia: _____

Paciente _____ _____ _____

Primer Apellido — Segundo Apellido — Nombre (s)

Edad _____ **Fecha de ingreso** ___ / ___ / ___ (Día / Mes / Año) **Hora de ingreso** _____

Sexo (H) (M) **Fecha de egreso** ___ / ___ / ___ (Día / Mes / Año) **Hora de la muerte** _____

Servicio _____ **Área** _____ **Cama/Cunilla** _____

Motivo de ingreso _____

Antecedentes _____

Resumen _____

Impresión diagnóstica (IDX) _____

Médico tratante

_____

Anexo 02: Entrega de Cadáver/Miembro amputado

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Entrega de Cadáver/ Miembro amputado

Gobierno de Guadalajara

1 UNIDAD: IMA ☐ FRS ☐ LDA ☐ EAG ☐ MRS ☐ Fecha de elaboración: 2 Día ____ Mes ____ Año ____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: 3 Primer Apellido ____ Segundo Apellido ____ Nombre (s) ____

Edad: 4 Años ____ Meses ____ Sexo: 5 F M

6 Nombre del médico que atendió ____

DATOS DEL RECEPTOR DEL CADÁVER/ MIEMBROS

U.J.S.F.

7 Policía Investigador: ____

8 Hora ____ 9 No. Gafete: ____ 10 Firma ____

EMPRESA

11 Empresa: ____ 12 Domicilio: ____

13 Nombre del responsable del servicio ____

Municipio ____ Estado ____

14 Teléfono ____ 15 Hora ____ 16 Identificación ____ 17 Folio ____ 18 Firma ____

PERSONA QUE IDENTIFICA EL CADÁVER

Nombre: 19 Primer Apellido ____ Segundo Apellido ____ Nombre (s) ____

Domicilio: 20 Calle y número ____ Colonia ____

Municipio ____ Estado ____ C.P. ____

21 Parentesco ____ 22 Edad: ____ 23 Teléfono ____ 24 Firma ____

DESCRIPCIÓN DEL MIEMBRO AMPUTADO

25 ____

26 Sello

Entregó: 28 ____

Nombre y firma del Trabajador Social

27

Anexo 03: Instructivo de llenado del formato Entrega de Cadáver/Miembro amputado

No.	Concepto	Descripción
1	**Unidad**	Entre los siguientes recuadros, debes seleccionar mediante una "**X**" (equis), la unidad médica de urgencias donde se está atendiendo al paciente. **DA** = Delgadillo y Araujo, **RS** = Ruíz Sánchez, **EA** = Ernesto Áreas, **MR** = Mario Rivas, **LO** = Leonardo Oliva.
2	**Fecha de elaboración**	En estas líneas, debes anotar el día, mes y año en la que se está llenando el formato de entrega de cadáver o miembro amputado
		Identificación del Paciente
3	**Nombre**	Sobre las tres líneas siguientes, debes anotar el nombre completo del paciente, iniciando por primer apellido, enseguida el segundo apellido y por último, nombre o nombres del paciente.
4	**Edad**	Anota sobre la línea de *"años"* la edad cumplida al momento del fallecimiento y si el fallecido es menor de un año debes poner sobre la línea de *"meses"* los meses cumplidos. **Nota:** si el fallecido fuese un recién nacido, debe especificarlo sobre la línea de *"meses"*. *Ejemplo*: _5 días_ *Meses*
5	**Sexo**	Maca con una "X" (equis), en cualquiera de los dos círculos, si señala la **"H",** significa que el paciente es un hombre y si la equis la coloca sobre la **"M"** quiere decir, que el paciente es una mujer.
6	**Nombre del médico que atendió**	Escribe sobre la línea, el nombre del médico que atendió al paciente durante su proceso de atención médica hasta su fallecimiento o, hasta su alta después de una amputación de miembro
		Datos del receptor del cadáver/ miembro
7	**Policía Investigador**	En éste campo, debes anotar el nombre del Policía Investigador del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses que recibe el cadáver. **Nota:** En caso de amputación de miembro o que una funeraria sea la que se lleve el cadáver, entonces éste espacio no debe ser llenado.
8	**Hora**	Anota sobre la línea, la hora en que el Policía Investigador se lleva el cuerpo **Nota:** En caso de amputación de miembro o que una funeraria sea la que se lleve el cadáver, entonces éste espacio no debe ser llenado.
9	**No. Gafete**	Registra sobre la línea, el Número de Gafete del Policía Investigador se lleva el cuerpo. **Nota:** E En caso de amputación de miembro o que una funeraria sea la que se lleve el cadáver, entonces éste espacio no debe ser llenado.

