



Unidad Médica de Urgencias



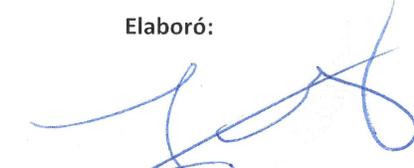
Manual de Procedimientos Hospitalización Tomo I

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



Autorización

Elaboró:



LAE. MARÍA DE LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Dictamen Técnico-Médico:



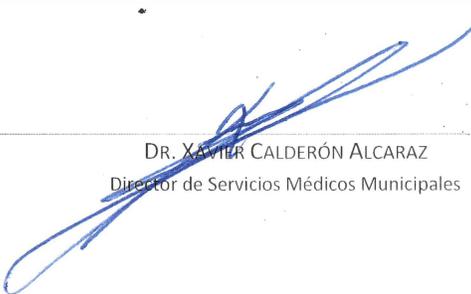
DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirector de Atención de Urgencias Médicas

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 ZUÑIGA GUTIÉRREZ.
Director de Innovación Gubernamental

Fecha de Autorización



UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS

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.

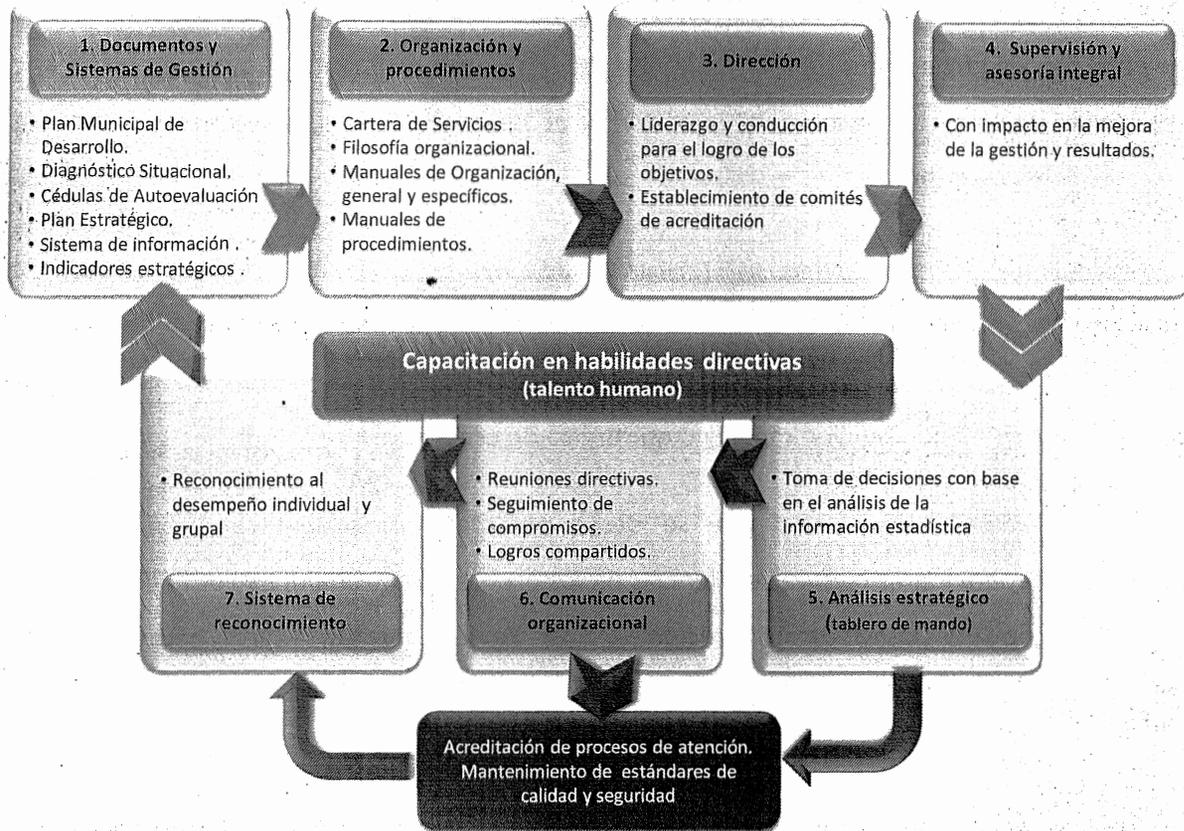
La estrategia documental que se desea implementar, se enfoca en el desarrollo organizacional para lograr mejores eficiencias en los procesos de trabajo, es por lo anterior, que el C. Director de Servicios Médicos Municipales, el **Dr. Xavier Calderón Alcaraz, ha instruido que la atención médica en urgencias, 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

Autorización

Presentación

Contenido del manual

Misión de la Dirección de Servicios Médicos Municipales

Visión

Objetivo Estratégico

Decálogo de Valores

Políticas rectoras

Fundamento Legal

Modelo Conceptual

- 020 Procedimiento para la programación quirúrgica
- 024 Procedimiento para otorgar consulta preanestésica
- 029 Procedimiento de solicitud de pruebas de compatibilidad y hemo-componentes
- 030 Procedimiento para la concientización de usuarios en la donación de sangre
- 031- Procedimiento de entrega-recepción de hemo-componentes
- 032- Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

- 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 conseguir los objetivos planteados, tenemos que lograrlo/hacerlo". Para lograr este valor, se requiere de una promesa a cumplir, del proceso que se realiza para cumplirlo y el cumplimiento en sí mismo de forma holística.

Respeto

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

Congruencia

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

Responsabilidad.



- 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 ser afectuoso, agradable, gentil y servicial, incluso humorista o alegre. Ser amable también es ser atento, brindar atención y respeto en equidad, pero con énfasis en los desvalidos, y necesitados.

Honorabilidad

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

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. 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.



UNIDAD MÉDICA DE URGENCIAS

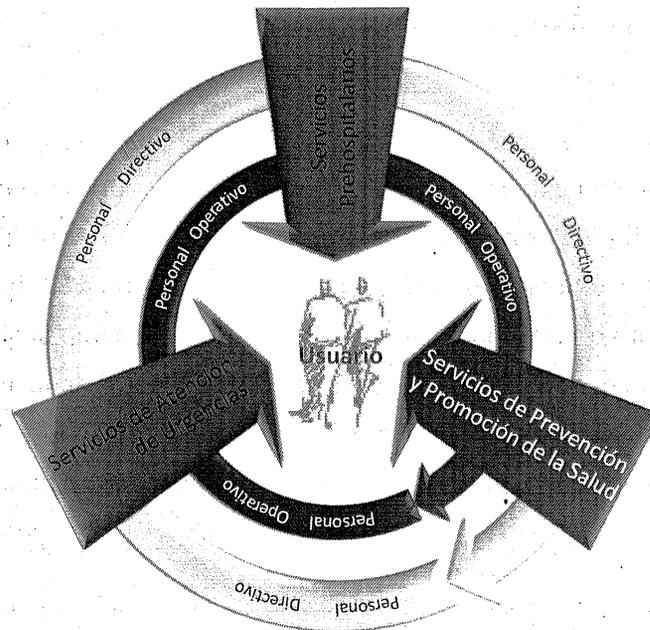
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS HOSPITALIZACIÓN TOMO I



Modelo conceptual

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

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



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

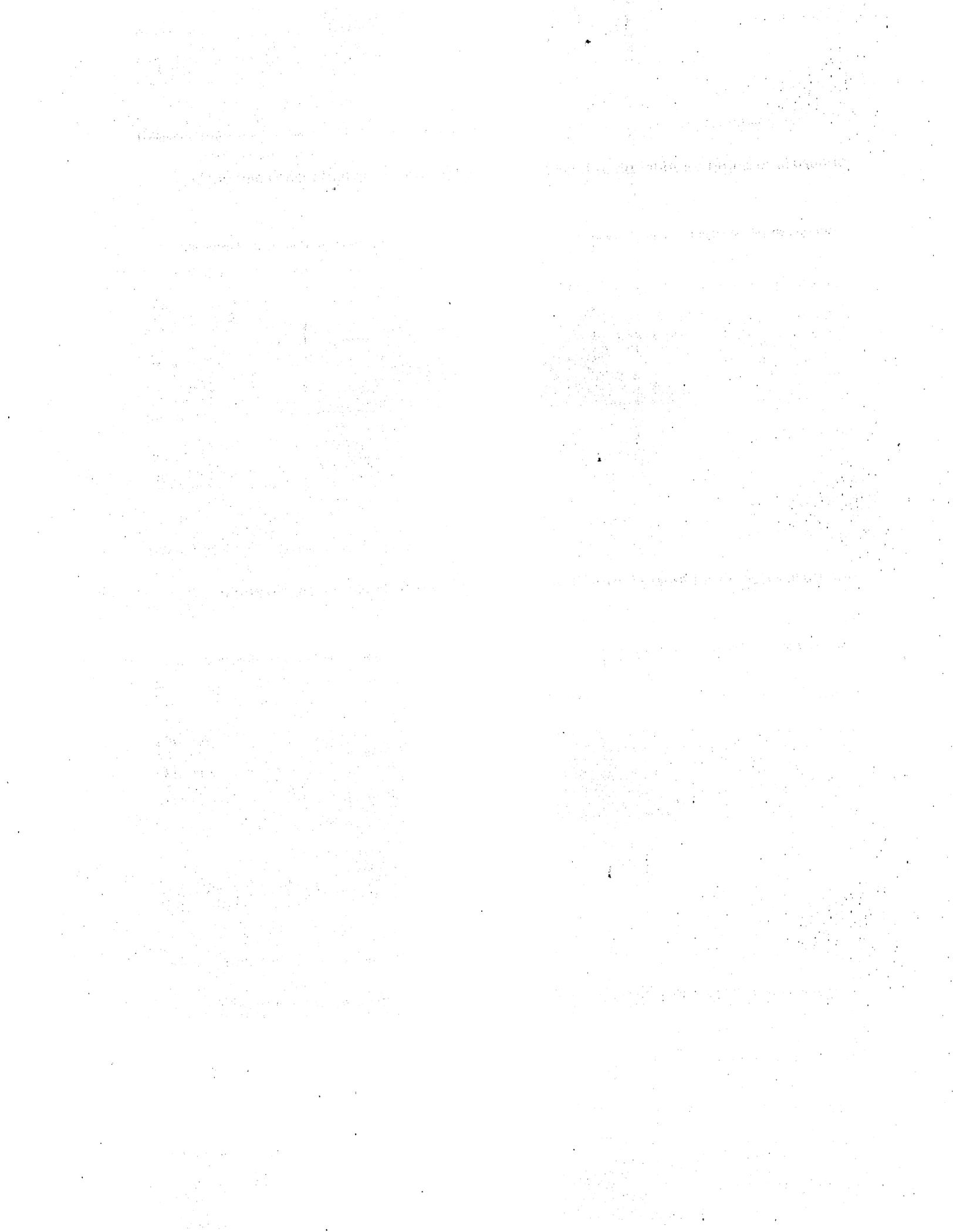
Todos estos procesos están encaminados y dirigidos a la plena satisfacción de los usuarios y tienen tanto al personal operativo de las diferentes categorías como al personal directivo en circulares concéntricas permanentes alrededor de estos procesos, impulsados por valores inmersos en una espiral continua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





Procedimiento para la programación quirúrgica

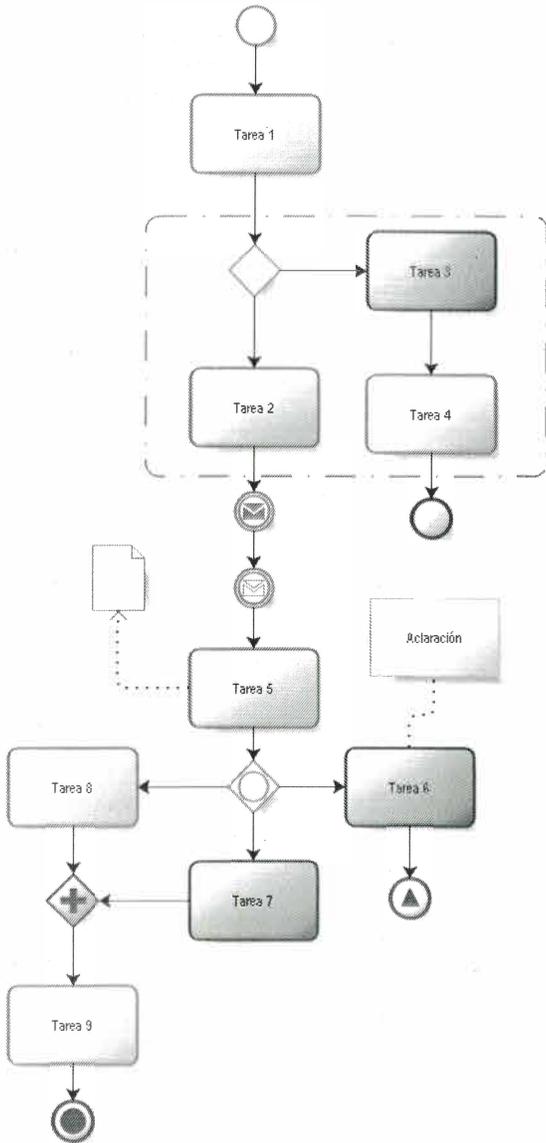
020P-CV-002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias
Urgencias



Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.:

DR. HECTOR 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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



**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



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





ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023





1.- OBJETIVO

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

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

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

Áreas que intervienen:

Urgencias y Consulta externa de especialidad

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es responsabilidad de quien programe un proceso quirúrgico, la de notificar al usuario su fecha programada o cuando ésta sufra algún diferimiento por casos de urgencia mayor.
- El personal de salud del área de urgencias, debe registrar en los formatos establecidos por la unidad médica de urgencias, los datos necesarios de la situación de cada paciente e incorporar dichos formatos, en el expediente clínico de cada usuario.
- Con el fin de contar con disponibilidad de hemocomponentes para cuando se requieran, se tiene la necesidad de que los familiares de los pacientes acudan al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS) para realizar donación de sangre, por lo que, el personal médico y el de trabajo social, debe solicitar el (los) comprobante(s) de donación correspondiente.
- Es responsabilidad de los médicos especialistas, la de programar cirugías, hasta que el usuario o familiar, entregue copia del(los) comprobante(s) de donación correspondiente(s).
- En caso de haberse realizado una transfusión urgente, el personal médico y de trabajo social, debe solicitar el(los) comprobante(s) de donación previo al alta del paciente.

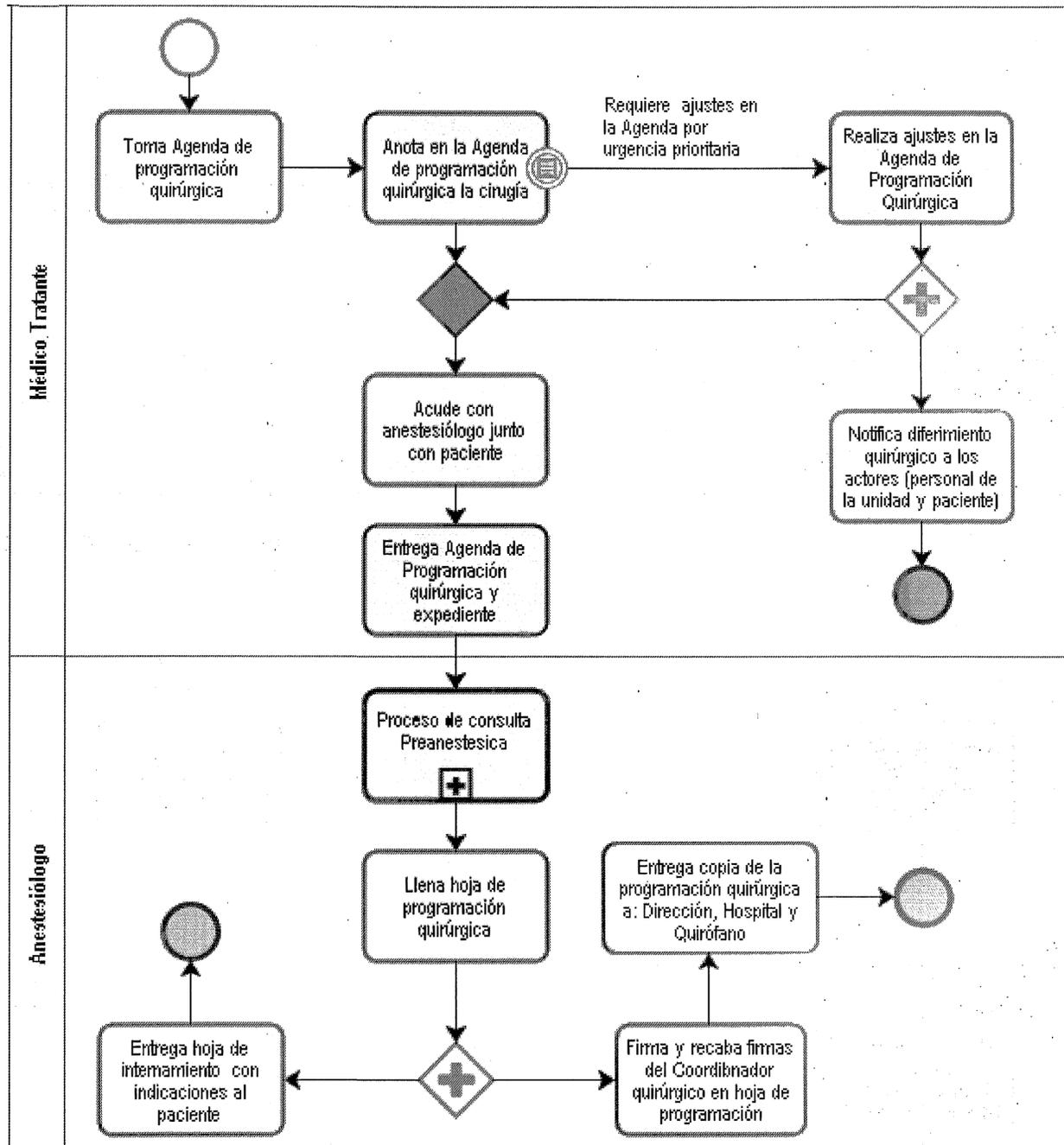


4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
Funciones	
1.2.3 Unidad Médica de Urgencias.	
a) Implementar las acciones necesarias para acreditar la unidad médica de urgencias.	
b) Coadyuvar para que se dé atención médica integral a la población con calidad y humanitarismo.	
f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación.	
j) Identificar oportunidades de mejora de la calidad en la atención médica, así como corregir anomalías que sean detectadas.	

Documento	008OE-DSMM_001 Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.2.2 Urgencias	
p) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica.	
q) Mantener una comunicación directa entre las unidades médicas, para valorar ingreso de pacientes según capacidad física resolutive, y	
r) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV 002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



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	<ul style="list-style-type: none"> Dra. Rosario Sánchez Mora Dr. Manuel Alejandro Barajas Zambrano 	



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



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:

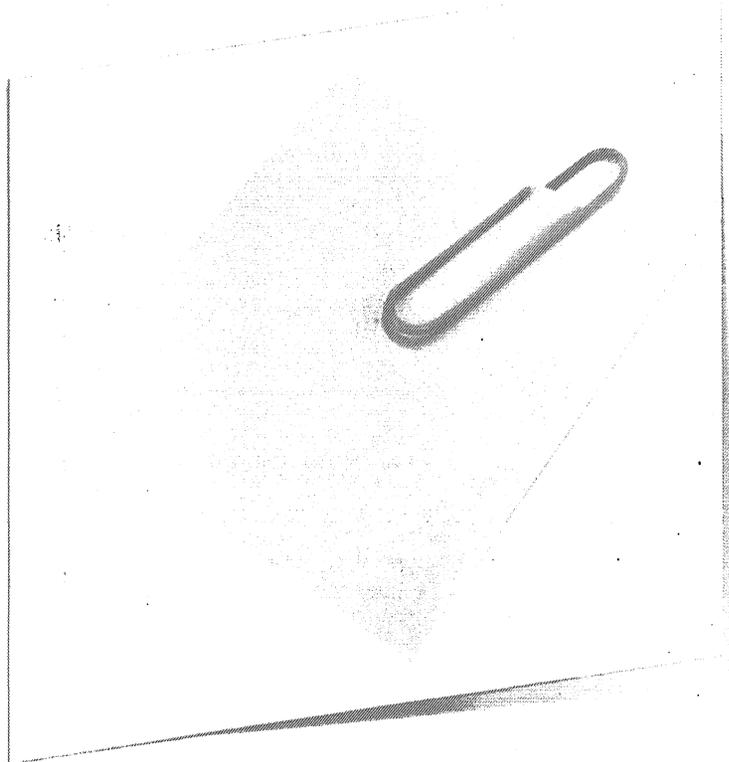
Clave	Documento
N. A.	Anexo 01 Agenda quirúrgica
	Anexo 02 Hoja de programación quirúrgica
	Anexo 03 Hoja de internamiento

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







Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la programación quirúrgica

Clave: 020P-CV_002

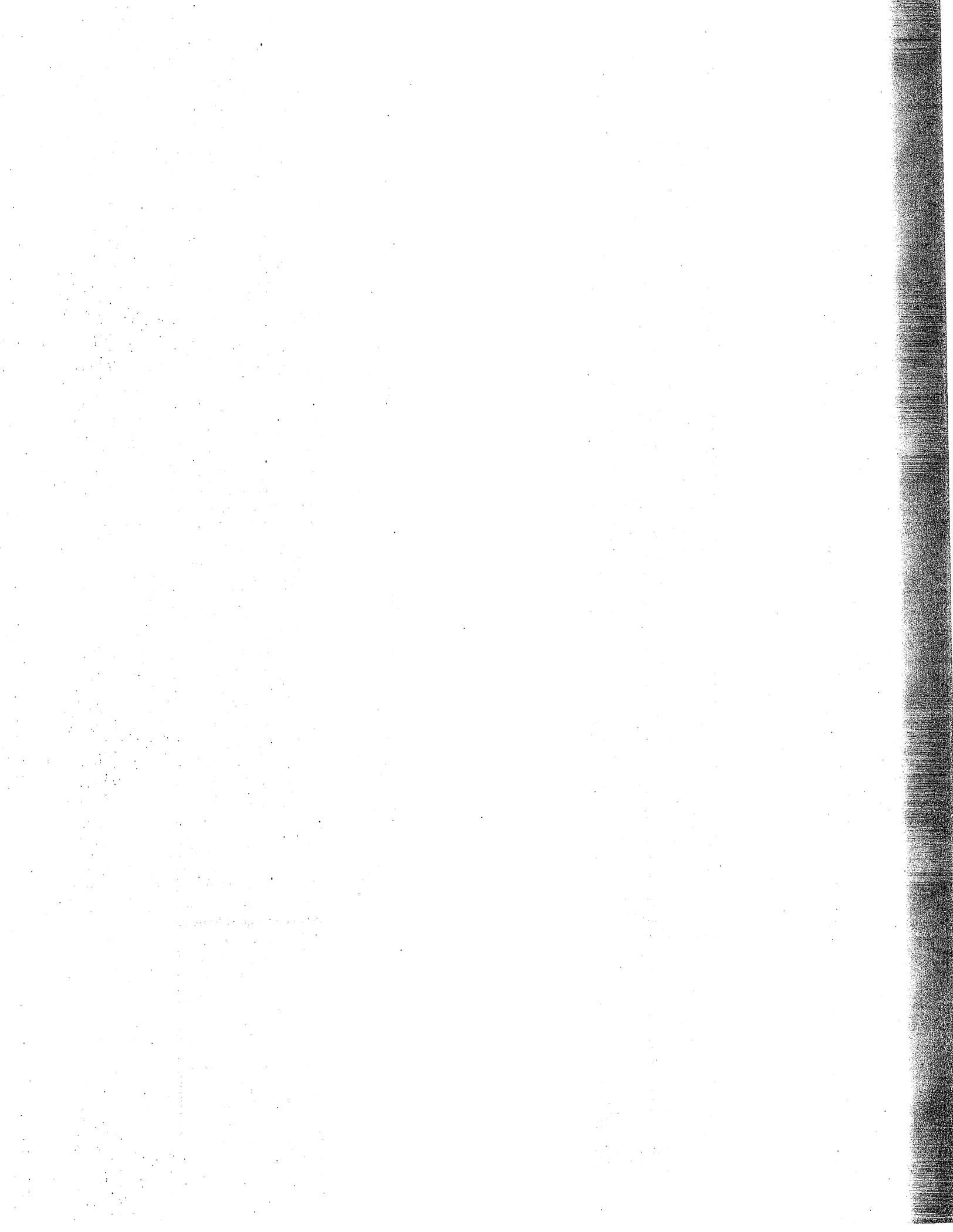
Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