No.	Concepto	Descripción
10	**Firma**	Recaba del Policía Investigador que se lleva el cuerpo, su firma autógrafa. **Nota:** En caso de amputación de miembro o que una funeraria sea la que se lleve el cadáver, entonces éste espacio no debe ser llenado.
11	**Empresa**	Anota sobre la línea, el nombre de la empresa funeraria que está dando del servicio a la familia del paciente fallecido. **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.
12	**Domicilio**	Escribe en éste campo, el domicilio de la empresa funeraria responsable de dar los servicios funerarios con los datos de: calle, número, colonia, municipio y por último, la entidad federativa. **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.
13	**Nombre del responsable del servicio**	Registra el nombre de la persona (trabajador) de la funeraria que acudió a recoger el cadáver del paciente fallecido, mismo que es el responsable del servicio. **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.
14	**Teléfono**	Anota el número de teléfono de la empresa funeraria. **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.
15	**Hora**	Escribe sobre la línea, la hora en que el responsable del servicio funerario (trabajador), se lleva el cuerpo o el miembro amputado. **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.
16	**Identificación**	Registra sobre la línea, el tipo de identificación que muestra el trabajador de la funeraria que se lleva el cuerpo o el miembro amputado, ejemplo: INE, gafete de la empresa, etc **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.
17	**Folio**	Anota el folio de la identificación que presenta el trabajador de la funeraria que se lleva el cuerpo o el miembro amputado. **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.

No.	Concepto	Descripción
18	**Firma**	Recaba del Responsable del servicio (trabajador de la funeraria) que se lleva el cuerpo o el miembro amputado, su firma autógrafa. **Nota:** Si interviene el Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses, entonces, entonces, éste espacio debe quedar en blanco.
		Persona que identifica el cadáver
19	**Nombre**	Sobre las tres líneas siguientes, debes anotar el nombre completo de quien identifica el cadáver, iniciando por primer apellido, enseguida el segundo apellido y por último, nombre o nombres.
20	**Domicilio**	Escribe en éste campo, el domicilio de la persona que identificó el cadáver con los datos de: calle, número, colonia, municipio, entidad federativa y por último, el código postal.
21	**Parentesco**	Anota sobre la línea el parentesco que tiene la persona que identificó el cadáver con el paciente que falleció.
22	**Edad**	En éste campo debes anotar la edad que tiene la persona que identificó el cadáver.
23	**Teléfono**	Anota el número de teléfono la persona que identificó el cadáver.
24	**Firma**	Recaba de la persona que identificó el cadáver, su firma autógrafa.
25	**Descripción del miembro amputado**	En caso de haber sido una amputación de miembro, debes anotar sobre las líneas, la descripción del miembro que se le amputó al paciente.
26	**Elaboró**	Anota sobre la línea tu nombre completo y firma el documento autógrafamente.
27	**No. de cédula profesional**	Escribe sobre la línea, tu número de cédula profesional.
28	**Sello**	Plasma en éste espacio, el sello de Trabajo Social de la Unidad médica donde falleció el paciente.

Anexo 04: Derivación del Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social

Anverso

DIF Jalisco · Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)

Dirección de Trabajo Social y Vinculación

SICATS · BIENESTAR

De: _____ Nombre de la Institución _____ Responsable de Trabajo Social

Para: _____ Nombre de la Institución _____ Responsable de Trabajo Social

Nº de canalización	No. de caso o registro	Fecha (día/mes/año)			

I.- DATOS DEL USUARIO

Nombre: Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) | Sexo | Edad | Estado Civil

Domicilio: Calle y número exterior e interior | Cruza con | Colonia o comunidad: | Municipio | Estado | País:

Teléfono Particular | Teléfono Recados | Nombre

Datos del padre o madre en caso de menores o incapacitados con discapacidad intelectual

Nombre | Edad | Parentesco

II. DIAGNOSTICO SOCIAL PRELIMINAR

III. SOLICITUD

A. ESPECIFICACIÓN DE APOYO ECONÓMICO

Requiere de:

Durante:

El costo total de:

Solicitamos su apoyo de:

El resto se cubrirá: a) b) c) d)

El pago se realizará en: Razón Social | Nombre del contacto:

Domicilio: | Teléfono:

B. EVOLUCIÓN DEL CASO

C. SE ANEXA LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:

V.- OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS

En caso de ser autorizado/a requiera de necesario más información, favor de comunicarse con:

Responsable del caso: | Al Programa de:

Teléfono | Extensión | Horario

NOTA: Esta documento otorgará una vigencia de 30 días naturales a partir de la fecha de su expedición, por lo que no será válido este otro después de esta en fechas posteriores. La petición del apoyo solicitado será valorada por el área encargada de acuerdo a su disponibilidad de recursos.