Anexo 03: Hoja de internamiento

	Servicios Médicos Municipales	Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias Solicitud de Estudios Laboratoriales	
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. _____			





Procedimiento para otorgar consulta preanestésica

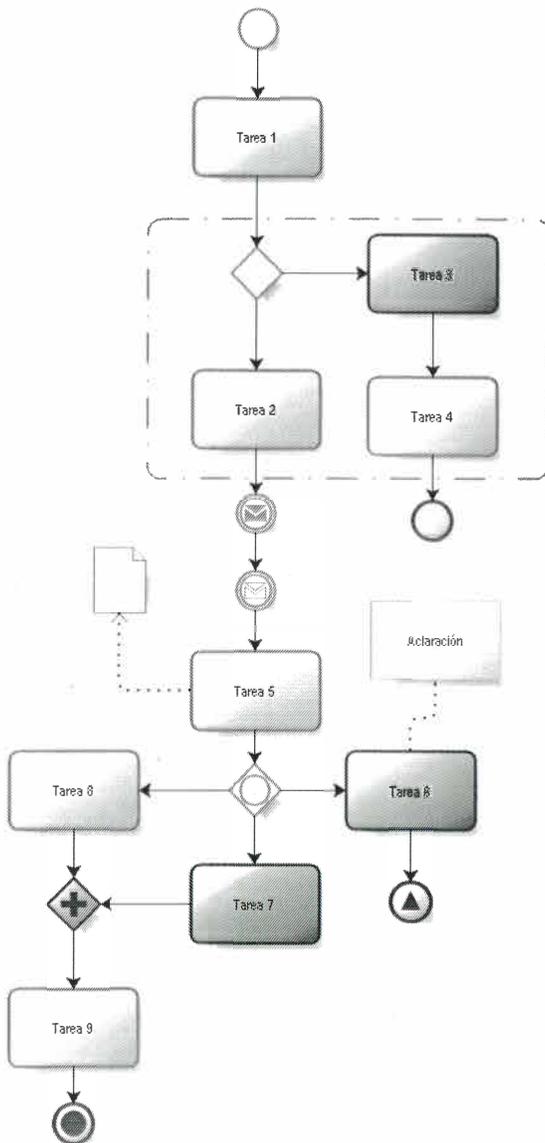
Clave: 024P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias
Urgencias procedimiento general



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 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

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



Procedimiento para otorgar consulta preanestésica



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

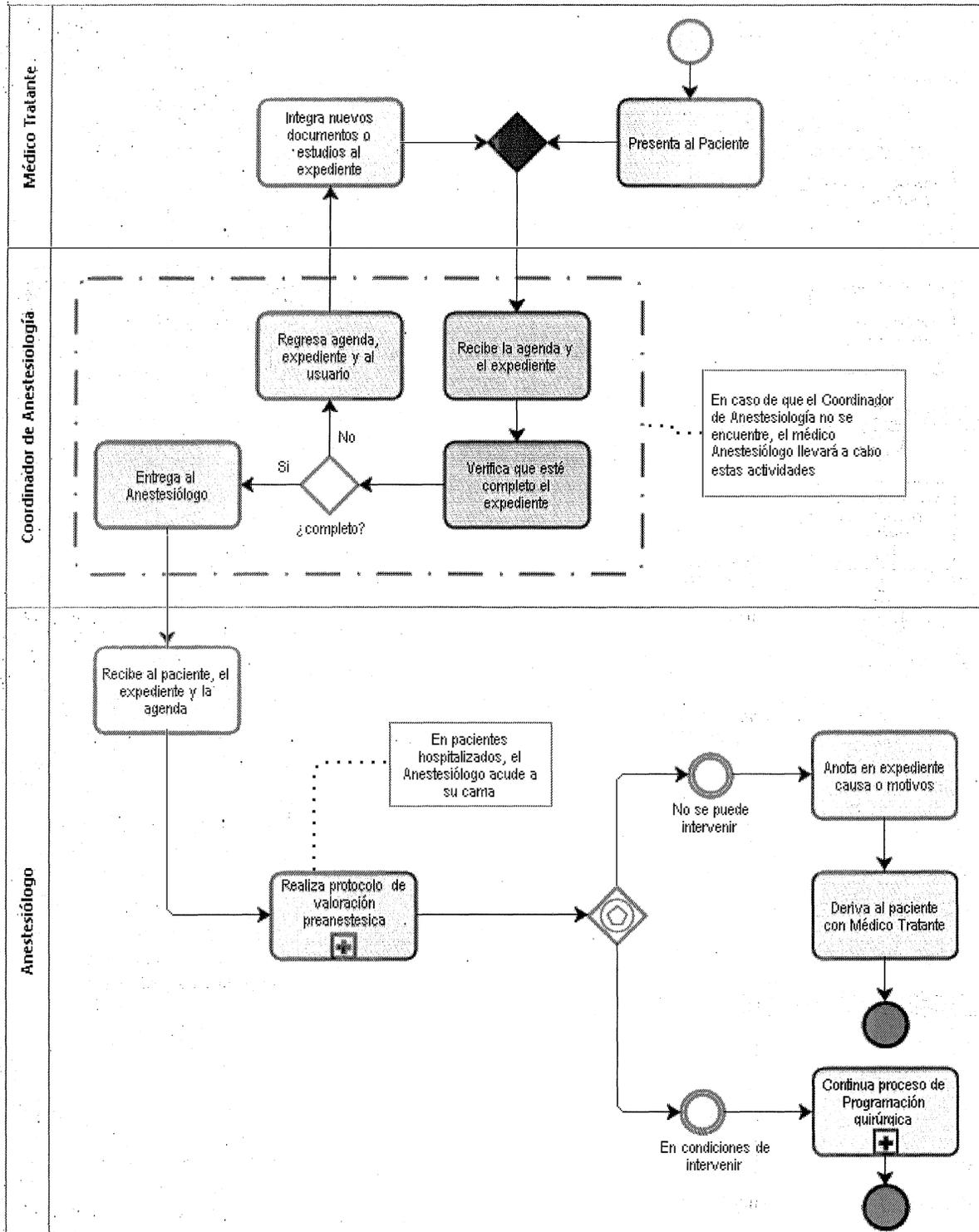
2. Llevar e incorporar todos los registros necesarios en el expediente clínico de cada usuario.

4.- RESPONSABILIDADES

Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
Funciones	
1.2.3 Unidad Médica de Urgencias	
a) Implementar las acciones necesarias para acreditar la unidad médica de urgencias.	
b) Coadyuvar para que se dé atención médica integral a la población, que demanda servicios en la unidad médica de urgencias con calidad y humanitarismo.	
f) Documentar los procedimientos y protocolos médicos de intervención bajo las mejores prácticas, en apoyo a la atención médica y rumbo a la acreditación y certificación.	
j) Identificar oportunidades de mejora de la calidad en la atención médica, así como corregir anomalías que sean detectadas.	

Documento	008OE-DSMM_001 Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.2.2 Urgencias	
c) Integrar los expedientes clínicos conforme a la normatividad para realizar el manejo apropiado del paciente.	
n) Crear un ambiente de respeto y cooperación en el marco de la seguridad del paciente según los lineamientos de control de calidad y la Ley General de Salud.	
p) Participar con la documentación de los procedimientos en la búsqueda de la acreditación o certificación de la unidad médica.	
q) Mantener una comunicación directa entre las unidades médicas, para valorar ingreso de pacientes según capacidad física resolutive, y	
r) En general, todas aquellas que le confieran las disposiciones jurídicas y administrativas aplicables y las asignadas por el superior jerárquico.	

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



6.- DESARROLLO:

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



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

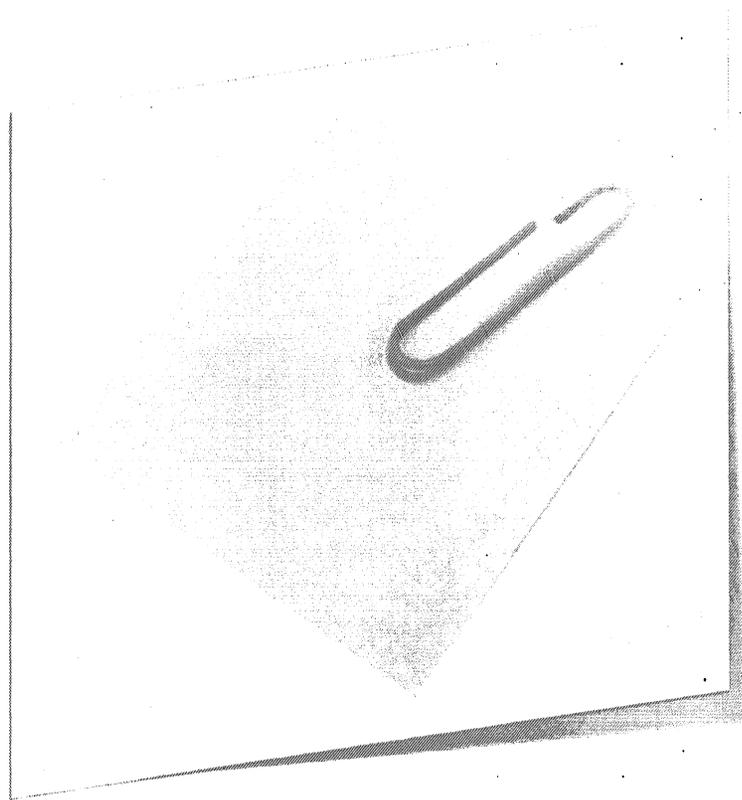
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

Clave	Documento
N.A.	Anexo 01 Expediente clínico

11. DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS

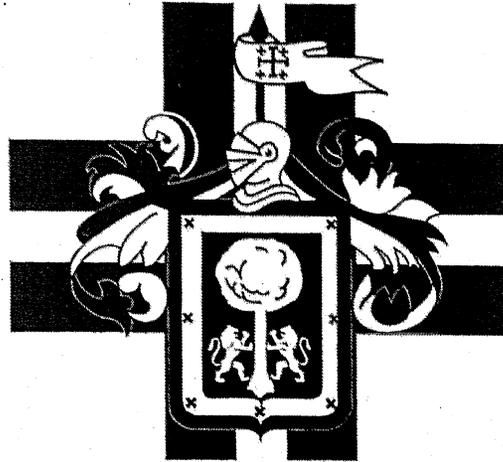
No.	Fecha del Cambio	Actividad Modificada	Breve Descripción del Cambio
1.	31 de julio del 2023	Ninguna	Cambio de administración 2021-2024

ANEXOS



Anexo 01: Expediente clínico (formato sugerido)

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



CRUZ VERDE

19



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para otorgar consulta preanestésica

Clave: 024P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



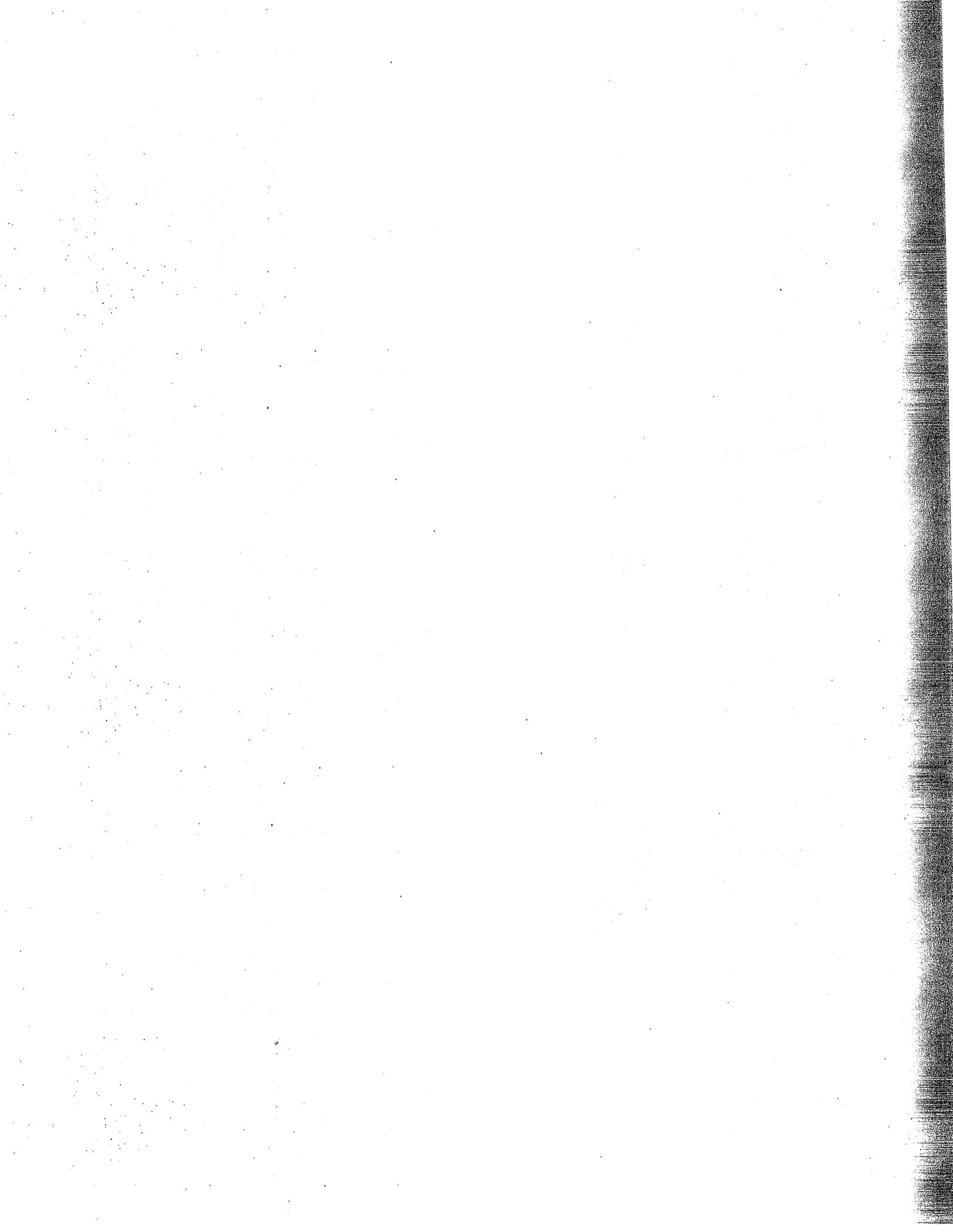
DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
CRUZ VERDE GUADALAJARA

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





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



Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.

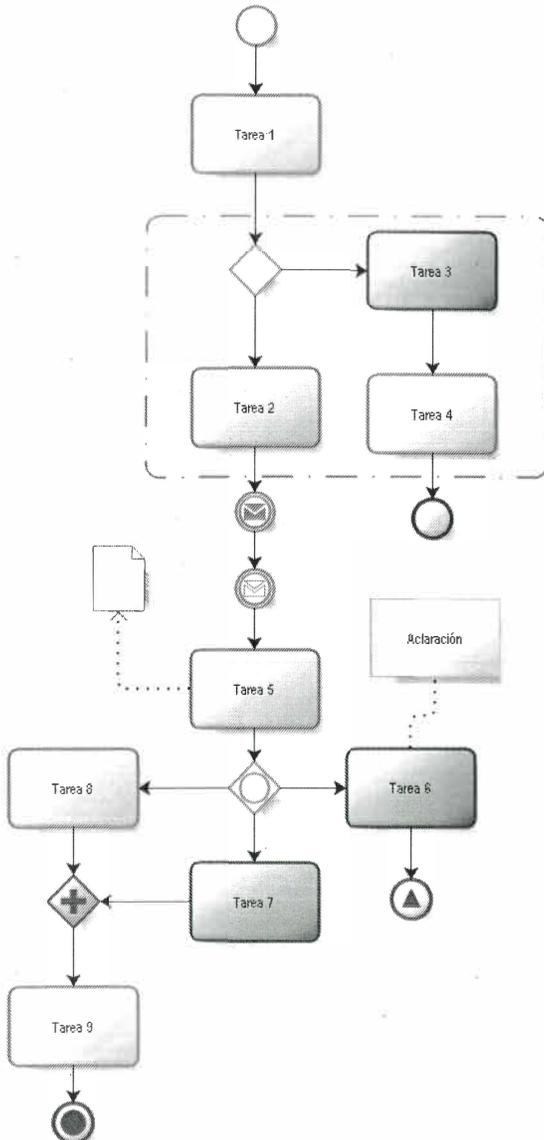
DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó:

DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

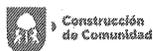
Autorizó

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



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

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



ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo.....	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	5
5.- Modelado de Proceso. Imagen general, no incluye detalles.....	7
6.- Desarrollo:.....	9
7.- Colaboradores:.....	13
8.- Definiciones:.....	14
9.- Documentos de Referencia:.....	14
10.- Formatos Utilizados:	14
11. Descripción de Cambios	14
Anexos	15



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

Clave: 029P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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

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



1.- OBJETIVO

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

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

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

Áreas que intervienen:

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

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos vigentes son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Con el fin de contar con disponibilidad de hemocomponentes para cuando se requieran, se tiene la necesidad de que los familiares de los pacientes acudan al Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS) para realizar donación de sangre, por lo que, el personal médico y el de trabajo social, debe solicitar el (los) comprobante(s) de donación correspondiente.
- Es responsabilidad de los médicos especialistas, la de programar cirugías, hasta que el usuario o familiar, entregue copia del(los) comprobante(s) de donación correspondiente(s).
- Las muestras que se entreguen en el Laboratorio de Análisis Clínicos o, en el Depósito de Sangre y éstas se encuentren carentes de rótulo, deben tirarse (desecharse) de inmediato a RPBI, ello en apego a la norma en materia de disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Únicamente se procesarán muestras y se recibirán documentos cuando la muestra cumple con todos los requisitos.
- En caso de haberse realizado una transfusión urgente, el personal médico y de trabajo social, debe solicitar el(los) comprobante(s) de donación previo al alta del paciente.
- En caso de Urgencia, el personal médico podrá solicitar verbalmente las pruebas cruzadas y hemocomponentes, siempre y cuando envíe el consentimiento informado y la muestra conforme a requisitos, en el entendido de que, al finalizar la urgencia, el personal médico solicitante, debe completar los requisitos del proceso de solicitud ordinario, con la finalidad de conformar:



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

Clave: 029P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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 mandarían con el mensajero/chofer y en el horario descrito en los procedimientos que determine el Responsable Médico de dicha Unidad, para entregarse al Depósito de Sangre antes de las 12:00 horas en turno matutino y antes de las 24:00 horas para los siguientes turnos.

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

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.

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

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



4.- RESPONSABILIDADES

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



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

Clave: 029P-SD3_002

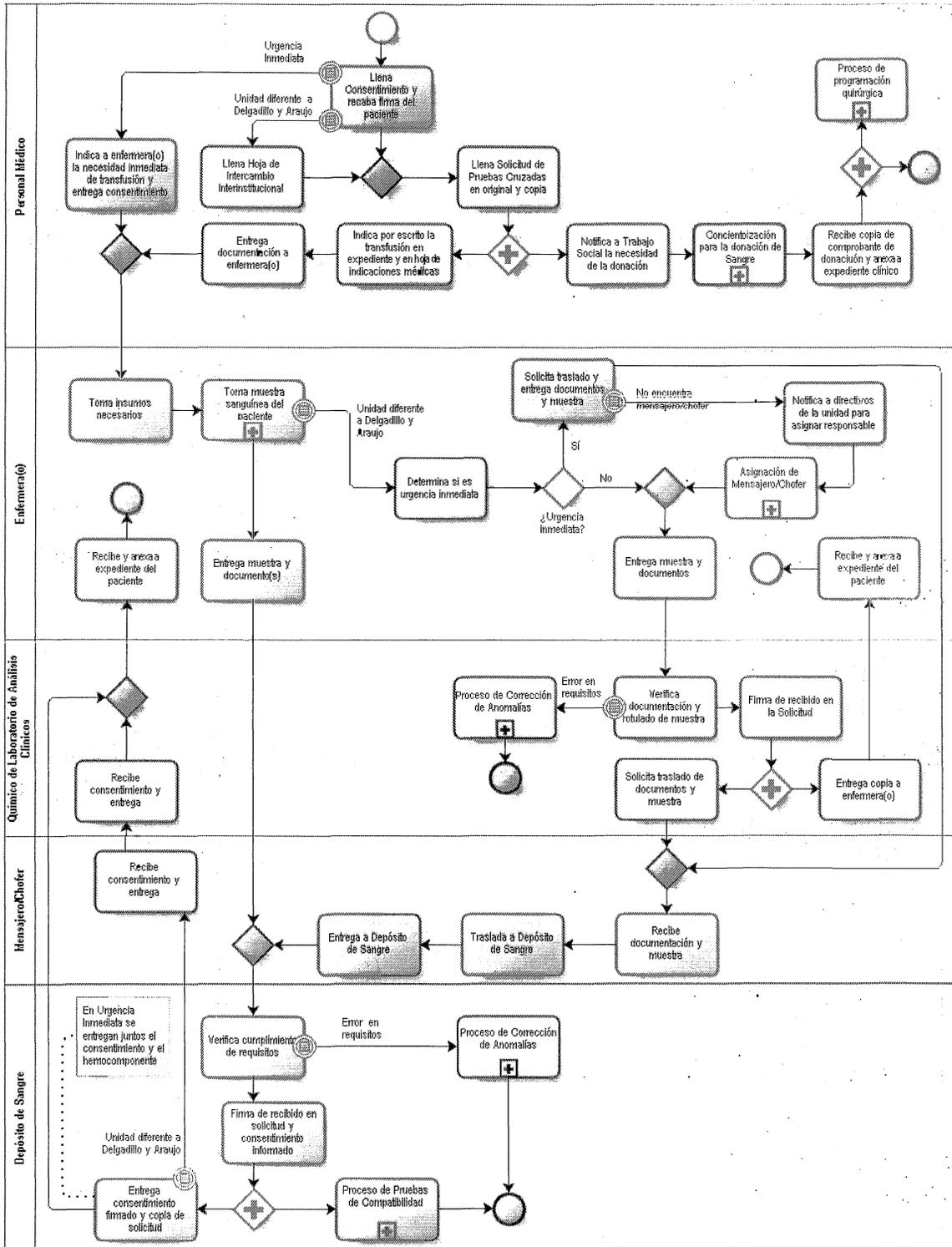
Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023





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





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

Clave: 029P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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

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



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Personal Médico	<p>Llena con letra legible y datos completos la “Hoja de consentimiento informado adulto” (Anexo 01A) o la “Hoja de consentimiento informado de menor de edad o incapaz” (Anexo 01B) y recaba firma del paciente, tutor o la del médico que consiente la transfusión a falta de los anteriores y de los testigos. Aplica siguiente actividad.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es una Unidad diferente a Delgado 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	<p>De manera paralela procede de acuerdo a la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre”. Aplica actividad 25.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.	Por el otro lado	Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre” . Aplica actividad 25.
Actividad	Entonces							
Por un lado	Indica por escrito la transfusión en “Expediente clínico” (anexo 04) y en la “Hoja de indicaciones médicas” (anexo 05). Aplica siguiente actividad.							
Por el otro lado	Notifica a personal de Trabajo Social la necesidad de donación de sangre de familiares y amigos del paciente para mantener el abasto de la misma y se aplique el Proceso de “Concientización para la donación de sangre” . Aplica actividad 25.							
4.	Personal Médico	Entrega documentación a enfermera(o) solicitando la transfusión.						
5.	Enfermera(o)	Toma insumos necesarios para la obtención de la muestra y acude con el paciente.						

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

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

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



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

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

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

Clave: 029P-S B_002
 Documentación: 30 de mayo del 2022
 Actualización: 31 de julio 2023



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

7.- COLABORADORES:

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



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

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



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.

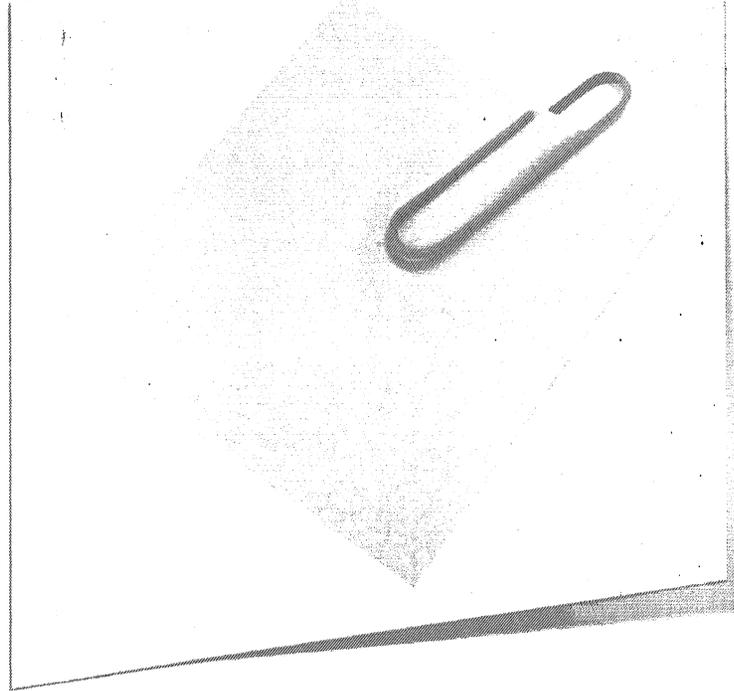


Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

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



ANEXOS





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

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





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

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



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 SANGUÍNEOS



Servicios Médicos
 Dependencia de Salud

Yo: _____

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) PACIENTE	EDAD
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	REGISTRO	SERVICIO
Domicilio en:			DIAGNÓSTICO
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 legítimo con la firma de mi puño y letra porque no existe error ni dolo de mi parte; cumpliendo así con las disposiciones legales vigentes para este acto médico. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.

FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE

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

DATOS DEL MÉDICO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) MÉDICO
ESPECIALIDAD	ESPECIFICAR RESIDENTE O ADSCRITO	FIRMA
TESTIGO		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S) TESTIGO
CEDULA PROFESIONAL (Si aplica)		FIRMA
No. ID. (Especificar: IFE, Cédula, 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



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

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



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

	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES.																															
Causa por la que ejerce el consentimiento _____		Para: _____																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">PACIENTE: NOMBRE(S)</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 10%;">EDAD</td> <td style="width: 10%;">MASC</td> <td style="width: 10%;">FEM</td> </tr> <tr> <td>REGISTRO</td> <td>No. AFILIACIÓN SEGURO POPULAR</td> <td>SERVICIO</td> <td colspan="3">DIAGNOSTICO</td> </tr> <tr> <td>CALLE</td> <td colspan="2">NUMERO EXTINT</td> <td colspan="3">COLONIA</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>MUNICIPIO</td> <td>ESTADO</td> <td colspan="3">TELEFONO (LADA)</td> </tr> </table>			PACIENTE: NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	MASC	FEM	REGISTRO	No. AFILIACIÓN SEGURO POPULAR	SERVICIO	DIAGNOSTICO			CALLE	NUMERO EXTINT		COLONIA			CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)								
PACIENTE: NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	MASC	FEM																											
REGISTRO	No. AFILIACIÓN SEGURO POPULAR	SERVICIO	DIAGNOSTICO																													
CALLE	NUMERO EXTINT		COLONIA																													
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)																													
QUIEN OTORGA EL CONSENTIMIENTO (PADRE, MADRE, TUTOR)																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6">YO:</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;">NOMBRE(S)</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO PATERNO</td> <td style="width: 20%;">APELLIDO MATERNO</td> <td style="width: 10%;">EDAD</td> <td style="width: 10%;">HOMBRE</td> <td style="width: 10%;">MUJER</td> </tr> <tr> <td>OCCUPACION</td> <td>ESTADO CIVIL</td> <td>VINCULO CON EL PACIENTE</td> <td colspan="3">IDENTIFICACION (especificar tipo y número)</td> </tr> <tr> <td>CALLE</td> <td colspan="2">NUMERO EXTINT</td> <td colspan="3">COLONIA</td> </tr> <tr> <td>CP</td> <td>MUNICIPIO</td> <td>ESTADO</td> <td>TELEFONO (LADA)</td> <td colspan="2">CORREO ELECTRONICO</td> </tr> </table>			YO:						NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	HOMBRE	MUJER	OCCUPACION	ESTADO CIVIL	VINCULO CON EL PACIENTE	IDENTIFICACION (especificar tipo y número)			CALLE	NUMERO EXTINT		COLONIA			CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)	CORREO ELECTRONICO	
YO:																																
NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	EDAD	HOMBRE	MUJER																											
OCCUPACION	ESTADO CIVIL	VINCULO CON EL PACIENTE	IDENTIFICACION (especificar tipo y número)																													
CALLE	NUMERO EXTINT		COLONIA																													
CP	MUNICIPIO	ESTADO	TELEFONO (LADA)	CORREO ELECTRONICO																												
<p>Declaro que se me ha informado a mi entera satisfacción en un lenguaje claro y sencillo, que comprendí lo que se me explicó sobre el o los productos sanguíneos que serán transfundidos, los objetivos, los beneficios, posibles riesgos y consecuencias, y en su caso los procedimientos y productos alternativos que existen antes de recibir una transfusión de sangre y productos sanguíneos.</p> <p>Declaro que leí y entendí la información y el material educativo proporcionado.</p> <p>Declaro que se me brindó la oportunidad de hacer preguntas y que éstas fueron contestadas satisfactoriamente por el Doctor(a) _____</p> <p>Declaro que estoy consciente de que existe un riesgo a pesar de que el donador ha sido evaluado, y la sangre y los diversos productos sanguíneos son NO REACTIVOS a las pruebas de detección de agentes infecciosos transmisibles por transfusión acorde con la NOM-253-SSA1-2012 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos". Y puede presentarse una reacción durante o posterior a la transfusión, de tipo aguda y/o crónica, hemolítica y/o no hemolítica y existe el riesgo de contraer una enfermedad infecciosa no identificada al momento de la evaluación, así como el riesgo de adquisición de algún antígeno irregular.</p> <p>Conociendo y entendiendo los riesgos, doy mi consentimiento por propia voluntad, con pleno uso de mis facultades mentales y con pleno conocimiento de causa consiento la transfusión de sangre y productos sanguíneos para el paciente _____. También doy la autorización al personal de Salud para la atención de contingencias derivadas del acto consentido, atendiendo al principio de autoridad prescriptiva.</p>																																
<p>_____</p> <p>FIRMA O HUELLA DACTILAR DEL OTORGANTE.</p>																																
<p>En caso de urgencia se omitirá el presente consentimiento informado para transfusiones de sangre y productos sanguíneos atendiendo a lo dispuesto y señalado en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Atención Médica.</p>																																
<p>Marlene Bárcenas 997, Col Alcalde, Guadalajara, Jalisco a _____ de _____ del 201____. Hora: _____</p> <p>Tel: 12017200</p>																																



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

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



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

	SERVICIOS MÉDICOS MUNICIPALES UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD O INCAPACES	
DATOS DEL MÉDICO		
MÉDICO: NOMBRE(S) _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____		
FIRMA _____ CEDULA PROFESIONAL MEDICO _____ CEDULA PROFESIONAL ESPECIALIDAD _____		
TESTIGO		
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) _____		



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

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



Anexo 02: Hoja de Intercambio Interinstitucional
 (Formato sugerido)

	SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS SECRETARÍA MÉDICA DEL GOBIERNO DEL ESTADO SOLICITUD DE INTERCAMBIO INTERINSTITUCIONAL	
--	--	--

C DR RAH 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 me proporcione unidades en total de los siguientes grupos sanguíneos:

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

OBSERVACIONES O ESPECIFICACIONES ESPECIALES DE LOS HEMOCOMPONENTES:	
---	--

Del grupo sanguíneo _____ y Rh _____ para ser transfundidos al paciente:

edad _____ sexo _____ registro _____ diagnóstico _____ cama _____

Hemoglobina _____ g/dl. Hematocrito _____ % Plaquetas _____ TP _____ TESTIGO _____

Fibrinogeno _____ TTP _____ TESTIGO _____

Medicamento que recibe _____

Indicaciones de la transfusión _____

Indicado por Dr (a) _____

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

DR. ROSARIO SÁNCHEZ MOYA RESPONSABLE SANITARIO nombre y firma	BELLO DE LA UNIDAD HOSPITALARIA
Nombre del establecimiento _____	
Domicilio _____	
Número de Unidad del Establecimiento _____	
Nombre del Responsable del servicio de Transfusión _____	
Código de Unidad Sanitaria del Servicio de Transfusión _____	

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



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

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



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 Aprobación

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS MARIANO BACENAS 997, COL. ALCAZAR, GUADALAJARA, Jalisco. TEL: 12927209										
		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	CA					
GRUPO ABO Y RH	HEMOGLOBINA*	HEMATOCRITO*	PLAQUETAS*	TP y TESTIGOS	TPT y TESTIGOS	FIBRINOGENO	GRUPO DE IMPORTANCIA					
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES	PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL							
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES	SOLICITUD URGENTE Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor.									
CONCENTRADO DE ERITROCITOS			*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tarda 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tarda 30 min.									
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS			MOTIVO DE URGENCIA		REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN.							
PLASMAS FRESCO CONGELADO			*Data requerido									
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS			NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS			En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE			FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRIOPRECIPITADO												
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:		RASTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
		SI	S2									
Información Importante Adicional:		A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA												
Hora: 24:00 H												
Firma:												



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

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



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

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



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

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



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 *

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



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

Clave: 029P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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

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



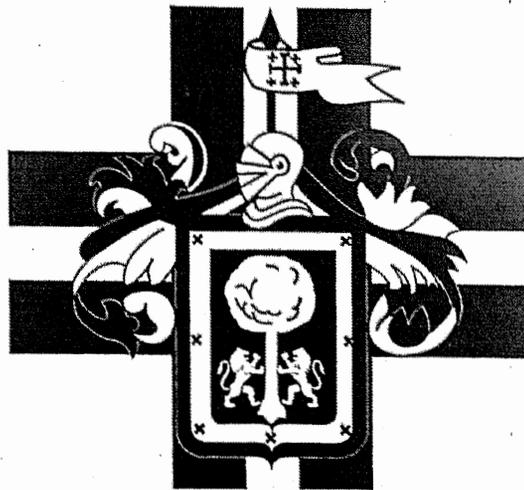
Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento de solicitud de pruebas de
compatibilidad y hemocomponentes

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

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



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

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



Anexo 04: Expediente Clínico
 Reverso (Formato sugerido)



**DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD
 CRUZ VERDE GUADALAJARA**

CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO

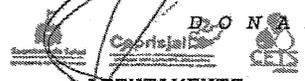
NUM. REGISTRO

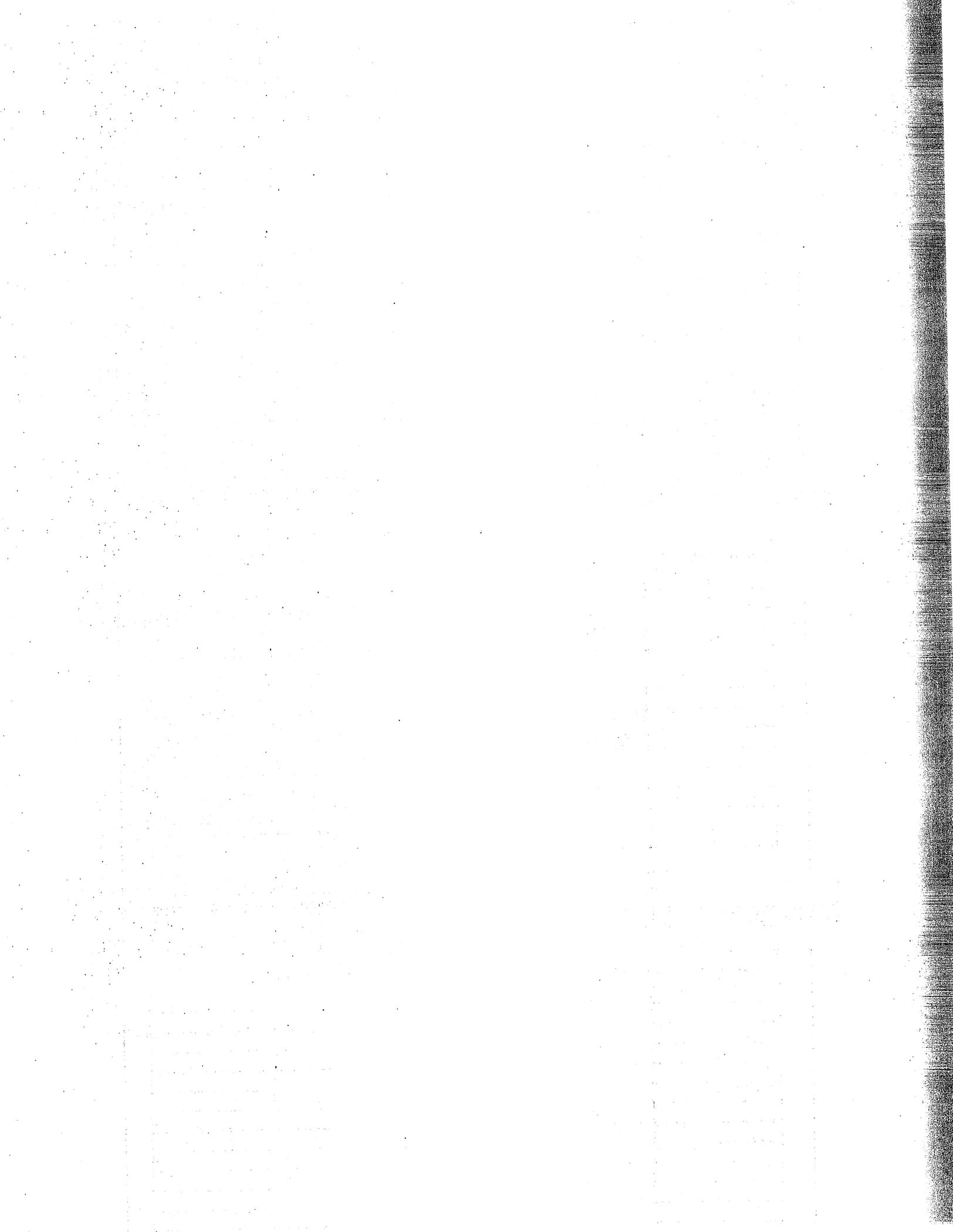
NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

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
HOJA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	005/1
HOJA DE PRONOCIONES	HOJA VERDE	005/2
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	005/3
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	006
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO QUIRURGICO	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. 8/08

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		
 <p>DONAR SANGRE, ES SALVAR VIDAS</p> <p>INCONTINGENTE COP 1791877</p>		
RESPONSABLE BANCO DE SANGRE		* VALIDO POR 42 DIAS. * NO TRANSFERIBLE, NO NEGOCIABLE.
Entregar al Paciente		Impresión: 25/08/2016 10:07:29 RE-DON-05





Procedimiento para la concientización de Usuarios en la donación de sangre

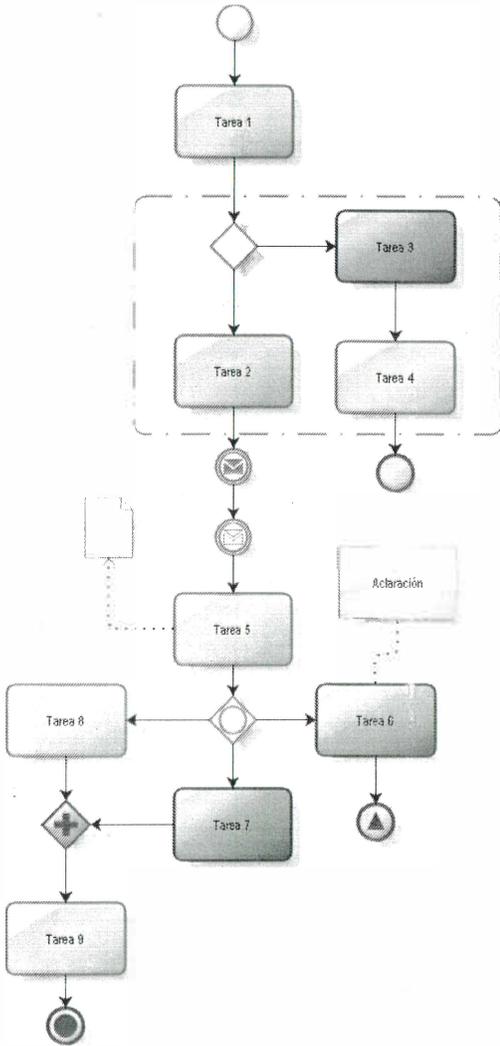
Clave: 030P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023

Autorización

Nivel II



Unidad Médica de Urgencias
Coordinación de Trabajo Social



Autorizaciones

Elaboró:

LAL. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO

Proyectista

Vo. Bo.

DR. HECTOR 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



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

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



**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



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

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



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



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

Clave: 030P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



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 programar 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.



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

Clave: 030P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

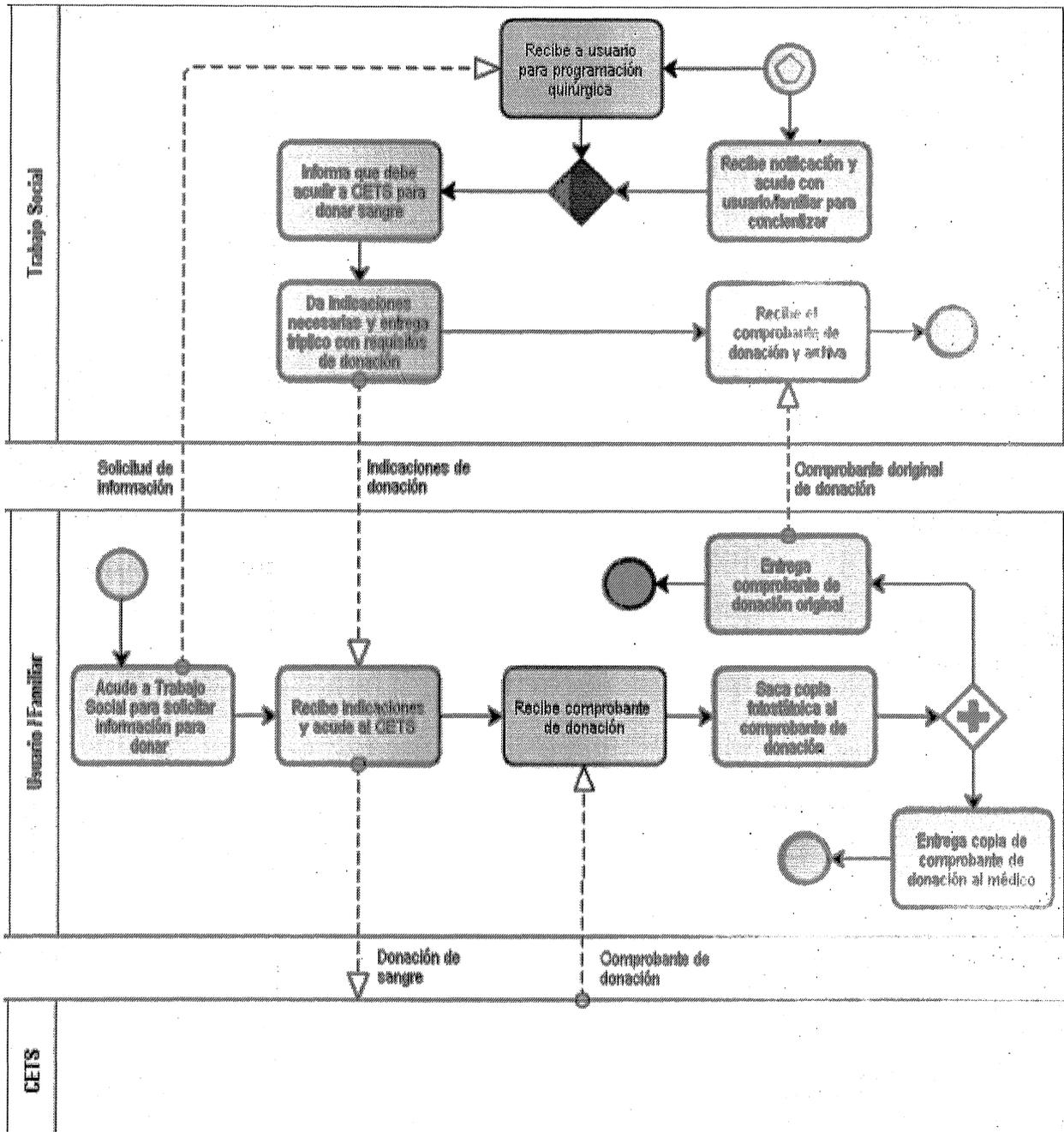
Actualización: 31 de julio del 2023



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						
<p>Determine dónde se inicia el procedimiento con base en la siguiente tabla:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Si el procedimiento inicia</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Con el usuario</td> <td>Aplica la siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Con Trabajo Social</td> <td>Continúe en la actividad 3.</td> </tr> </tbody> </table>			Si el procedimiento inicia	Entonces	Con el usuario	Aplica la siguiente actividad.	Con Trabajo Social	Continúe en la actividad 3.
Si el procedimiento inicia	Entonces							
Con el usuario	Aplica la siguiente actividad.							
Con Trabajo Social	Continúe en la actividad 3.							
1.	Usuario/ familiar	Acude a Trabajo Social para solicitar información para donación de sangre porque se requiere para programar intervención quirúrgica.						
2.	Personal de Trabajo Social	Recibe al Usuario/ familiar que requiere información sobre el proceso de donación de sangre. Aplica actividad 4.						
3.		Recibe la notificación del médico y acude con familiares del usuario para concientizar respecto a la importancia de la donación de sangre, con el fin de mantener un stock de los hemocomponentes que nos provee el Centro Estatal de la Transfusión Sanguínea (CETS).						
4.		Informa al Usuario/ familiar que deben acudir al CETS para donar sangre y que recibirá ahí un comprobante al cual le debe sacar una copia fotostática.						
5.		Da indicaciones necesarias y entrega el tríptico de "Requisitos para la donación de sangre" (anexo 01).						
6.		Recibe indicaciones y acude a CETS.						
7.	Usuario/ familiar	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:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Entrega comprobante de donación original al personal de Trabajo Social. Aplica siguiente actividad.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Entrega copia fotostática del comprobante de donación al personal médico para que se anexe al "Expediente clínico" y lo puedan programar para procedimientos quirúrgico, si ese fuera el caso. Fin del procedimiento.</td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Entrega comprobante de donación original al personal de Trabajo Social. Aplica siguiente actividad.	Por el otro lado	Entrega copia fotostática del comprobante de donación al personal médico para que se anexe al "Expediente clínico" y lo puedan programar para procedimientos quirúrgico, si ese fuera el caso. Fin del procedimiento.
Actividad	Entonces							
Por un lado	Entrega comprobante de donación original al personal de Trabajo Social. Aplica siguiente actividad.							
Por el otro lado	Entrega copia fotostática del comprobante de donación al personal médico para que se anexe al "Expediente clínico" y lo puedan programar para procedimientos quirúrgico, si ese fuera el caso. Fin del procedimiento.							
10.	Personal de Trabajo Social	Recibe "Comprobante(s) de donación" del familiar del paciente y lo archiva. Fin del procedimiento.						