Atentamente

_____ Usuario _____

Reverso

DIF JALISCO · Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)
Dirección de Trabajo Social y Vinculación

SICATS · BIENESTAR

De: _____ _____
Nombre de la Institución — Responsable de Trabajo Social

Para: _____ _____
Nombre de la Institución — Responsable de Trabajo Social

Trabajadora social que canalizó al caso:

Servicio o programa: _____

Nº de Contracanalización		En respuesta a la canalización Nº	
Fecha			

Datos del Usuario

Nombre _____		
Apellido paterno	Apellido materno	nombres

1. RESOLUCIÓN O AVANCES DE LA ATENCIÓN:

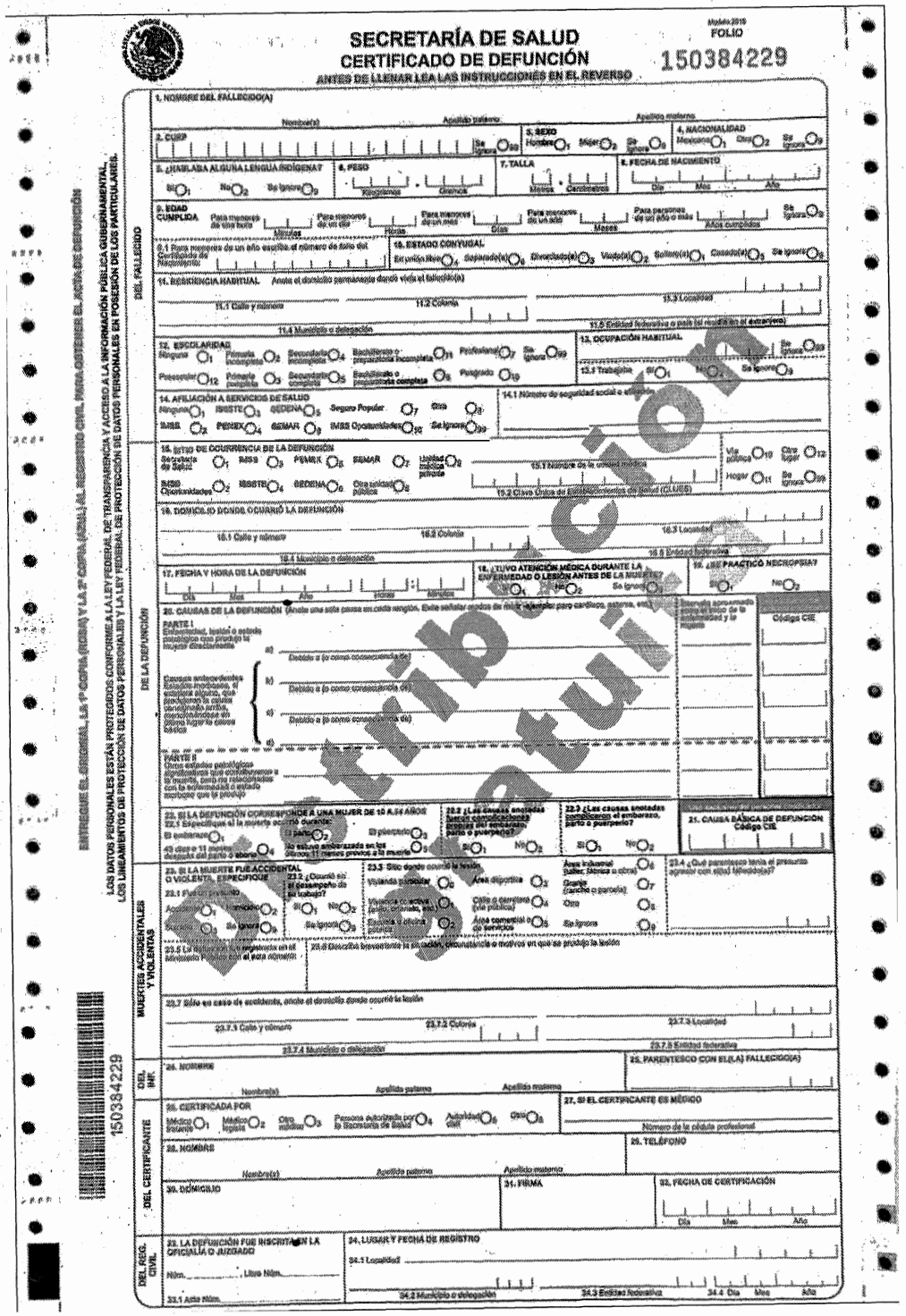
2. RESPONSABLE DEL CASO:

TELÉFONO:		EXT:	

Caso Abierto [ ] Caso Cerrado [ ]

ATENTAMENTE

_____



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2019
FOLIO 150384229

DEL FALLECIDO
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) — Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno
2. CURP — Se ignora 99
3. SEXO — Hombre 1, Mujer 2, Se ignora 9
4. NACIONALIDAD — Mexicana 1, Otra 2, Se ignora 9
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? — Sí 1, No 2, Se ignora 9
6. PESO — Kilogramos . Gramos
7. TALLA — Metros . Centímetros
8. FECHA DE NACIMIENTO — Día Mes Año
9. EDAD CUMPLIDA — Para menores de un año exacto: Minutos; Para menores de un día: Horas; Para menores de un mes: Días; Para menores de un año: Meses; Para personas de un año o más: Años cumplidos; Se ignora 9
9.1 Para menores de un año escribir el número de folio del Certificado de Nacimiento
10. ESTADO CONYUGAL — En unión libre 4, Separado(a) 6, Divorciado(a) 3, Viudo(a) 2, Soltero(a) 1, Casado(a) 5, Se ignora 9
11. RESIDENCIA HABITUAL — Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)
11.1 Calle y número — 11.2 Colonia — 11.3 Localidad
11.4 Municipio o delegación — 11.5 Entidad federativa o País (si reside fuera del extranjero)
12. ESCOLARIDAD — Ninguna 1, Primaria incompleta 2, Secundaria incompleta 4, Bachillerato o preparatoria incompleta 11, Profesional 7, Se ignora 99; Preescolar 12, Primaria completa 3, Secundaria completa 5, Bachillerato o preparatoria completa 6, Posgrado 10
13. OCUPACIÓN HABITUAL — Se ignora 99
13.1 Trabajaba — Sí 1, No 2, Se ignora 9
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD — Ninguna 1, ISSSTE 3, SEDENA 5, Seguro Popular 7, Otra 8; IMSS 2, PEMEX 4, SEMAR 9, IMSS Oportunidades 10, Se ignora 99
14.1 Número de seguridad social o afiliación

DE LA DEFUNCIÓN
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN — Secretaría de Salud 1, IMSS 3, PEMEX 5, SEMAR 7, Unidad médica privada 9; IMSS Oportunidades 2, ISSSTE 4, SEDENA 6, Otra unidad pública 8; Vía pública 10, Otro lugar 12, Hogar 11, Se ignora 99
15.1 Nombre de la unidad médica
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN
16.1 Calle y número — 16.2 Colonia — 16.3 Localidad
16.4 Municipio o delegación — 16.5 Entidad federativa
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN — Día Mes Año; Horas : Minutos
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? — Sí 1, No 2, Se ignora 9
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? — Sí 1, No 2
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar ondas de muerte repentina para cardíaco, paro, etc.)
PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Debido a (o como consecuencia de)
Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa inmediata arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b) Debido a (o como consecuencia de)
c) Debido a (o como consecuencia de)
d)
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Código CIE
PARTE II
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS
22.1 Especifique si la mujer estaba durante: El embarazo 1, El parto 2, El puerperio 3, 42 días o 11 meses después del parto 4, No estaba embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 5
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? — Sí 1, No 2
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? — Sí 1, No 2