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



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

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



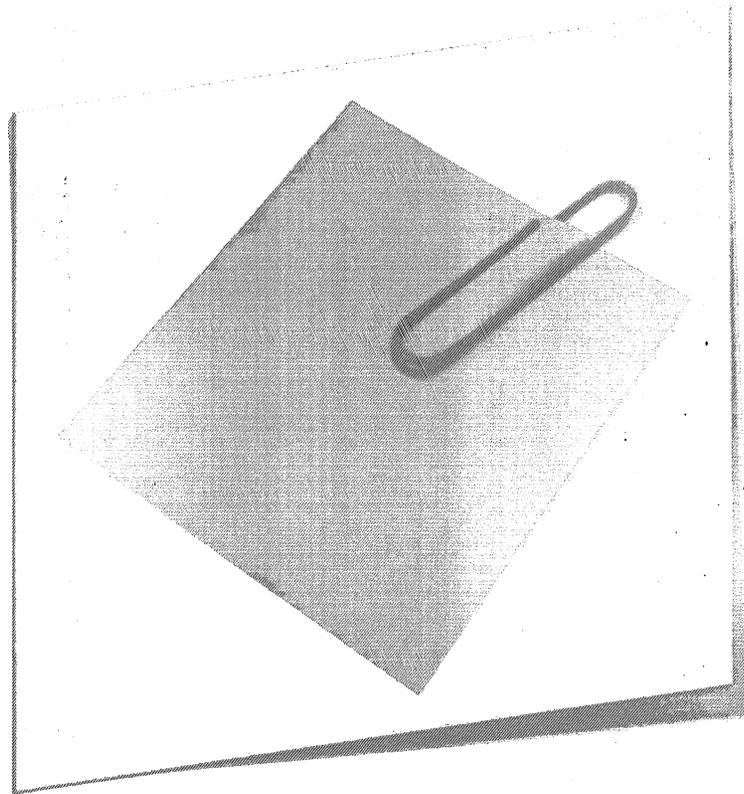


Dirección de Servicios Médicos Municipales
Procedimiento para la concientización de usuarios en la
donación de sangre

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



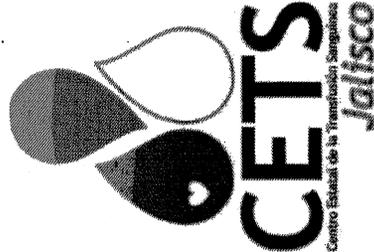
ANEXOS



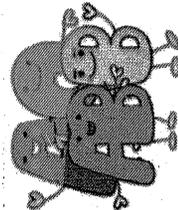
Anexo 01: Requisitos para la donación de sangre

Anverso

DO-REC-01 REV.1



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



¡Tú eres mi tipo!

DONADOR ALTRUISTA



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

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



Sistema Certificado en
ISO 9001
Certificado número
SSC/SH/0425
vigencias
22/03/2013 al 21/03/2018

Av. Zoquiápan No. 1050-0, Col. Zoquiápan,
C.P. 45170, Zapopan, Jal.
Teléfonos 38-36-7667
30-30-64-00 Ext. 6402 Trabajo Social



CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

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

Aclara tus dudas con el médico en la entrevista, no tengas 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 REGIRA POR PRINCIPIOS DE ALTRUISMO, AUSENCIA DE ANIMO DE LUCRO, POR LO QUE SU OBTENCIÓN Y UTILIZACIÓN SERÁN ESTRICTAMENTE A TÍTULO GRATUITO Y CON CONFIDENCIALIDAD.**

CENTRO ESTATAL DE LA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
Para donar sangre:

7:00 - 11:00 am

- Lunes a Viernes. El trámite es personal.
- Identificación oficial original, reciente y con fotografía.
- Ser mayor de 18 y menor de 65 años.
- Pesar más de 50 kgs.
- Ayuno mayor a 4 hrs y menor de 12 hrs.
- Beba mucha AGUA.
- Evita que tu último alimento antes de donar sea grasoso o contenga lácteos.

Vacunas 30 días
 Agudas Crónicas

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.

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

¿Cuál es el proceso para donar sangre?

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

Eres mujer y estás menstruando sin molestias.

Padécas hipertensión puedes donar siempre y cuando esté controlada.

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

Eres mujer y estás menstruando sin molestias.

Padécas hipertensión puedes donar siempre y cuando esté controlada.

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.

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

- Cuéren 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.

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 podrás donar.

4 veces
 3 veces

¿Cuál es el proceso para donar sangre?

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

Eres mujer y estás menstruando sin molestias.

Padécas hipertensión puedes donar siempre y cuando esté controlada.

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.

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

- Cuéren 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.



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

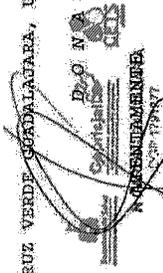
Clave: 030P-SD3 002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



Anexo 02: Comprobante de donación

 <p>Banco de Sangre C.E.T.S. GUADALAJARA AV. ZOQUIPAN # 1050 45170 ZAPOPAN, JALISCO Tel: 33-30306327</p>	<p>Donación: _____ No. Evaluación: _____ No. Unidad: _____</p>
<p>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</p> <p>de: CRUZ VERDE GUADALAJARA, N. DELGADILLO ARAÚJO</p>	
	
<p>* VALIDO POR 42 DIAS. * NO TRANSFERIBLE, NO NEGOCIABLE.</p>	
<p>RESPONSABLE BANCO DE SANGRE</p>	<p>Impresión: 25/08/2018 10:07:29 RE-DON-05</p>

Entregar al Paciente



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



Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.

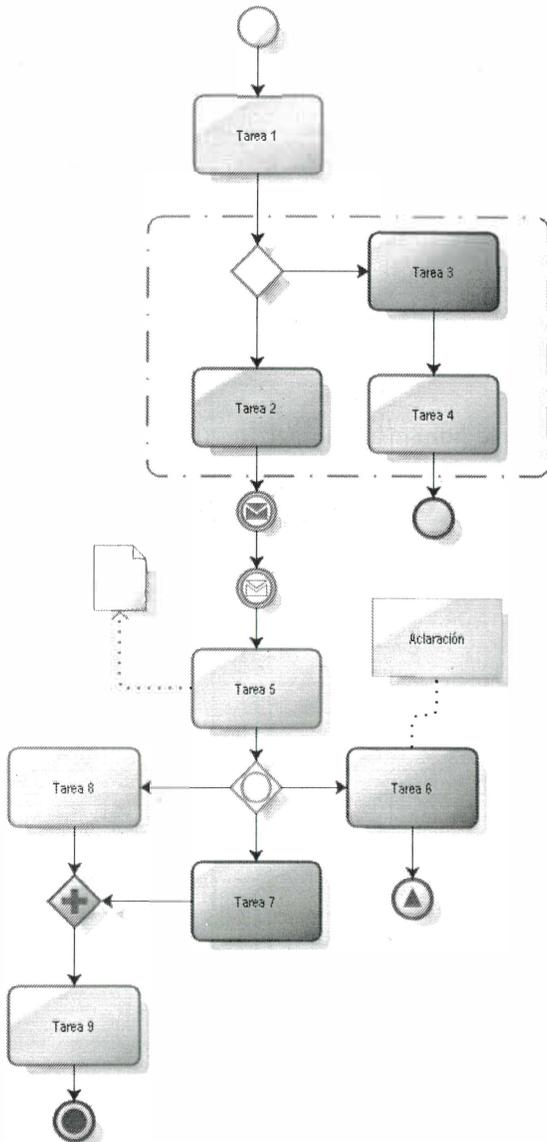
DR. HÉCTOR RAMÍREZ CORDERO
SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN, INNOVACIÓN Y EVALUACIÓN

Aprobó:

DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

Autorizó:

DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
Dirección de Servicios Médicos Municipales



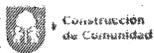


**Personal, que elaboró el Manual de
Procedimientos, 031 Procedimiento de
entrega-recepción de hemocomponentes**

NOMBRE

DRA. ELBA ANGELICA OROZCO LOYA

“Médico que fungió como encargada del depósito de sangre” Baja en la Administración 2018-2021



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





ÍNDICE

	Pág.
1.- Objetivo.....	3
2.- Alcance	3
3.- Reglas de Operación.....	3
4.- Responsabilidades.....	4
5.- Modelado de Proceso. Imagen general, no incluye detalles.....	5
6.- Desarrollo:	7
7.- Colaboradores:.....	10
8.- Definiciones:.....	11
9.- Documentos de Referencia:.....	11
10.- Formatos Utilizados:	11
11. Descripción de Cambios	11
Anexos	13



Dirección de Servicios Médicos Municipales

**Procedimiento de entrega-recepción de
hemocomponentes**

Clave: 031P-SD3_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio de 2023





1.- OBJETIVO

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

2.- ALCANCE

Límites del procedimiento (inicio y fin):

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

Áreas que intervienen:

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

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

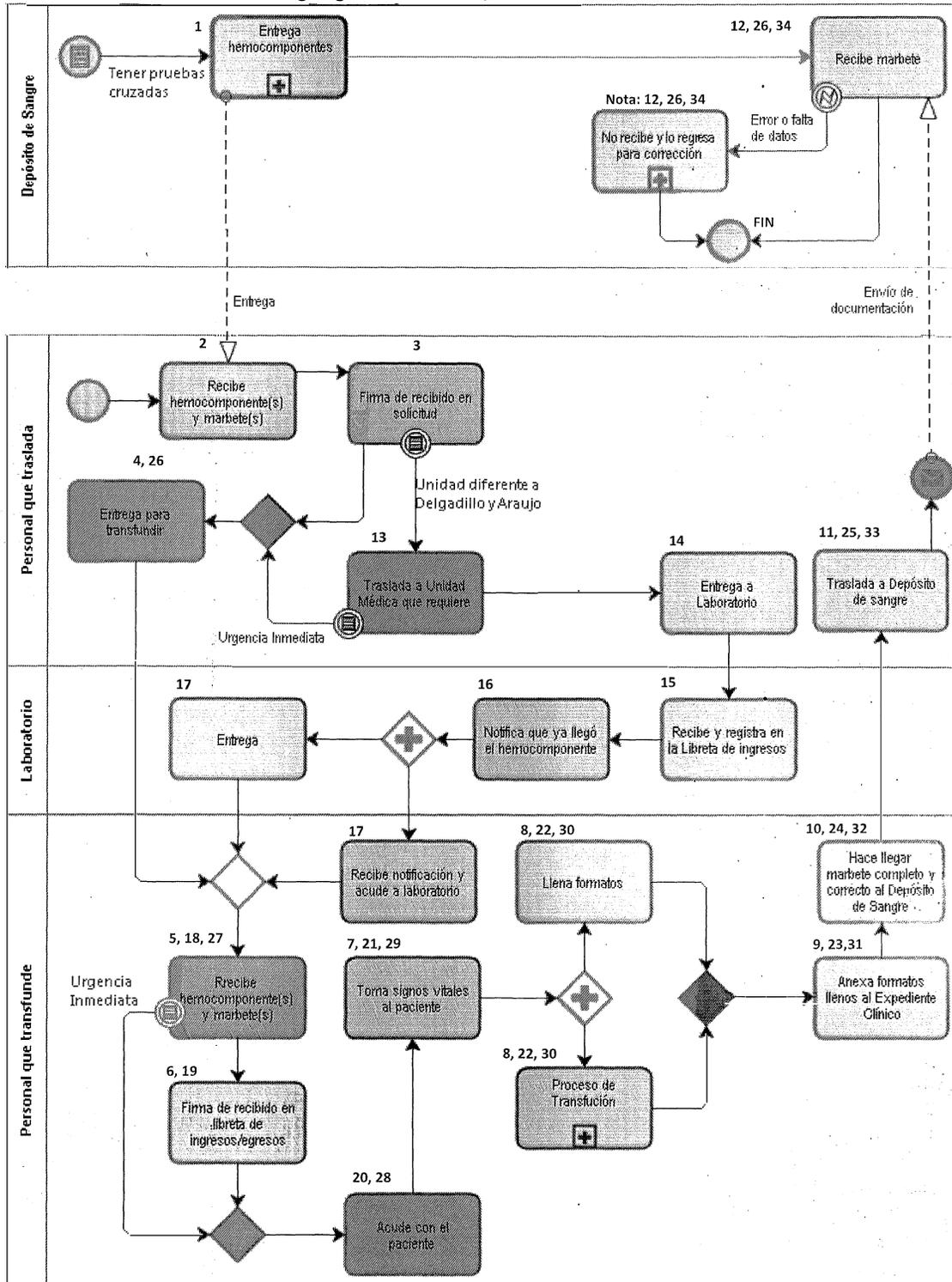
- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o éste, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Una vez que la solicitud de hemocomponentes se encuentra en el Depósito de Sangre, el personal de la Unidad Médica es el responsable de enviar al mensajero a Depósito de Sangre, otorgando el nombre completo del paciente y la cantidad y tipo de hemocomponentes requeridos en ese momento.
- Todo personal que cumpla el rol de mensajero y venga de una Unidad Médica distinta a la Delgadillo y Araujo debe traer con él una hielera para mantener a temperatura adecuada el(los) hemocomponente(s).
- Todo personal que cumpla el rol de mensajero debe identificarse con gafete Institucional o en su defecto con IFE.
- Es responsabilidad del personal de enfermería o de anestesiología, según sea el caso, la de transfundir, llenar los formatos, y hacerlos llegar al Depósito de Sangre en las siguientes 24 Hrs.
- En caso de urgencia inmediata y una vez estabilizado el paciente, el personal que transfundió debe completar el procedimiento ordinario (trámites administrativos).



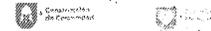
4.- RESPONSABILIDADES

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

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







6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Personal del Depósito de Sangre	Entrega el 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:						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Actividad</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Por un lado</td> <td>Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.</td> </tr> <tr> <td>Por el otro lado</td> <td>Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" (anexo 03) • "Hoja de registro de actos transfusionales" (anexo 04) y • "Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería" (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. </td> </tr> </tbody> </table>	Actividad	Entonces	Por un lado	Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.	Por el otro lado	Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" (anexo 03) • "Hoja de registro de actos transfusionales" (anexo 04) y • "Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería" (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión.
		Actividad	Entonces					
Por un lado		Realiza el Proceso de Transfusión sanguínea de acuerdo a protocolos Nota: El personal que transfunde debe estar los primeros 15 minutos a pie de cama con el paciente, ya que las reacciones más peligrosas suelen darse en este lapso de tiempo.						
Por el otro lado		Llena los siguientes formatos: <ul style="list-style-type: none"> • "Marbete o Tarjeta de reacción transfusional" (anexo 03) • "Hoja de registro de actos transfusionales" (anexo 04) y • "Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería" (anexo 05), en la que especificará, los datos de la Unidad del (los) hemoderivado(s) que se está(n) transfundiendo y el tiempo en que se realiza la transfusión. 						
Una vez terminadas ambas actividades, continúa en la siguiente actividad								
9.	Anexa los siguientes formatos al "Expediente Clínico" (anexo 06): <ul style="list-style-type: none"> • "Hoja de registro de actos transfusionales" y, • "Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería" 							



Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes



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



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



Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes



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

7.- COLABORADORES:

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.





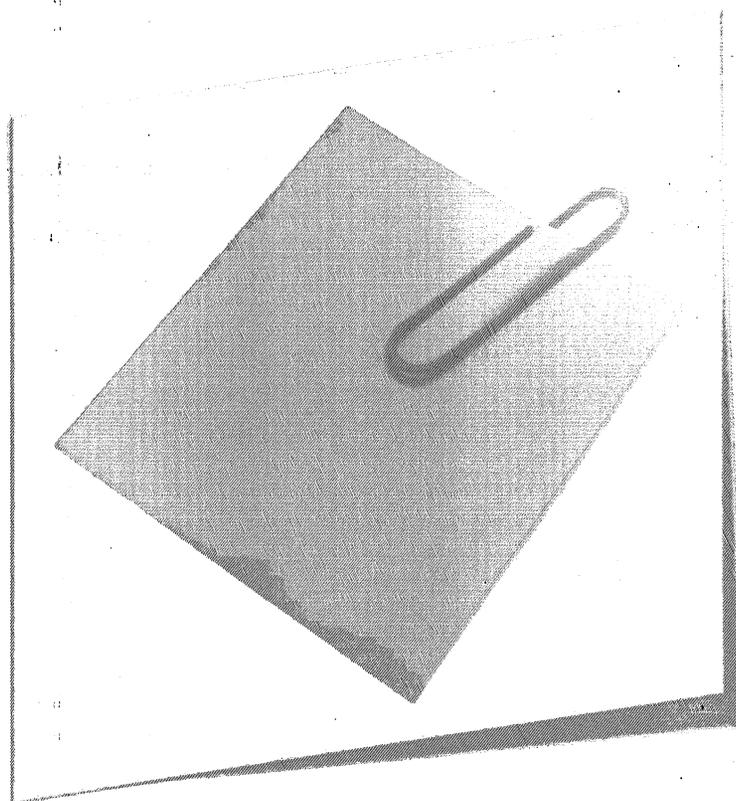
Dirección de Servicios Médicos Municipales

**Procedimiento de entrega-recepción de
hemocomponentes**

Clave: 031P-SD3_002
Documentación: 30 de mayo del 2022
Actualización: 31 de julio del 2023



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 BARRERAS 807, COL. ALCALDE, GUADALAJARA, JALISCO, TEL. 12817300														
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	TPY y TESTIGO	FIBRINOGENO	OTRO DE IMPORTANCIA							
TRANSFUSIONES PREVIAS				TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES		PRESENTÓ INMUNIZACION MATERNO FETAL?						
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última			*Valor requerido		SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO			No. UNIDADES	¿TRANSFUSIÓN DE USO AUTÓLOGO? <small>Escriba el número de unidades (Ver recibo o comprobante de donación)</small>										
CONCENTRADO DE ERITROCITOS				FECHA Y HORA DE LA CIRUGIA				FECHA Y HORA DE LA TRANSFUSIÓN						
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS														
PLASMAS FRESCO CONGELADO														
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR AFERESIS				NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL MÉDICO QUE INDICA				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. QUIEN INDICA						
C. PLAQUETAS				En su caso, NOMBRE COMPLETO Y TELEFONO DEL SOLICITANTE				FIRMA Y CÉDULA D.G.P. DE SOLICITANTE						
CRICOPRECIPITADO														
OBSERVACIONES O CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:				RASTRO ANTI-CUERPOS IRREG.				PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN						
				S1	S2									
*Registre las cifras de laboratorio más recientes del parámetro hematológico.				A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/ elabora:		Médico		Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA														
Hora: 24:00 H														
Firma:														



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



Anexo 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 Aprobación

Espacio para Servicio de Transfusión		SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS, UNIDAD MÉDICA DELGADILLO ARAUJO										
		SOLICITUD URGENTE DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS										
		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	TFT y TESTIGO	PIRINQUENO	OTRO DE IMPORTANCIA					
TRANSFUSIONES PREVIAS		TIPO DE REACCION TRANSFUSIONAL		No. DE GESTACIONES		PRESENTO INMUNIZACION MATERNO FETAL?						
SI	NO	No. Unidades	Fecha Última	*Valor requerido		SI	NO					
PRODUCTO SANGUINEO SOLICITADO		No. UNIDADES		SOLICITUD URGENTE <small>Cuando la NO aplicación inmediata puede poner en peligro la vida del receptor.</small>								
CONCENTRADO DE ERITROCITOS				*INMEDIATA: Se realiza Salina Rápida sin Prueba de Compatibilidad con Coombs. Tiempo 10 min. *ESPERA: Se realizan Pruebas de Compatibilidad con Coombs. Tiempo 30 min.								
C. ERITROCITOS LEUCODEPLETADOS				MOTIVO DE URGENCIA				REQUIERE INMEDIATO O PUEDE ESPERAR 30 MIN?				
PLASMAS FRESCO CONGELADO								*Dato requerido				
C. PLAQUETAS OBTENIDAS POR APERESIS				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				
CROPRECIPITADO												
OBSERVACIONES O CARACTERISTICAS ESPECÍFICAS REQUERIDAS:		RASTREO ANTICUERPOS IRREG.		PERSONAL QUE RECIBE MUESTRA EN SERV. DE TRANSFUSIÓN								
		SI	SI									
Información importante Adicional:		A	B	AB	D	CD	CM	A1	A2	B	O	Fecha y hora de recepción:
Quién recibe/elabora:	Médico	Enfermera			Laboratorio			Chofer / Paramédico				
Fecha: DD-MM-AA												
Hora: 24:00 H												
Firma:												



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



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

Grid table with columns for: Nombre del Receptor, Grupo y Rh, Unidad Clínica, Servicio, Expediente Clínico, Tipo de Cama, Médico que prescribe, Persona que recibe, Cargo, Fecha, Hora, Observaciones.

Procedimiento de entrega-recepción de hemocomponentes



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

**SECRETARÍA DE SERVICIOS MÉDICOS
UNIDAD MÉDICA DEL GADILLO ARAUJO**

**REGISTRO DE ACTOS TRANSFUSIONALES
AGREGAR ESTA HOJA AL EXPEDIENTE NOM-293-SSA1-2012**

* Para registrar las transfusiones en este formato, será necesario a una sanción.

Nombre del Receptor: _____ No. Expediente: _____ Seg. Pop. _____
 Género: _____ Edad: _____ F. Nacimiento: _____ Censat: _____ SelafPiso: _____ Servidor: _____
 Grupo/Rh: _____ Médico que indicó la transfusión: _____ Cédulas: _____ Firma: _____
 Diagnóstico de Certeza o Probabilidad: _____ Motivo de la Indicación Transfusional: _____

Tipo proceso	No. Unidad	SIGNOS VITALES				Fiebre y otros signos vitales	Volúmenes transfundidos	Nervios y firma personal	Medicamentos aplicados	Acciones tomadas (indicare las que realizó)
		HR	Tª	PA	FRC					
Pagar aquí la solicitud con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad	Hora									<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de
	Antes Transf.							<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Frenocentífugo <input type="checkbox"/> Hematocrito <input type="checkbox"/> Color urinario <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de	
	Durante							<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Frenocentífugo <input type="checkbox"/> Hematocrito <input type="checkbox"/> Color urinario <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de	
	Después Transf.							<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Frenocentífugo <input type="checkbox"/> Hematocrito <input type="checkbox"/> Color urinario <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de	
Pagar aquí la solicitud con los datos de compatibilidad en el momento de recibir la Unidad	Hora									<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de
	Antes Transf.							<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Frenocentífugo <input type="checkbox"/> Hematocrito <input type="checkbox"/> Color urinario <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de	
	Durante							<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Frenocentífugo <input type="checkbox"/> Hematocrito <input type="checkbox"/> Color urinario <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de	
	Después Transf.							<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ultrasonido <input type="checkbox"/> Frenocentífugo <input type="checkbox"/> Hematocrito <input type="checkbox"/> Color urinario <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Estado de shock	<input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Suspensión de la transfusión <input type="checkbox"/> Retiro posterior de la transfusión <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre <input type="checkbox"/> Análisis de grupo de sangre de la unidad <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud <input type="checkbox"/> Envío al Banco de Sangre al momento de la solicitud del paciente: 2 <input type="checkbox"/> Retiro de la unidad con lista de	

BUENAS PRÁCTICAS DE TRANSFUSIÓN:
 1. NO CALENTAR NI AGITAR HEMOCOMPONENTE PARA ADULTOS
 2. NO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS O SOLUCIONES A LA UNIDAD POR LA MISMA VÍA.
 3. EL TIEMPO DE LA TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO DE EROCIITOS NO DEBE EXCEDER 4 HORAS.
 4. VERIFICAR NOMBRE DEL RECEPTOR CON LA UNIDAD Y PACIENTE.
 5. REGISTRAR TODAS LAS TRANSFUSIONES EN ESTE FORMATO.
 6. AL NO TRANSFUNDIR LA UNIDAD, REGRESAR AL BANCO DE SANGRE ANTES DE TRANSCURRIR 1 HORA FUERA DE SU TEMPERATURA IDEAL (2-6°C)

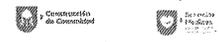
Anexo 05: Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería
(Formato sugerido) Anverso

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



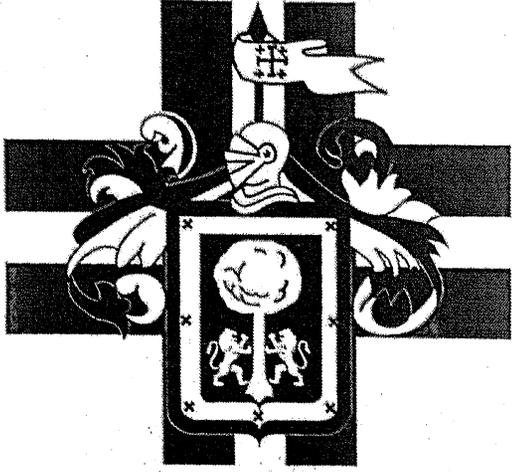
Anexo 05: Hoja de registros clínicos, tratamientos y observaciones de enfermería (formato sugerido) Reverso

Table with multiple columns and rows for clinical records, including headers for 'M A T', 'VESP', 'NOCT', 'SIGNOS Y SINTOMAS', and 'FECHA'.



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. 193-3-9



Anexo 06: Expediente Clínico (Formato sugerido) Reverso

DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD CRUZ VERDE GUADALAJARA	
CARPETA GUARDA EXPEDIENTE CLINICO	
NUM. REGISTRO <input type="text"/>	
NOMBRE	
FECHA DE INSCRIPCION	UNIDAD
FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	
ESTADO CIVIL	
OCUPACION	
DOMICILIO	
LOCALIDAD	
ESTADO	
MUNICIPIO	
NOMBRE DE LA MADRE	
CLASIFICACION SOCIECONOMICA	

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

D.M. 2008

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

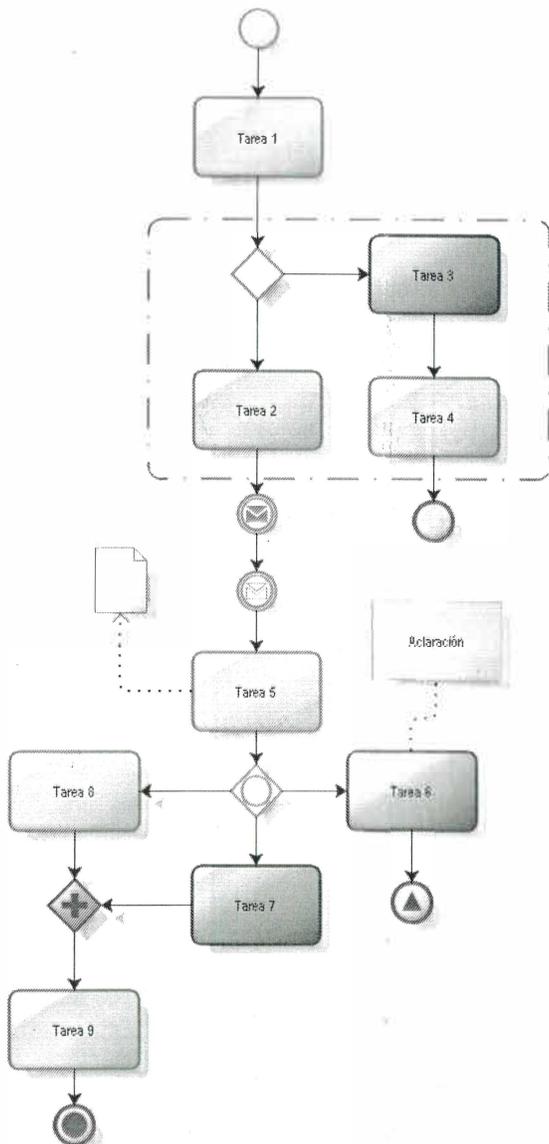
Clave: 032P-CV_002

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



Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

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

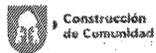
Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

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



**Personal que 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



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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

Clave: 032P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

Clave: 032P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



--



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

Clave: 032P-CV_002
Documentación: 30 de mayo del 2022
Actualización: 31 de julio 2023



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:

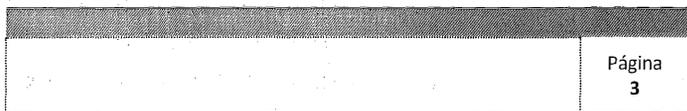
Registros Médicos, Estadística y TIC's y todas áreas de servicios médicos de la unidad médica de urgencias.

3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- 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.
- 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.
- El solicitante de expedientes clínicos, debe ser el médico tratante, el residente o enfermera (personal de base).
- 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

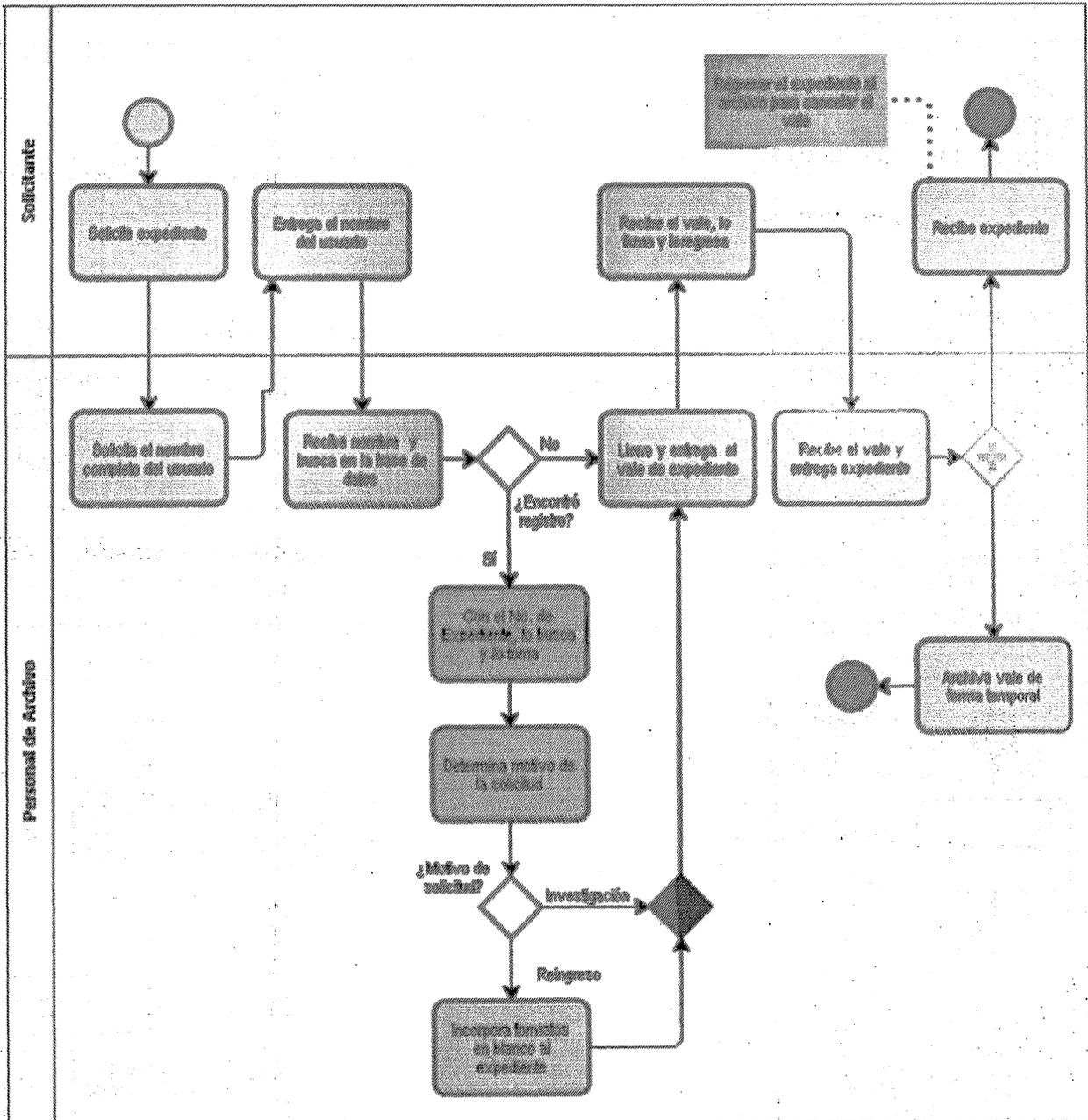
Documento	007OG-DSMM_001 Manual de Organización de la Dirección de Servicios Médicos Municipales
Funciones	
1.2.3 Unidad Médica de Urgencias	
c).	Instaurar mecanismos de control, supervisión y evaluación de calidad de la atención médica prestada a los usuarios.
f).	Documentar los procedimientos en apoyo 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	0000E-CV_001 Manual de Organización Específico de la Unidad Médica de Urgencias
Funciones	
1.0.1 Registros Médicos Estadística y TIC's	
a) Contribuir a la prestación de la mejor atención posible a los pacientes, asegurando que su expediente clínico sea único, íntegro, confidencial accesible y oportuno en el momento de la atención.	
b) Organizar y controlar la recolección, revisión, codificación y tabulación de los expedientes clínicos de forma diaria.	
h) Cumplir estrictamente con la normatividad en materia de integración y custodia de los expedientes clínicos; así como en la distribución oportuna de los mismos a los servicios solicitantes, invariablemente a través de vales de préstamo.	
i) Mantener el acceso a los expedientes clínicos restringido al personal de salud involucrado en la atención del paciente o a las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas que lo soliciten o a terceros cuando medie la solicitud por escrito del paciente, tutor o representante legal.	
l) Coordinar la impresión y distribución de los formatos necesarios a todo el personal de acuerdo con la información que debe generar y vigilar la suficiencia.	

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





6.- DESARROLLO:

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico

Clave: 032P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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:

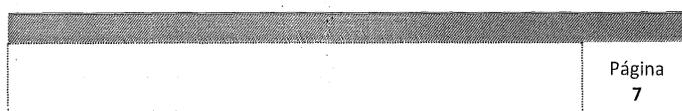
Clave	Documento
008OE-CV_001	Manual de organización específico de la Unidad Médica de Urgencias.
NOM-001-SSA3-2012	Educación en salud para la organización y funcionamiento de las residencias médicas
NOM-004-SSA3-2012	Norma oficial mexicana en materia del expediente clínico.
N. A.	Reglamento que regula 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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

**Procedimiento para la entrega y control del expediente
clínico**

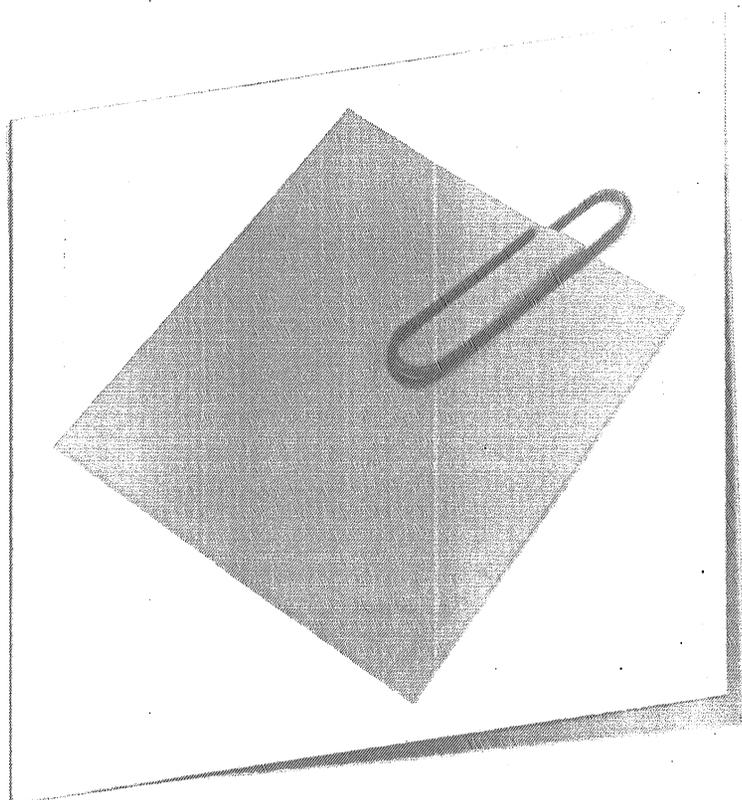
Clave: 032P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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

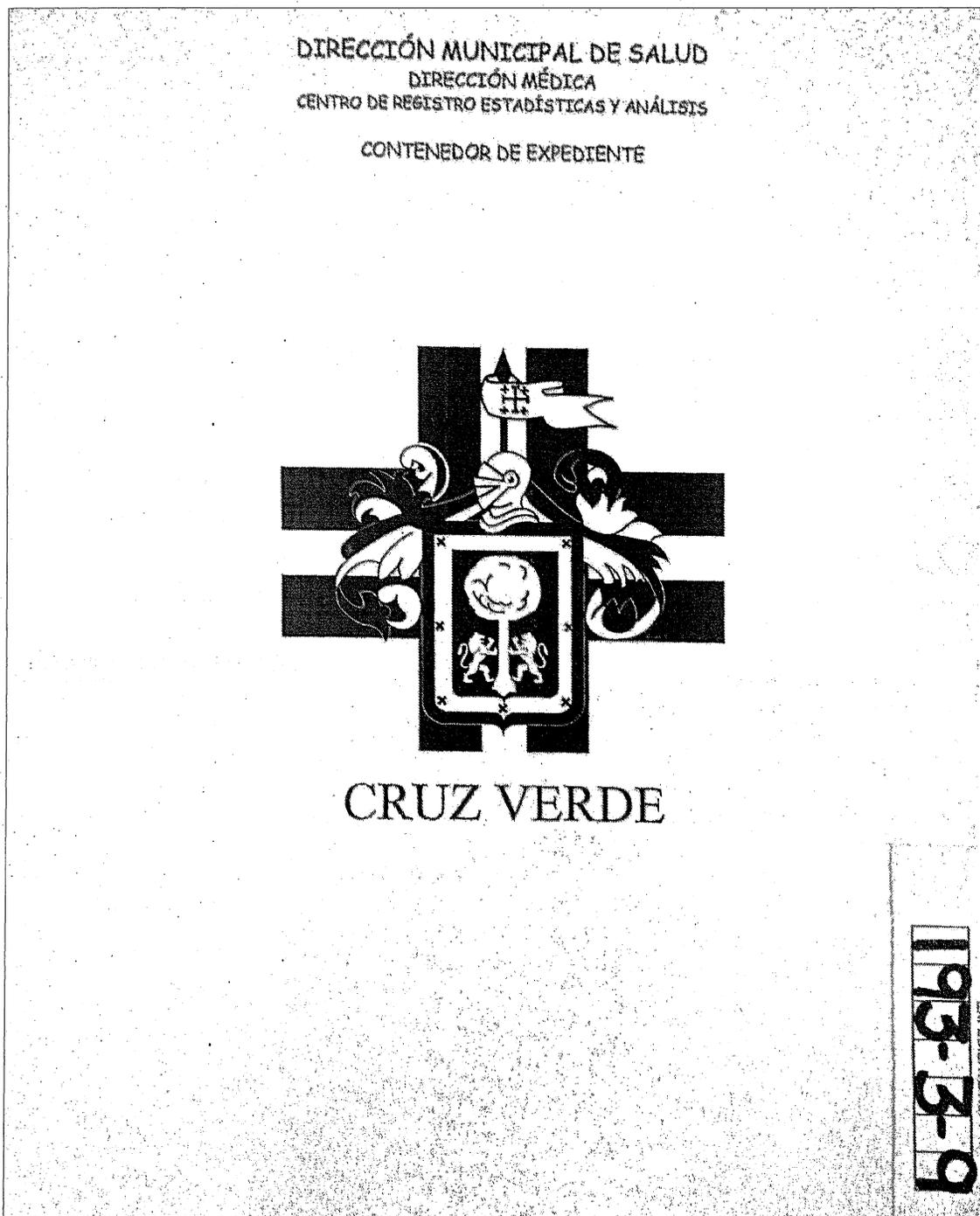
VALE ÚNICO DE EXPEDIENTE CLÍNICO

UNIDAD:
No. DE EXP.:
NOMBRE:
ENTREGÓ:
RECIBIÓ:
SERVICIO:
FECHA:

VÁLIDO SOLO POR 24 HORAS



Anexo 02: Expediente clínico
(formato sugerido)





Procedimiento para la entrega y control del expediente clínico



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, 005, 006
HOJA DE EVOLUCION	HOJA AZUL	007
HOJA DE INDICACIONES	HOJA VERDE	008
EXAMENES DE GABINETE	HOJA AZUL	009
HALLAZGOS RADIOLOGICOS	HOJA VERDE	010
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO	HOJA AMARILLA	011
HOJA DE PROGRAMACION QUIRURGICA	HOJA CAFE	012
HOJA DE REFERENCIA	HOJA GRIS	013
HOJA DE REFERENCIA	HOJA BEIGE	014
ESTUDIO SOCIO ECONOMICO	HOJA AMARILLA C	015
HOJA DE REPORTE CLINICO	HOJA BLANCA	016
HOJA DE ALTA VOLUNTARIA	HOJA BLANCA	017

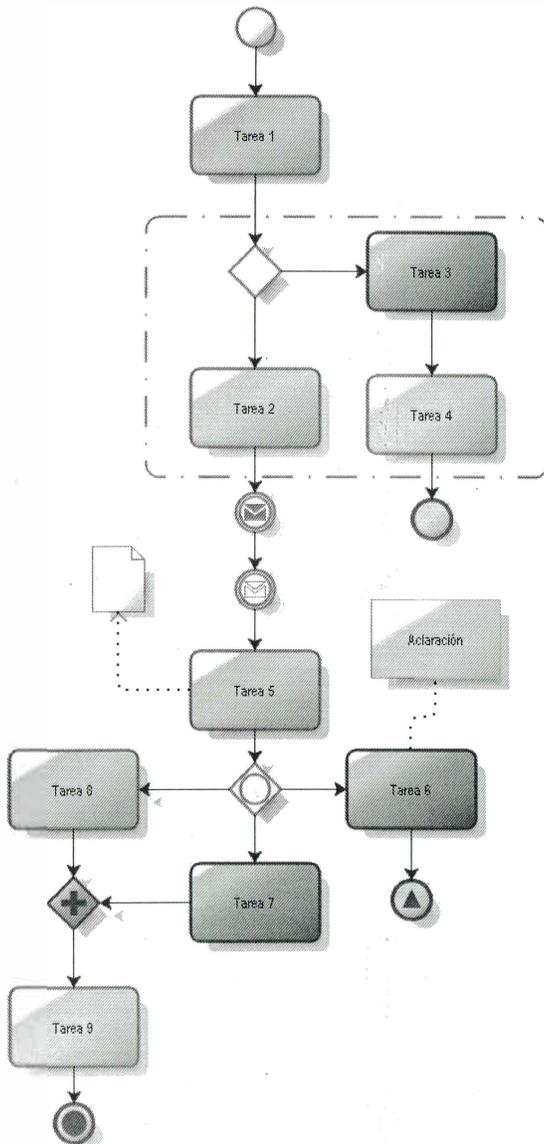
D.M. 8/00





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

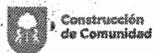
Autorizó: DR. XAVIER CALDERÓN ALCARAZ
 Dirección de Servicios Médicos Municipales