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE
23.1 Fue un accidente — Accidente 1, Suicidio 2, Homicidio 3, Se ignora 9
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? — Sí 1, No 2, Se ignora 9
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión — Vivienda particular 1, Área deportiva 3, Área industrial (taller, fábrica u otra) 5, Granja (rancho o parcela) 7, Vía pública (calle, avenida, etc.) 4, Calle o carretera (vía pública) 6, Otro 8, Escuela u oficina pública 2, Área comercial o de servicios 5, Se ignora 9
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con esta(o) fallecida(o)?
23.5 Lugar donde se registraron los hechos ante el Ministerio Público con el acta correspondiente
23.6 Especifique brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión
23.7.1 Calle y número — 23.7.2 Colonia — 23.7.3 Localidad
23.7.4 Municipio o delegación — 23.7.5 Entidad federativa

DEL INF.
24. NOMBRE — Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

DEL CERTIFICANTE
26. CERTIFICADA POR — Médico tratante 1, Médico legista 2, Otro médico 3, Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4, Autoridad civil 6, Otra 8
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO — Número de la cédula profesional
28. NOMBRE — Nombre(s) — Apellido paterno — Apellido materno
29. TELÉFONO
30. DOMICILIO
31. FIRMA
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN — Día Mes Año

DEL REG. CIVIL
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO — Núm. — Libro Núm.
33.1 Acta Núm.
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO
34.1 Localidad
34.2 Municipio o delegación — 34.3 Entidad federativa — 34.4 Día Mes Año

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DEL REGISTRO CIVIL. NO PODRÁ OBTENERSE EL ACTA DE DEFUNCIÓN

ENTREGUE EL ORIGINAL, LAS 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL. NO PODRÁ OBTENERSE EL ACTA DE DEFUNCIÓN

150384229

Anexo 06: Instructivo de llenado del formato Certificado de defunción

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico; de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- Para el llenado de este Certificado, auxíliese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a). Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o cotejar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretar a de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible, o con máquina de escribir. No use abreviaturas. Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo*: para 5 de marzo de 2012 anote |0|5|0|3|2|0|1|2|. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo*: si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), registre |9|9|9|2|0|1|0|
- Marque el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.
- Para los domicilios. Registre la dirección según se requiera, anotando el nombre de la calle y número, así como de la colonia, localidad, municipio o delegación, y entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A). Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar los apellidos paterno y materno.

5. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.

9. EDAD CUMPLIDA. Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo*: para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos |9|9|9|. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.

10. ESTADO CONYUGAL. Situación de el(la) fallecido(a) mayor de 12 años en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal.

11. RESIDENCIA HABITUAL. Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.

12. ESCOLARIDAD. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados de el(la) fallecido(a), si tuviere estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, márquelo en la opción incompleto de las mismas. Si no tenía escolaridad marque la opción "Ninguna". Para menores de 3 años omita la respuesta a esta variable.

13. OCUPACIÓN HABITUAL. Anote la ocupación principal, *ejemplo*: obrero(a), maestro(a), etc. En 13.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, era jubilado(a), rentista, etc.

14. AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD. Marque con una "X" la(s) institución(es) a la(s) que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud. Una persona puede estar afiliada en más de una institución, por lo que es importante leer todas las opciones y marcar las señaladas por el informante. Admite hasta dos respuestas. En 14.1 anote el número de afiliación de la opción donde recibió la última atención, asegúrese que éste guarde correspondencia con la(s) opción(es) registrada(s) en la pregunta 14.

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN. Especifique el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta ocurrió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 15.1 y en 15.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).

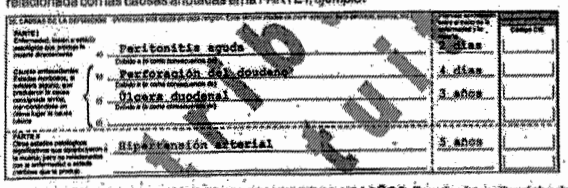
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN. Registre la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas, de 00 a 23, y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo*: si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote |1|7|:|0|9|

19. SE PRACTICÓ NECROPSIA. Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).

20. CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN. Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción. Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

PARTE I: En la Línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes en orden cronológico que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: "debido a, (o como consecuencia de)", lo cual indica que la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.

PARTE II: Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo*:



22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS. Por ningún motivo debe dejarse sin respuesta. Marque en 22.1 una de las opciones de la 1 a la 5, y no omita responder las preguntas 22.2 y 22.3

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA. Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.

23.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.

23.3. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde ocurrió la defunción.

23.4. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, *ejemplo*: esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".