**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



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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_002
Documentación: 30 de mayo del 2022
Actualización: 31 de julio 2023



ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_002
Documentación: 30 de mayo del 2022
Actualización: 31 de julio 2023



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

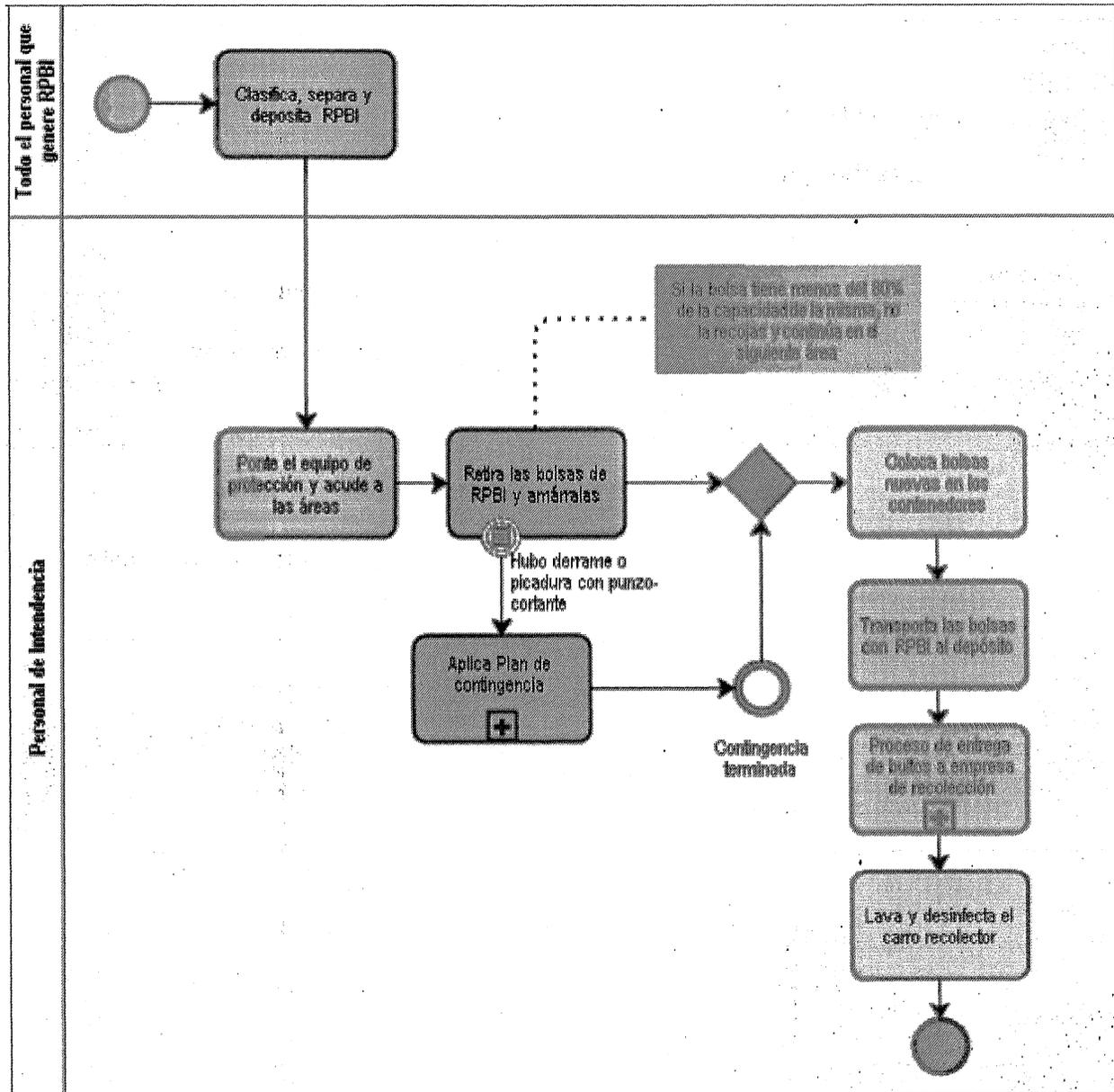
1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_002
Documentación: 30 de mayo del 2022
Actualización: 31 de julio 2023



6.- DESARROLLO:

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la clasificación, recolección y disposición del RPBI

Clave: 033P-CV_002
 Documentación: 30 de mayo del 2022
 Actualización: 31 de julio 2023



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:

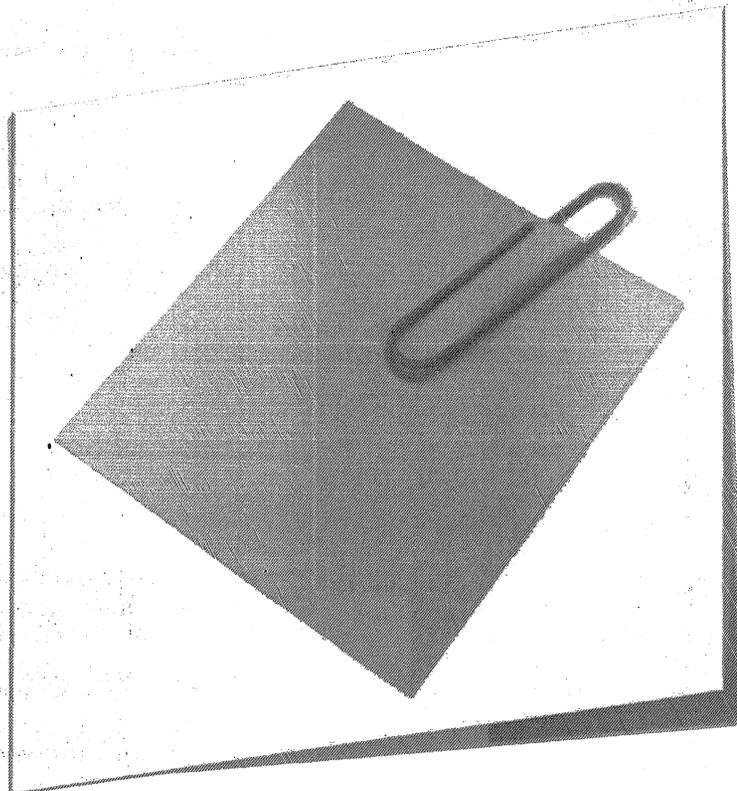
Clave	Documento

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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

**Procedimiento para la clasificación, recolección y
disposición del RPBI**

Clave: 033P-CV_002

Documentación: 30 de mayo de 2022

Actualización: 31 de julio 2023





Procedimiento para la valoración socioeconómica

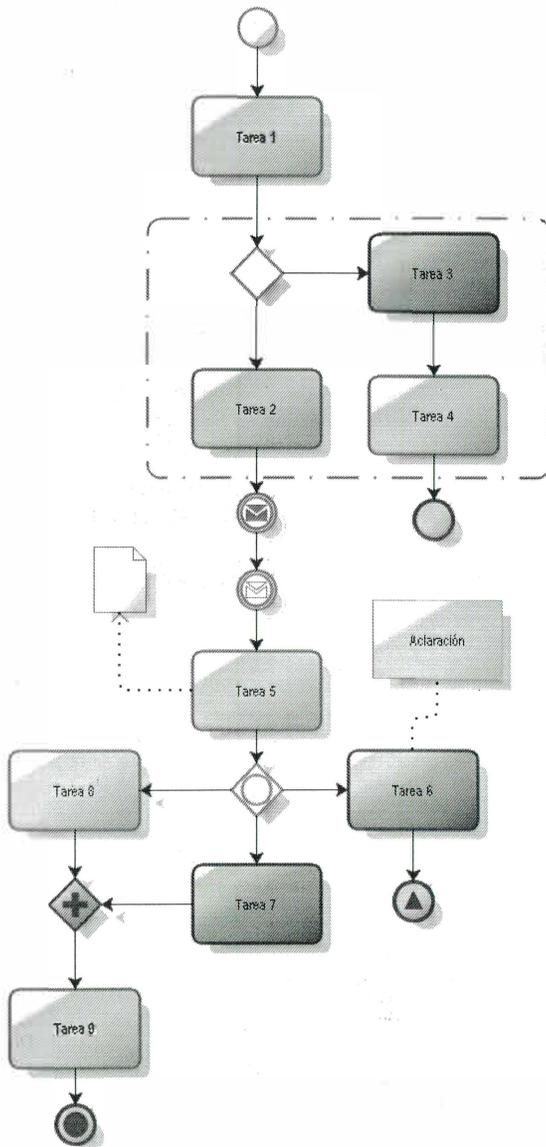
Clave: 036P-CV_002

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)



Autorizaciones

Elaboró:

LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
Proyectista

Vo. Bo.

DR. HECTOR 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 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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave: 036P-CV 002
Documentación: 30 de mayo del 2022
Actualización: 31 de julio 2023



ÍNDICE

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave: 036P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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.



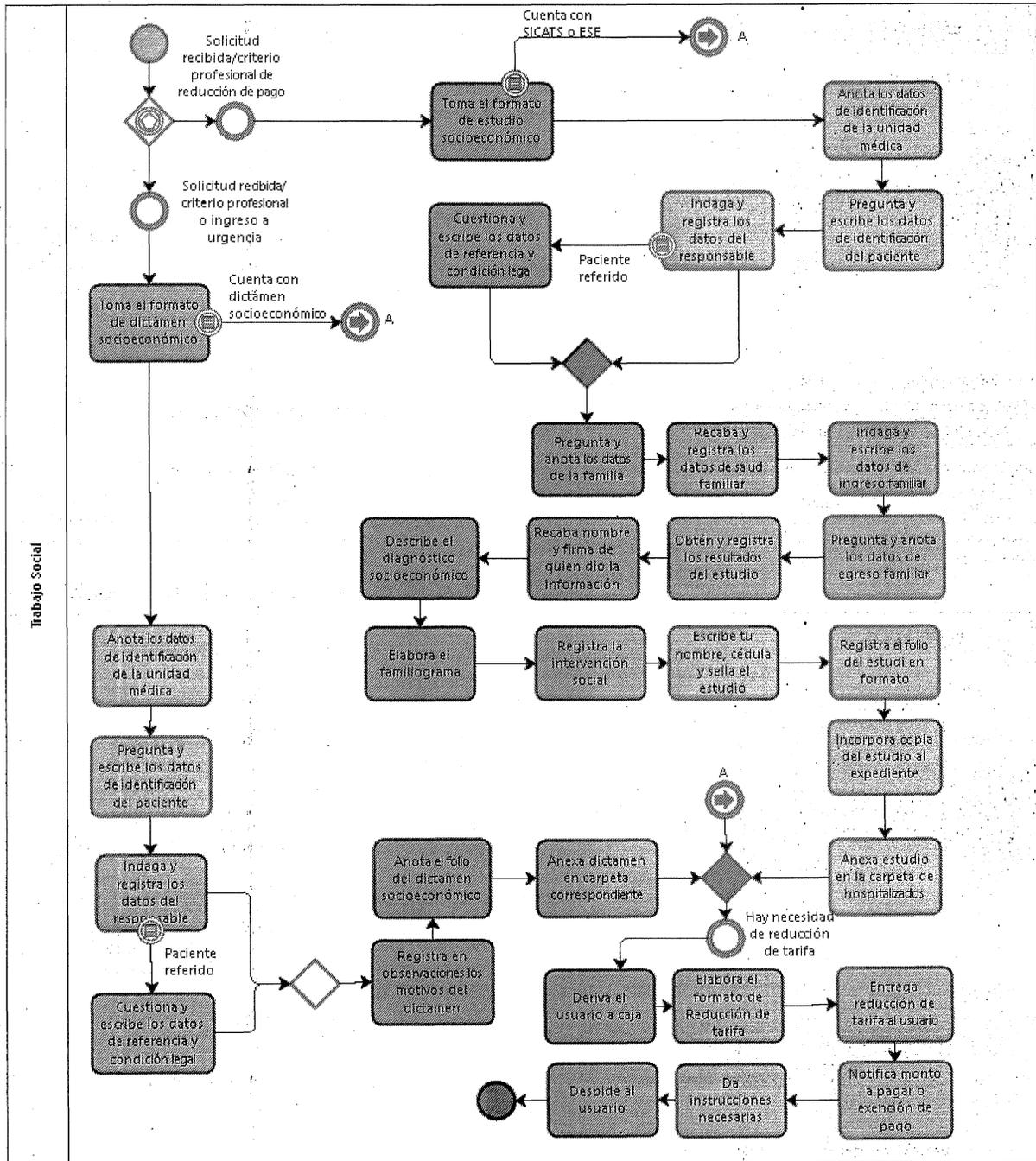
3.- REGLAS DE OPERACIÓN

- 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.



Procedimiento para la valoración socioeconómica

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: <ul style="list-style-type: none"> 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.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

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



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	<p>Deriva al usuario, según la situación y con base en la siguiente tabla, decida la acción a seguir:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Situación</th> <th>Acción a seguir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Requiere de estudios</td> <td>Canalice al usuario a Caja</td> </tr> <tr> <td>Egresada paciente</td> <td>Canaliza al usuario a CENDIS (Centro de distribución)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Asegúrate que el familiar o paciente, comprendió las instrucciones otorgadas y que le notifique lo que le señaló el personal de Caja</p>	Situación	Acción a seguir	Requiere de estudios	Canalice al usuario a Caja	Egresada paciente	Canaliza al usuario a CENDIS (Centro de distribución)
Situación	Acción a seguir							
Requiere de estudios	Canalice al usuario a Caja							
Egresada paciente	Canaliza al usuario a CENDIS (Centro de distribución)							
17.	Trabajador(a) social	<p>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.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>Toma el formato de "Dictamen socioeconómico" (ver anexo 04) para aplicarle el dictamen correspondiente.</p> <p>Nota: Si sucediera que el paciente ya cuenta con Dictamen socioeconómico, suspenda la actividad y continúa en la actividad 30</p>						
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	Añexa "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	<p>Deriva al usuario, según la situación y con base en la siguiente tabla, decida la acción a seguir:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Situación</th> <th>Acción a seguir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Requiere de estudios</td> <td>Canalice al usuario a Caja</td> </tr> <tr> <td>Egresar paciente</td> <td>Canaliza al usuario a CENDIS (Centro de distribución)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nota: Asegúrate que el familiar o paciente, comprendió las instrucciones otorgadas y que le notifique lo que le señaló el personal de Caja</p>	Situación	Acción a seguir	Requiere de estudios	Canalice al usuario a Caja	Egresar paciente	Canaliza al usuario a CENDIS (Centro de distribución)
Situación	Acción a seguir							
Requiere de estudios	Canalice al usuario a Caja							
Egresar paciente	Canaliza al usuario a CENDIS (Centro de distribución)							
31.	Trabajador(a) social	<p>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.</p> <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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		
<ul style="list-style-type: none"> LTS María Guadalupe Cruz Ramírez LTS Olivia Graciela Ruvalcaba Chavira 	<ul style="list-style-type: none"> LTS Karla Daniela Ávila Ruíz LTS Norma Gabriela Briseño Hernández LTS María Macías López 	<ul style="list-style-type: none"> 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	Siglás 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	Siglás 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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave: 036P-CV_002

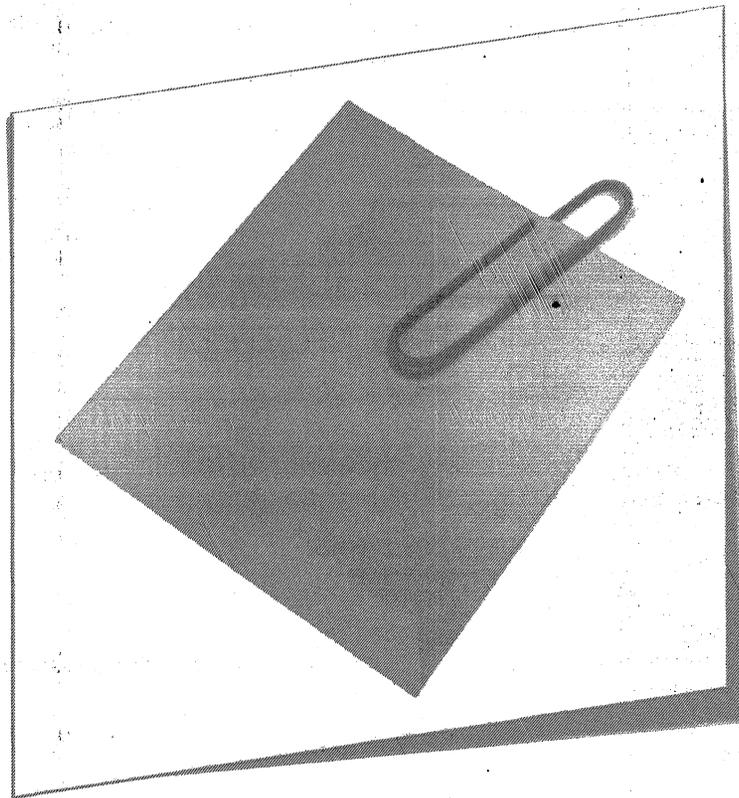
Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023





ANEXOS





Anexo 01: Estudio socioeconómico

Servicios Médicos
Coahuila de Zaragoza

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias
Estudio socioeconómico

Gobierno de Guanajuato

FOLIO: _____

IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

Unidad Médica: _____ Fecha: _____ Casa: _____
 Servicio: _____ Exp. _____ Fecha de ingreso: _____
 DR: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____
 Edad: _____ / Primer Apellido _____ Sexo: H M Edo. Civil: _____ Segundo Apellido _____ Estado _____ No. de U. No. _____ Número de Identificación _____
 Alturas: _____ Meses: _____ Ocupación: _____ Años: _____
 Escolaridad: _____ Máxima grado de estudios _____
 Domicilio permanente: _____ Calle: _____ No. _____ Colonia _____ Capacidad distrital _____
 Municipio _____ Estado _____ Teléfono _____ No. de filiación _____
 Afiliado: ISS ISSSTE Seguro Popular Ninguno Otro: _____
 No. de filiación: _____

IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE

Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Número (s) _____
 Calle _____ No. _____ Colonia _____
 Municipio _____ Estado _____ Teléfono _____ Ocupación actual _____ Parentesco con el enfermo _____

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONDICIÓN LEGAL

Instituto o entidad que refiere: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Fecha de transferencia: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ No. de control: _____
 Situación legal: Libre Detenido

DATOS DE LA FAMILIA

A) OCUPACIÓN DEL PROVEEDOR ECONÓMICO

Concepto	Puntaje
Desempleado	0
Trabajador no calificado	1
Administrador, propietario	2
Sociero, trabajador de la institución, vendedor en comercios o, vendedor en mercados	3
Artista, operario, artesano de artes tradicionales, otro artesano	4
Operador de instalaciones, de maquinaria, o montadores	5
Agricultor y trabajador agrícola, agropecuario o pecuario	6
Empleado de oficina	7
Técnico, personal de salud	8
Profesional, científico o, intelectual	9
Funcionario público, ejecutivo o, empresario	10

Usar con tinta azul

Total de puntos por Ocupación: 34

1 de 4



Procedimiento para la valoración socioeconómica



arte 1/4 Estudio 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			
Vaciedad, cuarto de servicio o, azotea	2	3			Calificación
Asentamiento o casa popular en viviendas habitacionales (interés social)	3	2			Calificación
Departamento o casa de clase media con financiamiento propio hipoteca	4	3			Calificación
Departamento o casa residencial	5	5			Calificación
Características de la vivienda. Derechos reales (uso, goce, disfrute)					
Otra (institucional, alberques, recintos, casa de retiro o sin vivienda)		0			Calificación
Arrendadora (Rentada), hipotecada o con gravamen		1			Calificación
Comodato (prestada)		2			Calificación
Propia pagada		3			Calificación
Servicios públicos		Puntaje	Calificación	Servicios intradomiciliarios	
Hasta un (1) servicio público	0		Calificación	Hasta un (1) servicio	0
Doce (2) servicios públicos	1		Calificación	Doce (2) servicios	1
Tres (3) servicios públicos	2		Calificación	Tres (3) servicios	2
Cuatro (4) o más servicios públicos	3		Calificación	Cuatro (4) o más servicios	3
Materiales de construcción		Puntaje	Calificación	Número de dormitorios	
Ladrón, cerámica, material de la región	0		Calificación	Uno (1) - dos (2) dormitorios	0
Mixta	1		Calificación	Tres (3) - cuatro (4) dormitorios	1
Mampostería	2		Calificación	Cinco (5) o más dormitorios	2
Número de personas por dormitorio		Puntaje	Calificación	Total de puntos por Vivienda	
Cuatro (4) o más	0		Calificación		Calificación
Tres (3) personas	1		Calificación		Calificación
Una (1) a dos (2) personas	2		Calificación		Calificación

SALUD FAMILIAR					
Tiempo de tratamiento de la afección del paciente			Otros problemas de salud del paciente que se atiende en otra institución		
Puntaje	Calificación		Puntaje	Calificación	
Más de seis (6) meses	0	Calificación	Si	0	Calificación
De tres (3) a seis (6) meses	1	Calificación	No	1	Calificación
Menos de tres (3) meses	2	Calificación			
Estado de salud de los integrantes de la familia			Total de puntos por Salud Familiar		
Doce enfermos o el principal proveedor económico enfermo	0	Calificación			Calificación
Un (1) enfermo	1	Calificación			Calificación
Ningún enfermo	2	Calificación			Calificación

INGRESOS FAMILIAR					
Integrante	Total mensual	Ingreso diario	Equivalente a salarios mínimos	Número de dependientes	
Paciente	\$ 43	Total de ingresos 30 días	Equivalente a salarios mínimos		
Padre	\$		Salario mínimo vigente en la zona		
Madre	\$				
Hijo(s)	\$				
Otros	\$	\$ 43			
Total de ingresos	\$ 43				Continúa llenando (continuar en la siguiente hoja)

Llenar con tinta azul



Estudio socioeconómico en hospitalización
Parte 3/4

Servicios Médicos
Coahuila de Zaragoza

Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias

Estudio socioeconómico en Hospitalización

Coahuila de Zaragoza

Ingresos en No. de veces del salario mínimo de acuerdo a la zona geográfica A o B	Dependientes 1 u. 2 puntos	Dependientes 3 u. 4 puntos	Dependientes 5 u. 6 puntos	Dependientes 7 u. 8 puntos	Dependientes 9 u. más puntos	Total de puntos por Ingresos Familiar
0 u. 1 vez	0	0	0	0	0	13
1 vez a 2.5 veces	30	5	0	0	0	
1.5 veces a 3 veces	35	10	5	0	0	
3 veces a 4.5 veces	30	15	10	5	0	
4.5 veces a 6 veces	25	20	15	10	5	
6 veces a 8 veces	20	25	20	15	10	
8 veces a 10 veces	15	30	25	20	15	
10 veces a 12 veces	10	35	30	25	20	
12 veces a 14 veces	5	40	35	30	25	
14 veces a 16 veces	0	45	40	35	30	
Más de 16 veces	0	50	45	40	35	

Egresos FAMILIAR

Concepto	Monto	Total mensual de egresos familiares multiplicado por 100	% de egresos respecto al ingreso familiar	Puntos		
Renta, hipoteca	\$ 33	13	Más del 72 %	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	\$		Más de 30%	10		
Vestido	\$		14	Total de Puntos por Egresos Familiar		
Alimentos	\$			17	17	
Gastos escolares (uniformes, útiles, cuotas, etc.)	\$					
Gastos médicos (consulta, medicamentos, estudios de gabinete, etc.)	\$					
Diversión	\$					
Otros (Aduanos, etc.)	\$					
Total mensual de egreso familiar	\$ 34					

RESULTADOS

Concepto	Puntuación	Porcentaje a pagar							
		0 - 12	13 - 24	25 - 36	37 - 52	53 - 68	69 - 84	85 - 100	
Compañía	1	Exenta	20%	35%	50%	70%	85%	100%	
Vivienda	1	[Gráfico de barras]							
Salud Familiar	1	[Gráfico de barras]							
Ingresos familiar	13	[Gráfico de barras]							
Egresos familiar	17	[Gráfico de barras]							
Sumatoria de puntajes	30	[Gráfico de barras]							

Los datos anteriores fueron proporcionados por: _____

Firma: _____

BAJO PROMESA DE DECIR VERDAD, ACEPTO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONÉ, ES VERDADERA Y FIDELIDAD, CON EL CONOCIMIENTO DE QUE, EN CASO DE FALTA O FALSIFICAR SOBRE LA MISMA, INCLUIDO EN UN DELITO CONFORME A LA LEY VIGENTE, APLICABLE EN EL ESTADO DE COAHUILA.