23.6. Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte, *ejemplo*: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.

23.7. Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido", en su caso use referencias.

26. CERTIFICADA POR. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud".

27. DATOS DEL CERTIFICANTE. No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda es plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.

32. FECHA DE CERTIFICACIÓN. Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS

INF: Informante. REG: Registro. NÚM: Número. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

Anexo 07: libro de registro de certificados de defunción

Servicios Médicos Construcción de Comunidad

Gobierno de Guadalajara

Registro de certificados de defunción

DATOS DEL CERTIFICADO

1 Fecha de elaboración / / — 2 Folio del certificado — 3 Trabajador(a) Social — 4 Firma

Nombre: 5 Primer Apellido — Segundo Apellido — Nombre (s) — Sexo: 6 H M

Edad: 7 Años Meses — 8 Nombre del médico que atendió — 9 No. de Cédula Prof.

Causas de muerte

a) 10 c) 10

b) 10 d) 10 — 11 Firma

DATOS DEL FAMILIAR QUE RECIBE EL CERTIFICADO

Nombre: 12 — Domicilio: 13 Calle y número

Colonia — Municipio

14 Estado — Parentesco: — 15 Teléfono

16 Firma

DATOS DEL CERTIFICADO

1 Fecha de elaboración / / — 2 Folio del certificado — 3 Trabajador(a) Social — 4 Firma

Nombre: 5 Primer Apellido — Segundo Apellido — Nombre (s) — Sexo: 6 H M

Edad: 7 Años Meses — 8 Nombre del médico que atendió — 9 No. de Cédula Prof.

Causas de muerte

a) 10 c) 10

b) 10 d) 10 — 11 Firma

DATOS DEL FAMILIAR QUE RECIBE EL CERTIFICADO

Nombre: 12 — Domicilio: 13 Calle y número

Colonia — Municipio

14 15

16

Anexo 08: Instructivo de llenado del Libro de registro de certificados de defunción

No.	Concepto	Descripción
1	**Fecha de elaboración**	En este espacio el Trabajador Social, debe anotar la fecha en la que se está entregando el certificado de defunción.
2	**Folio del certificado**	Trabajo Social anota el número de folio del certificado de defunción que se encuentra ubicado en la parte superior derecha de dicho formato, el cuál entrega al médico tratante.
3	**Trabajador (a) Social**	El Trabajador Social previo a la entrega del libro deberá anotar su nombre en este espacio
4	**Firma**	Una vez anotado el nombre el Trabajador Social debe firmar sobre la línea destinada para tal fin.
5	**Nombre**	**Nota:** El médico, de aquí en adelante será el quien realice el registro en el formato. Escribir en este espacio el nombre del paciente en el siguiente orden: primer apellido, segundo apellido y el o los nombres de la persona fallecida tal como está escrito en el acta de nacimiento.
6	**Sexo**	Señala con una "X" (equis) el sexo del fallecido.
7	**Edad**	Anota sobre la línea de *"años"* la edad cumplida al momento del fallecimiento y si el fallecido es menor de un año deberá poner sobre la línea de *"meses"* los meses cumplidos. **Nota:** si el fallecido fuera un recién nacido, debe especificarlo. *Ejemplo*: cinco días anotados en el espacio de *"meses"*.
8	**Nombre del médico que atendió**	Escribe sobre la línea correspondiente a este punto tu nombre
9	**No. de Cédula profesional**	Plasma en este espacio el registro de la cedula profesional federal que emite la dirección general de profesiones.
10	**Causas de muerte**	Registra en este punto hasta cuatro causas por las cuales haya fallecido el paciente.
11	**Firma**	Este espacio debe ser utilizado para que rubriques con tu firma, la cual indica que has elaborado el certificado médico del cual se deriva el presente registro.
12	**Nombre**	Anota el nombre del familiar que proporcionó los datos y recibe el certificado de defunción.
13	**Domicilio**	Recaba los datos de calle, número, colonia, municipio y estado, correspondientes al domicilio del familiar que proporciono los datos.
14	**Parentesco**	Registra el parentesco que tuvo el familiar con el fallecido.
15	**Teléfono**	Anota el número telefónico del familiar, a diez dígitos indicando si se trata de un número fijo o celular.
16	**Firma**	Recaba la firma del familiar que proporcionó los datos, la cual es evidencia de que se le entregó el certificado de defunción.

Gobierno de
Guadalajara