3 de 4



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: <ul style="list-style-type: none">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 éste 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 diagnóstico, 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.)



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave: 036P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



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)



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave: 036P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



38	Servicios Intradomiciliarios	<p>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.</p> <p>Ejemplo: Si la vivienda cuenta con luz, agua, teléfono, son tres servicios intradomiciliarios, por tanto, debe anotar un dos (2).</p>
39	Material de construcción	<p>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.</p> <p>Nota: mampostería se refiere a construcción tradicional: ladrillo, block, etc.</p> <p>Ejemplo: Si la vivienda está construida a base de ladrillo rojo, trata de una construcción con mampostería, por tanto, debe anotar un dos (2).</p>
40	Número de dormitorios.	<p>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.</p> <p>Ejemplo: Si la vivienda tiene dos habitaciones (dormitorios), entonces, debe anotar un cero (0).</p>
41	Número de personas por dormitorio.	<p>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.</p> <p>Ejemplo: Si en la habitación (dormitorio) duermen dos personas, entonces, debes anotar un dos (2).</p>
42	Total de puntos por vivienda	<p>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.</p>
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.	<p>Escribe el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", el cual es derivado del tiempo que ha padecido la enfermedad el paciente.</p> <p>Ejemplo: Si el paciente ha padecido la enfermedad por más de 6 meses, entonces, debes anotar un cero (0).</p>
44	Otros problemas de salud del paciente que se atiende en otra institución	<p>Anota el puntaje correspondiente en el recuadro de "Calificación", el cual es derivado de otras enfermedades permanentes que haya padecido el paciente.</p> <p>Ejemplo: Si el paciente no ha padecido otras enfermedades permanentes, entonces, anota un uno (1).</p>
45	Estado de salud de los integrantes de la familia	<p>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.</p> <p>Ejemplo: Si en la familia de la persona que se hace cargo del pago no tiene enfermedades permanentes, entonces, anota un dos (2).</p>



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	<p>Identifica el puntaje por ingreso familiar con base en la siguiente descripción:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p>

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.

Procedimiento para la valoración socioeconómica

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. $(100 - \text{" % a pagar"}) \rightarrow (100 - 70) = 0.30$ Paso 2. $(\text{Resultado anterior} \times \text{tarifa}) \rightarrow (0.30 \times 135) = 40.50 \text{ pesos}$ 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	<p>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.</p> <p>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</p> <p>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"</p>
64	Los datos anteriores fueron proporcionados por:	<p>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.</p>
65	Firma	<p>Recabe de la persona a la que le está elaborando el estudio socioeconómico, su firma o huella digital en el espacio correspondiente.</p>
DIAGNÓSTICO		
No.	Concepto	Descripción
66	Diagnostico	<p>En este espacio escribe los diferentes diagnósticos sociales que presenta el paciente, así como su entorno familiar y social.</p>
FAMILIOGRAMA		
No.	Concepto	Descripción
67	Familiograma	<p>Realiza en forma gráfica la integración familiar, en cuanto a su estructura y sus relaciones</p>
INTERVENCIÓN SOCIAL		
No.	Concepto	Descripción
68	Intervención	<p>Describir las diferentes actividades que se tendrán con el paciente y sus familiares o, persona responsable, para la recuperación de la salud del paciente.</p> <p>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.</p>
ELABORACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOECONÓMICO		
No.	Concepto	Descripción
69	Nombre y firma del trabajador social	<p>Anota tu nombre y firma autógrafamente sobre la línea correspondiente al profesional de trabajo social que realizó el estudio.</p>
70	No de Cédula Profesional	<p>Anota el número de la cedula profesional de Trabajo Social que realizó el estudio socioeconómico.</p> <p>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.</p>
71	Sello	<p>Plasma el sello personalizado del o la Trabajadora Social responsable, o en su defecto, el sello de Trabajo Social de la Unidad.</p>



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave: 036P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



Unidad Médica de Urgencias.

Auxiliares Clínicos para la Atención Médica (Trabajo 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: <u>Consulta Externa</u>
5	Servicio	En éste espacio debe especificar el concepto al que se le está haciendo la reducción de la tarifa Ejemplo: Área: <u>Estudios de laboratorio</u>
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

Table with 8 columns: Fecha, Nombre del paciente, Área, Servicio, Tipo de evaluación/ Folio, Costos a Pagar, T5, and T6. The table contains multiple rows for patient records, with some cells containing 'Folios' and others containing numbers in circles.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

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



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

Formulario for 'Dictamen socioeconómico' with sections: IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD, IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE, SITUACIÓN GENERAL ECONÓMICA, and a declaration at the bottom.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

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



Dictamen socioeconómico en Urgencias y Consulta Externa
Parte 2/2

Form containing logos for 'Servicios Médicos' and 'Sistema de Información de Atención Médica de Urgencias', a table for 'OBSERVACIONES', and fields for 'Elaboró:', 'Nombre y firma del Trabajador Social', 'No. de Cédula Profesional', and '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.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

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



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.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la valoración socioeconómica

Clave: 036P-CV_002

Documentación: 30 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



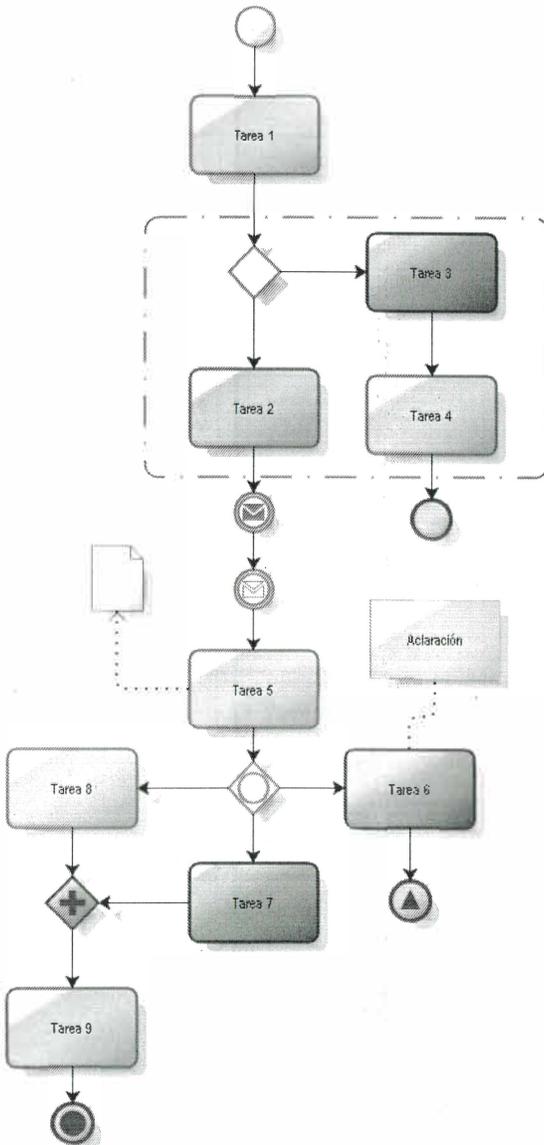
28	Firma	Recabe de la persona a la que le está elaborando el estudio socioeconómico, su firma o huella digital en el espacio correspondiente.
29	Observaciones	<p>Sobre las líneas se tendrá que narrar la situación socioeconómica y familiar del paciente, aunando el motivo por el cual se presenta a la unidad médica, agregando las acciones que realizó el personal de Trabajo Social.</p> <p>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.</p> <p>No utilice abreviaturas.</p>
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	<p>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.</p> <p>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.</p>



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"



Autorizaciones

Elaboró: LAE. MARÍA DE LA LUZ ROSALES BRISEÑO
 Proyectista

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

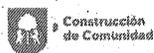
Aprobó: DR. EVERARDO MACÍAS RODRÍGUEZ
 Subdirección de Atención de Urgencias Médicas

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



**Personal que 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



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





ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

**Procedimiento para el resguardo de pertenencias
y su entrega**

Clave: 037P-CV_002

Documentación: 31/05/2022

Actualización: 31 de julio del 2023





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

- 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.
- 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.
- 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.
- El responsable del jefe administrativo de unidad, conservará en custodia los artículos no reclamados hasta su disposición final (dicha disposición, debe estar debidamente documentada).
- 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.



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	<p>Verifica si las pertenencias están en mal estado</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Pertenencias en mal estado?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>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 continúa la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa la actividad siguiente</td> </tr> </tbody> </table>	¿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 continúa la actividad siguiente	No	Continúa la actividad siguiente		
¿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 continúa la actividad siguiente									
No	Continúa la actividad siguiente									
7.	Trabajo Social	Deposita las pertenencias en las bolsas e identificalas, 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	<p>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:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Situación</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reciba solicitud de entrega de pertenencias.</td> <td>Continúa en la actividad 11</td> </tr> <tr> <td>Cinco días hábiles transcurridos después del egreso.</td> <td>Continúa en la actividad 14.</td> </tr> <tr> <td>Paciente referido</td> <td>Continúa en la actividad 18</td> </tr> </tbody> </table>	Situación	Entonces	Reciba solicitud de entrega de pertenencias.	Continúa en la actividad 11	Cinco días hábiles transcurridos después del egreso.	Continúa en la actividad 14.	Paciente referido	Continúa en la actividad 18
Situación	Entonces									
Reciba solicitud de entrega de pertenencias.	Continúa en la actividad 11									
Cinco días hábiles transcurridos después del egreso.	Continúa en la actividad 14.									
Paciente referido	Continúa en la actividad 18									



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para el resguardo de pertenencias su entrega

Clave: 037P-CV_002

Documentación: 31/05/2022

Actualización: 31 de julio del 2023



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	
<ul style="list-style-type: none"> LTS Olivia Graciela Ruvalcaba Chavira LTS María Guadalupe Cruz Ramírez LTS Carolina Arias Díaz 	<ul style="list-style-type: none"> 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
0080E-CV_001	Manual de organización específico de unidad médica de urgencias.

10.- FORMATOS UTILIZADOS:

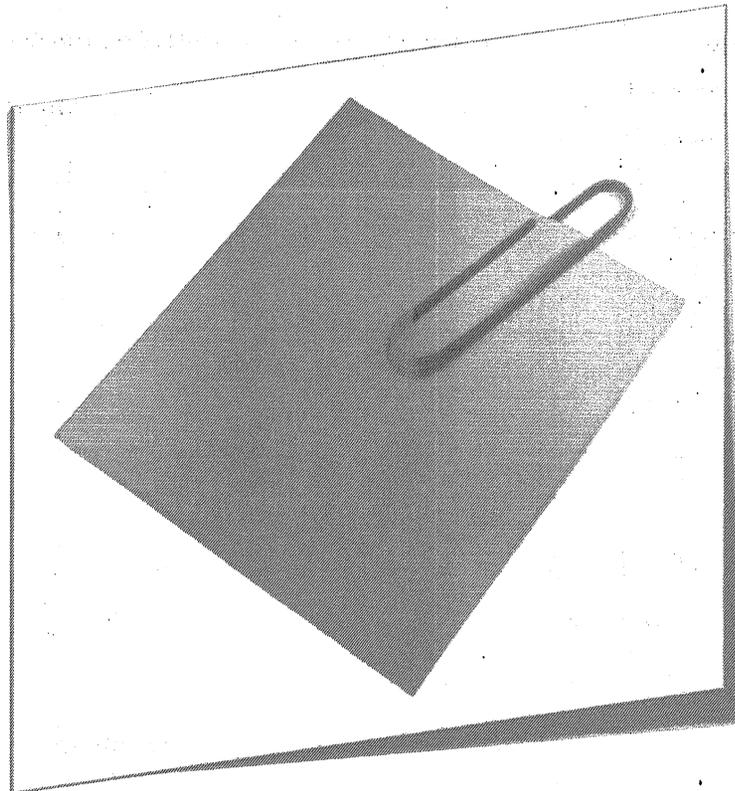
Clave	Documento
N. A.	Anexo 01 Resguardo de Pertenencias
N. A.	Anexo 02 Instructivo de llenado del formato Resguardo de Pertenencias
N. A.	Anexo 03 Instrucciones para el embolsado de pertenencias

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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

**Procedimiento para el resguardo de pertenencias
y su entrega**

Clave: 037P-CV_002

Documentación: 31/05/2022

Actualización: 31 de julio del 2023





Reverso

Resguardo de pertenencias

Seguimiento de Pertenencias

<p>Nombre y firma de quien entrega</p>	<p>Nombre y firma de quien recibe</p>
<p>Nombre y firma de quien entrega</p>	<p>Nombre y firma de quien recibe</p>
<p>Nombre y firma de quien entrega</p>	<p>Nombre y firma de quien recibe</p>
<p>Nombre y firma de quien entrega</p>	<p>Nombre y firma de quien recibe</p>



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para el resguardo de pertenencias y su entrega

Clave: 037P-CV 002

Documentación: 31/05/2022

Actualización: 31 de julio del 2023



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 diagnóstico 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 proporcione 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

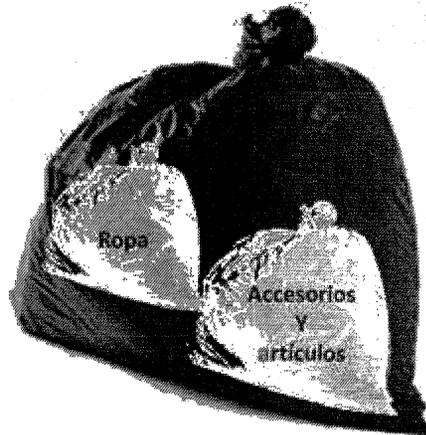


3.- Cierra con cinta adhesiva la bolsa de las prendas de vestir e identificala con los siguientes datos: Nombre del paciente, servicio, tipo de artículos y fecha.

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





Procedimiento de camillería

Clave: 038P-CV_002

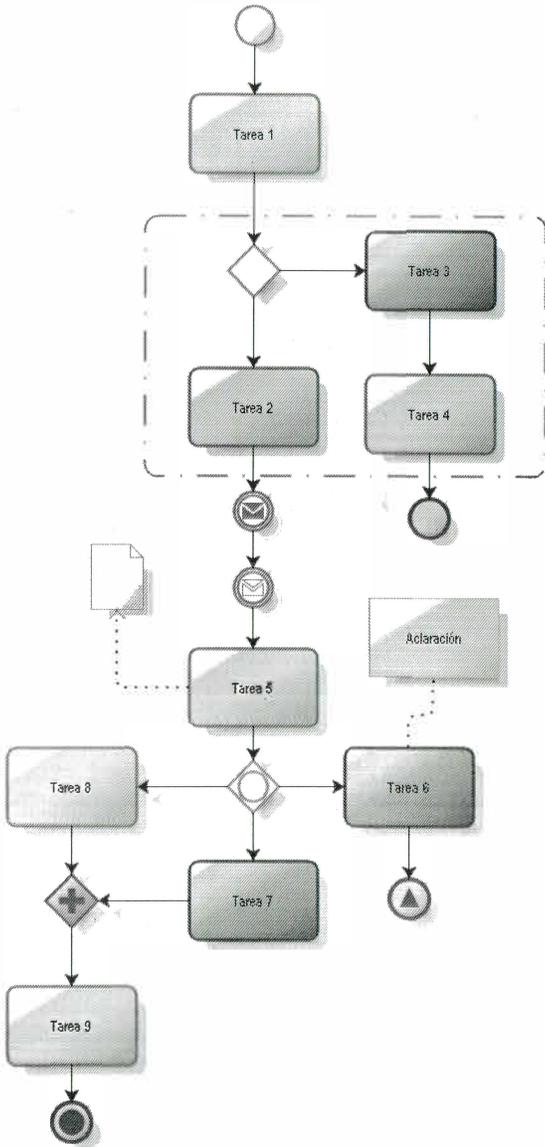
Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023

Autorización

Nivel II

Unidad Médica de Urgencias
Subdirección de Servicios Administrativos



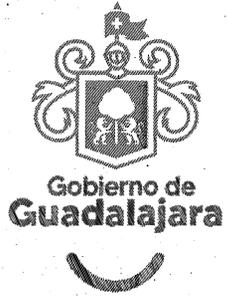
Autorizaciones

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 participó en la elaboración
del Manual de Procedimientos 038
Procedimiento de camillería**

NOMBRE
C. SAÚL TERCERO MADRIGAL CARDONA





ÍNDICE

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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de camillería

Clave: 038P-CV_002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



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

- Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todas las unidades administrativas/orgánicas y a los órganos de control.
 - Un procedimiento es **vigente** en tanto no exista uno nuevo que lo sustituya; en consecuencia, el procedimiento documentado se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del año en curso, ni los nombres de los líderes organizacionales a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento **actualizado** es aquel documento escrito y autorizado que está vigente porque responde a las necesidades actuales y a la dinámica del trabajo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del trabajo, o este, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es **dictaminado** favorablemente, cuando este cumple al 100 por ciento con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
- Es responsabilidad del personal que requiera de un traslado de camillería, solicitar el servicio a personal de camillería de la Coordinación de Logística Administrativa.
- 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.
- 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.
- El personal de camillería, tiene la responsabilidad de trasladar pacientes, cadáveres o miembros amputados.



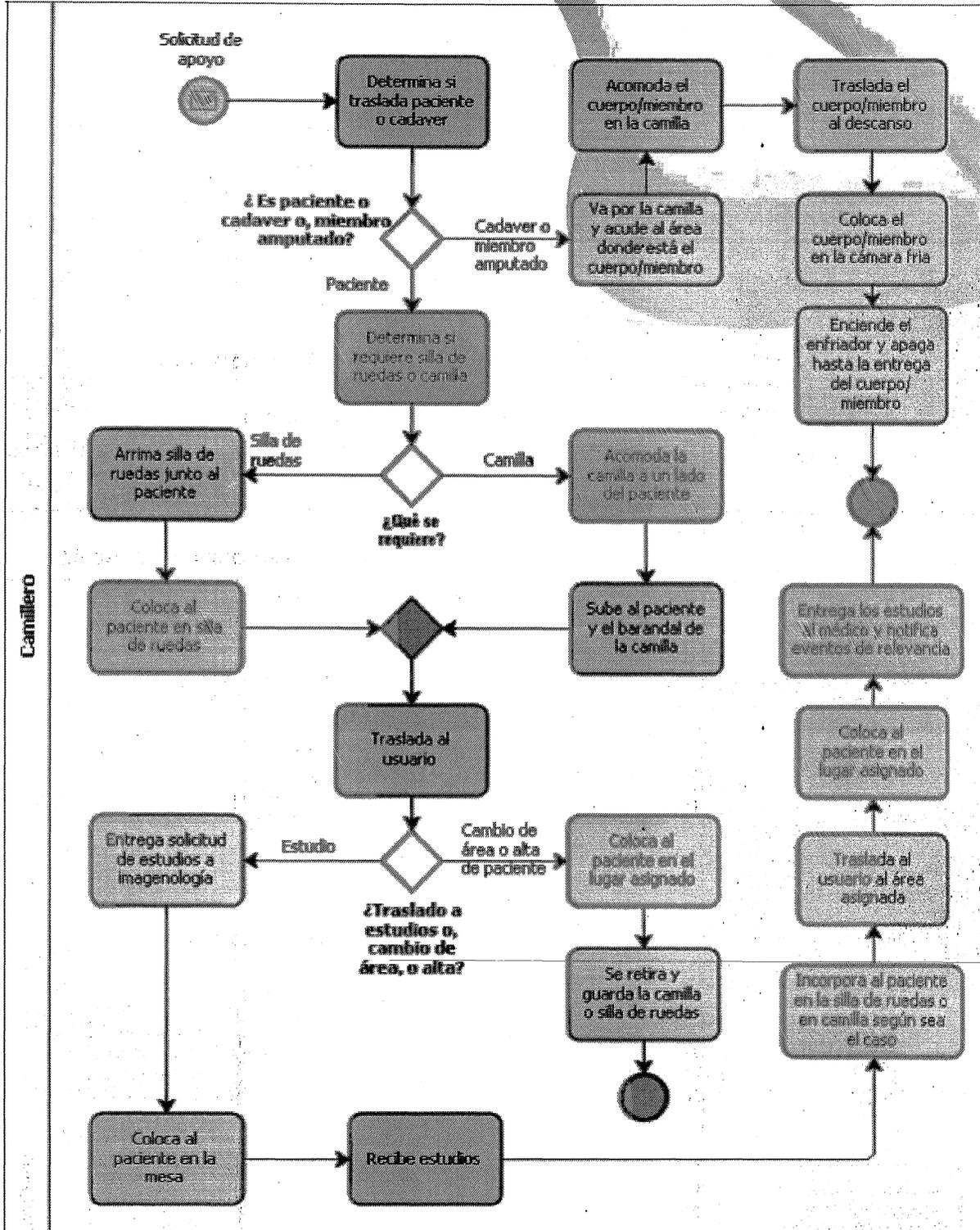
Procedimiento de camillería



4.- RESPONSABILIDADES

Documento	
Funciones	

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





Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento de camillería

Clave: 038P-CV_002

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio del 2023



6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Camillero	<p>Recibe solicitud de apoyo para traslado e indicaciones de dónde se encuentra el paciente o cadáver</p> <p>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 el área de descanso.</p>						
2.	Camillero	<p>Determina si el servicio a realizar es para trasladar un paciente o un cadáver.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Es paciente o cadáver?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paciente</td> <td>Aplica actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Cadáver o miembro amputado</td> <td>Va por la camilla y acude al área donde se encuentra el cuerpo/miembro. Continúa en la actividad 14</td> </tr> </tbody> </table>	¿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
¿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	<p>Determina si para el servicio a realizar requiere de camilla o silla de ruedas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Requiere camilla o silla de ruedas?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Camilla</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>Silla de ruedas</td> <td>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</td> </tr> </tbody> </table>	¿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
¿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	<p>Traslada al paciente a donde se le indicó, ya sea para toma de estudios o para cambio de área</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>¿A dónde lo envía?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cambio de área Traslado por alta</td> <td>Aplica actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>Estudios</td> <td>Continúa en la actividad 7</td> </tr> </tbody> </table>	¿A dónde lo envía?	Entonces	Cambio de área Traslado por alta	Aplica actividad siguiente	Estudios	Continúa en la actividad 7
¿A dónde 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						

Procedimiento de camillería

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
0080E-CV_001	Manual de organización específico de Unidad Médica de Urgencias.

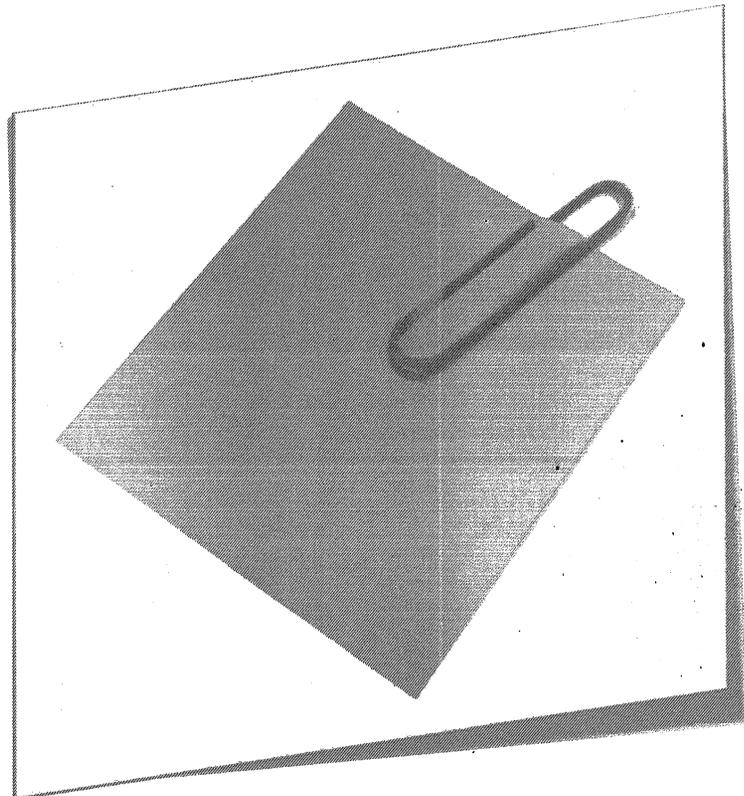
10.- FORMATOS UTILIZADOS:

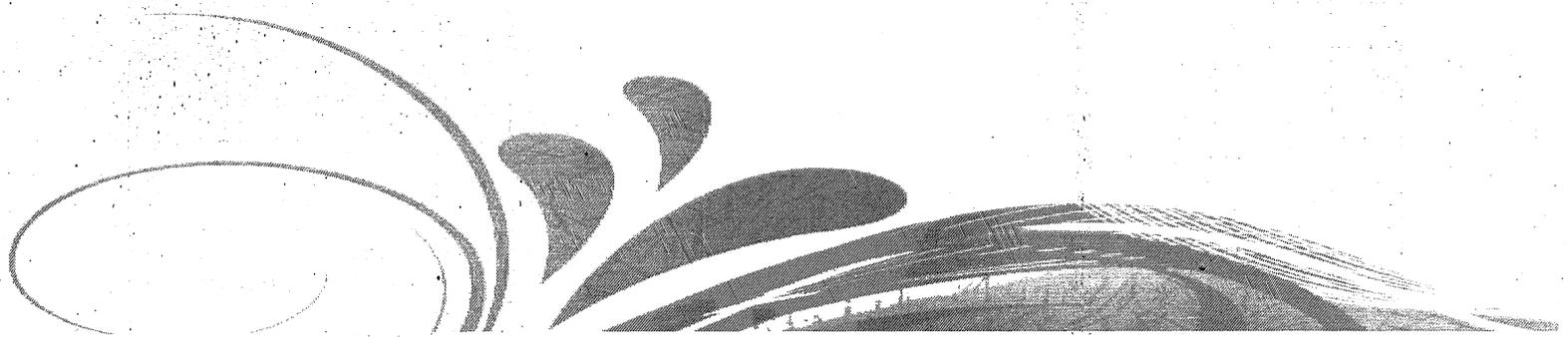
Clave	Documento

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







Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado

Clave: 039P-CV_001

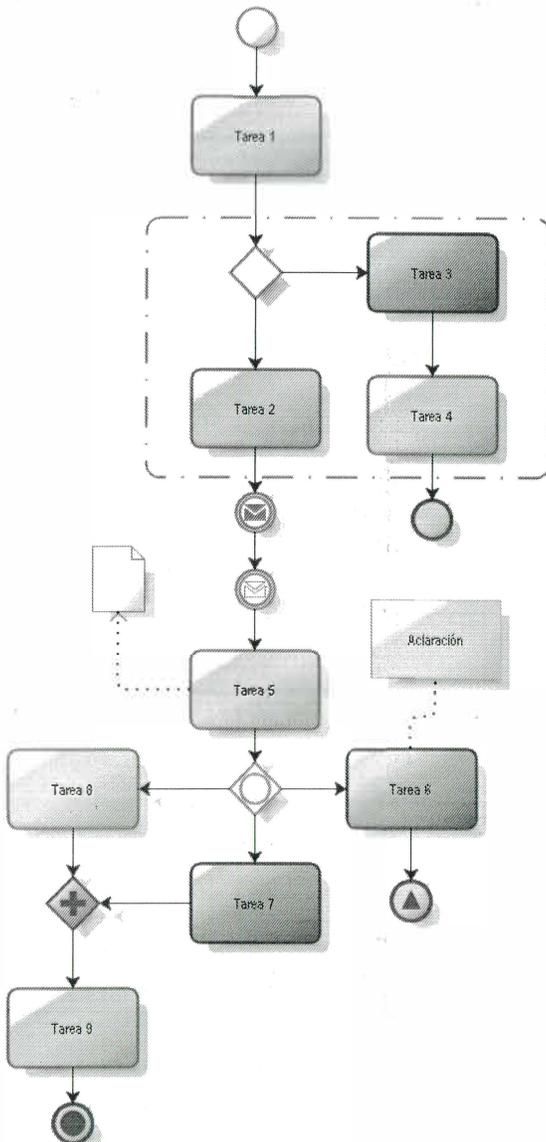
Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023

Autorización

Nivel II

Unidad Médica de Urgencia
Auxiliares Clínicos para la Atención Médica
"Trabajo Social"



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 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





ÍNDICE

Table with 2 columns: Item description and Page number. Items include Objetivo, Alcance, Reglas de Operación, Responsabilidades, Modelado de Proceso, Desarrollo, Colaboradores, Definiciones, Documentos de Referencia, Formatos Utilizados, Descripción de Cambios, and Anexos.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado

Clave: 039P-CV_001

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023





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.



Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado



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	0080E-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.



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado

Clave: 039P-CV_001

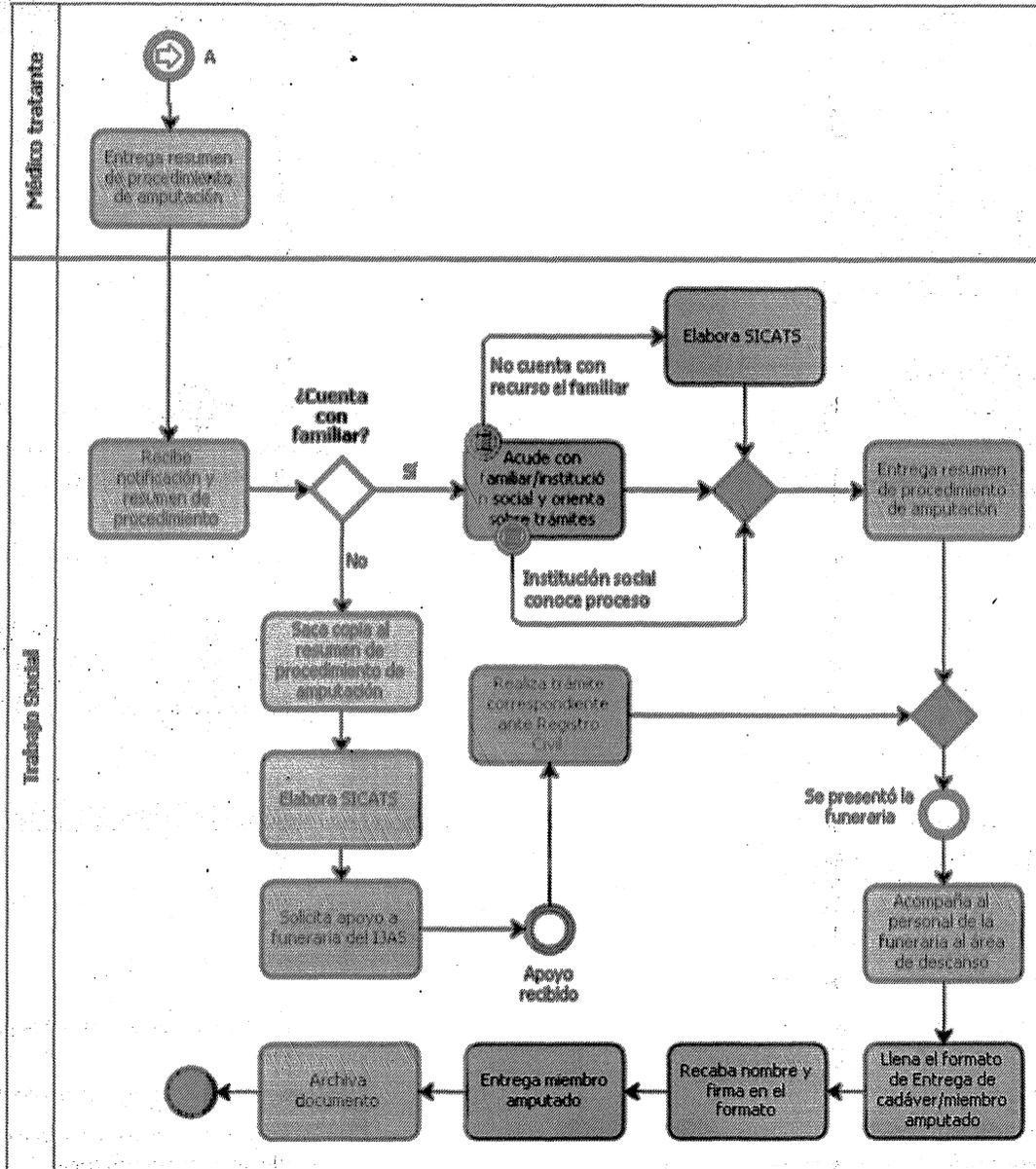
Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado

Continuación del modelado





6.- DESARROLLO:

No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad						
1.	Médico tratante	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 border="1"> <thead> <tr> <th>¿Es deceso?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad 23</td> </tr> </tbody> </table>	¿Es deceso?	Entonces	Sí	Continúa en la actividad siguiente	No	Continúa en la actividad 23
		¿Es deceso?	Entonces					
Sí	Continúa en la actividad siguiente							
No	Continúa en la actividad 23							
2.	Médico tratante	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)						
3.	Trabajo Social	Identifica si es caso médico legal						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Es caso médico legal?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad 11</td> </tr> </tbody> </table>	¿Es caso médico legal?	Entonces	Sí	Continúa en la actividad siguiente	No	Continúa en la actividad 11
		¿Es caso médico legal?	Entonces					
Sí	Continúa en la actividad siguiente							
No	Continúa en la actividad 11							
4.	Trabajo Social	Recibe "Nota de egreso por defunción"						
5.	Trabajo Social	Espera el arribo del personal del Instituto Jalisciense de Ciencias Forenses.						
6.	Trabajo Social	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.						
7.	Trabajo Social	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.						
8.	Trabajo Social	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)						
9.	Trabajo Social	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)						
10.	Trabajo Social	Archiva el documento que resulta como evidencia del presente procedimiento. Fin de procedimiento.						
11.	Trabajo Social	Determina a quien le entrega el cadáver						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿A quién entrega?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Familia</td> <td>Continúa 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. Continúa en la actividad 13 Nota: Si sucediera que el personal de la institución ya conoce el proceso, suspenda esta actividad y continúa en la actividad 13</td> </tr> </tbody> </table>	¿A quién entrega?	Entonces	Familia	Continúa en la actividad siguiente	Institución social	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. Continúa en la actividad 13 Nota: Si sucediera que el personal de la institución ya conoce el proceso, suspenda esta actividad y continúa en la actividad 13
		¿A quién entrega?	Entonces					
Familia	Continúa en la actividad siguiente							
Institución social	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. Continúa en la actividad 13 Nota: Si sucediera que el personal de la institución ya conoce el proceso, suspenda esta actividad y continúa en la actividad 13							



Dirección de Servicios Médicos Municipales

Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado

Clave: 039P-CV_001

Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



No. Act.	Responsable	Descripción detallada de la actividad
12.	Trabajo Social	<p>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.</p> <p>Nota:</p> <p>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).</p>
13.	Trabajo Social	<p>Entrega del formato de "Certificado de defunción" al Médico tratante, para su respectiva elaboración junto con el "Libro de registro de certificados de defunción"</p>
14.	Médico tratante	<p>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</p> <p>Nota:</p> <p>Si sucediera que trabajo social le regrese algún documento por no coincidir con datos generales del paciente, el Médico tratante debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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	<p>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.</p> <p>Nota:</p> <p>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.</p>
16.	Trabajo Social	<p>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).</p> <p>Nota:</p> <p>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)</p>
17.	Trabajo Social	<p>Espera el arribo del personal de la funeraria que haya contratado los dolientes.</p>
18.	Trabajo Social	<p>Llena el formato de "Entrega de Cadáver/Miembro amputado" (ver anexo 02 y 03)</p> <p>Nota:</p> <p>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.</p>



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						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>¿Cuenta con familiares?</th> <th>Entonces</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sí</td> <td>Continúa en la actividad siguiente</td> </tr> <tr> <td>No</td> <td>Continúa en la actividad 32</td> </tr> </tbody> </table>	¿Cuenta con familiares?	Entonces	Sí	Continúa en la actividad siguiente	No	Continúa en la actividad 32
		¿Cuenta con familiares?	Entonces					
Sí	Continúa en la actividad siguiente							
No	Continúa en la actividad 32							
25.	Trabajo Social	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. <p>Notas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.						



Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado



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. María Macías López | • LTS. Socorro Quintero Cordero |
| • LTS. Violeta Muñoz Rosales | | |

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 mayor a 500 grs.

9.- DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Clave	Documento
0080E-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



Dirección de Servicios Médicos Municipales

**Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro
amputado**

Clave: 039P-CV_001

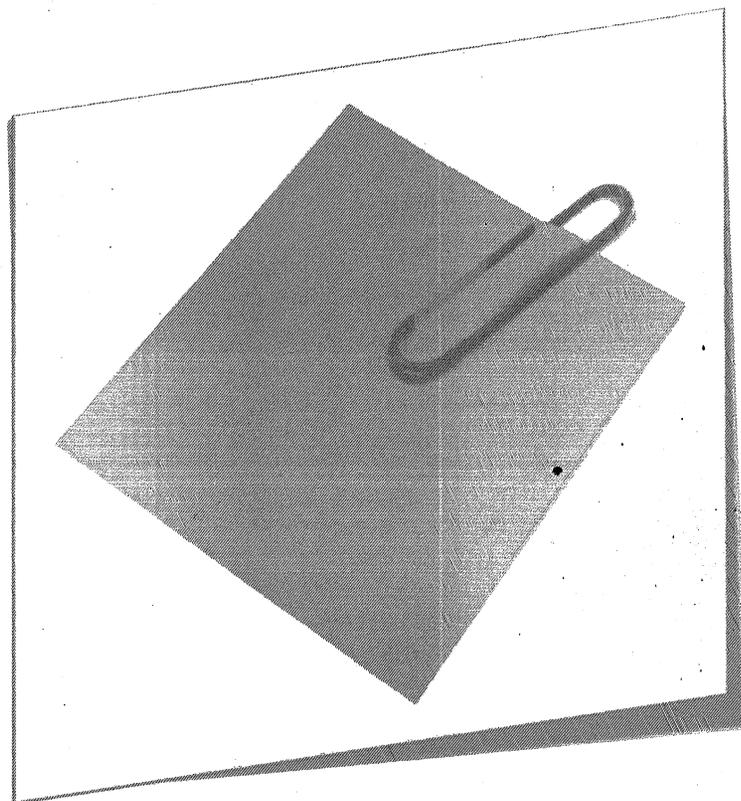
Documentación: 31 de mayo del 2022

Actualización: 31 de julio 2023



--

ANEXOS







Anexo 02: Entrega de Cadáver/Miembro amputado

Servicios Médicos
Construcción de la Comunidad

Entrega de Cadáver/ Miembro amputado

Gobierno de Guadalajara

UNIDAD: ANA FRS LOA EAB MRS Fecha de elaboración: Día Mes Año

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre (s) _____
 Edad: _____ Años _____ Meses _____ Sexo: M F O Nombre del médico que atendió _____

DATOS DEL RECEPTOR DEL CADÁVER/ MIEMBROS

Nombre Investigador: _____
 Hora _____ No. Cofetea: _____ Firma _____

Impresor: _____ Domicilio: _____
 Municipio _____ Estado _____ Nombre del responsable del servicio _____
 Teléfono _____ Hora _____ Identificación _____ Folio _____ Firma _____

PERSONA QUE IDENTIFICA EL CADÁVER

Nombre: _____
 Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombre (s) _____
 Domicilio: _____
 Calle y número _____ Colonia _____
 Municipio _____ Estado _____ C. P. _____
 Parentesco _____ Edad: _____ Teléfono _____ Firma _____

DESCRIPCIÓN DEL MIEMBRO AMPUTADO

Elaboración: _____
 Nombre y firma del Trabajador Social _____



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.



Reverso

Formulario for 'Sistema Interinstitucional de Canalización a Trabajo Social (SICATS)'. Includes fields for 'De:' (Institution Name), 'Para:' (Institution Name), 'Responsable de Trabajo Social', 'Trabajadora social que canalizó el caso', 'Servicio o programa', 'Nº de Contracanalización', 'Fecha', 'Datos del Usuario' (Name, Apellido paterno, Apellido materno, Nombres), '1. RESOLUCIÓN O AVANCES DE LA ATENCIÓN', '2. RESPONSABLE DEL CASO' (Teléfono, EXT), and checkboxes for 'Caso Abierto' and 'Caso Cerrado'. Ends with 'ATENTAMENTE'.



Procedimiento para la entrega de cadáver o miembro amputado



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

May 2019

FOLIO 150384229

ENTRARSE EN EL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSACCIONES Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL...

Main form containing fields for personal data, marital status, occupation, cause of death, and certification details.

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, auxiliarse con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a). Si la defunción ocurrió en una unidad médica recorra al expediente clínico para obtener (o cotizar) 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 Secretaría 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, 3] [0, 3] [2, 0, 1, 2]. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, ejemplo: si solo se conoce el año del nacimiento (2010), registre [9, 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, solo 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:

- 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.
- HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "SI" en caso de que el fallecido hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español.
- 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 sí(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][2]. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para delimitar la edad.
- ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) mayor de 12 años en relación con los derechos y obligaciones legales y de contumbrar del país, respecto de la unión o matrimonio, adviertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal.
- RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si éste corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
- ESCOLARIDAD.** Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios aprobados de el(la) fallecido(a), si tuvo estudios de primaria, secundaria, bachillerato o preparatoria sin terminar, máquelo 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.
- OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, ejemplo: obrero(a), maestro(a), etc. En 13.1 marque la opción "SI" 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.
- 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.
- 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).
- 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 son 9 minutos, anote [13][7] [0][9].
- SE PRATICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
- CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, sin omitir el intervalo de tiempo aproximado antes al 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 a 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:

SE CAUSÓ LA DEFUNCIÓN	Intervalo de tiempo aproximado antes al comienzo de cada causa y la fecha de la defunción	Uso exclusivo del personal codificador
a) Peritonitis aguda	2 días	
b) Perforación de duodeno	4 días	
c) Úlcera duodenal	3 años	
d) Hipertensión arterial	5 años	

- 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.
- 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.
 - Fue un presunto. No omita la respuesta. La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.
 - Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, coincida o no con el sitio donde ocurrió la defunción.
 - ¿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".
 - 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.
 - 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.
- CERTIFICADA POR.** En el caso de ser un médico presante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud".
- DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. La firma es de carácter obligatorio, debe ser autógrafa y se recomienda se plasme en original en los cuatro tantos del Certificado. Para el caso de certificantes médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional.
- FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

ABREVIATURAS
REG: Registro, NUM: 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



Registro de certificados de defunción

DATOS DEL CERTIFICADO

1 Fecha de elaboración	2 Folio del certificado	3 Trabajador(a) Social	4 Firma
Nombre:			5 Sexo
Primer Apellido		Segundo Apellido	H M
Nombre (s)			
Edad:		6 Nombre del médico que atendió	7 No. de Cédula Prof.
Años	8 Meses	9 Causas de muerte	
a)		10	11
b)		10	11
			12 Firma

DATOS DEL FAMILIAR QUE RECIBE EL CERTIFICADO

Nombre:		13 Domicilio
Calle y número		
Estado		14 Colonia
Parentesco:		15 Municipio
Teléfono		16 Firma

DATOS DEL CERTIFICADO

1 Fecha de elaboración	2 Folio del certificado	3 Trabajador(a) Social	4 Firma
Nombre:			5 Sexo
Primer Apellido		Segundo Apellido	H M
Nombre (s)			
Edad:		6 Nombre del médico que atendió	7 No. de Cédula Prof.
Años	8 Meses	9 Causas de muerte	
a)		10	11
b)		10	11
			12 Firma

DATOS DEL FAMILIAR QUE RECIBE EL CERTIFICADO

Nombre:		13 Domicilio
Calle y número		
Estado		14 Colonia
Parentesco:		15 Municipio
Teléfono		16 Firma

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. <i>Ejemplo:</i> 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.

