



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL ÁREA HOSPITALARIA

TESIS PROFESIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

GABRIELA VILLEGAS HERNANDEZ

ASESORA DE TESIS

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

COATZACOLACOS, VERACRUZ

SEPTIEMBRE 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Contents

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVO DEL MANUAL	5
MARCO JURÍDICO	6
DISPOSICIONES GENERALES	6
DISPOSICIONES ESTATALES	7
PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN INICIAL.....	10
PROPÓSITO	10
ALCANCE	10
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	10
INGRESO AL SERVICIO CLINICO.....	14
PROPÓSITO	14
ALCANCE	14
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	14
• Valoración antropométrica en el paciente pediátrico (Somatometría)	15
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS	18
PROPÓSITO	18
ALCANCE	19
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	19
PASO DE VISITA	22
PROPÓSITO	22
ALCANCE	22
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	22
INFORMES A LOS FAMILIRES DEL PACIENTE	24
PROPÓSITO	24
ALCANCE	24
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	24
VALORACION PREOPERATORIA	26
PROPÓSITO	26
ALCANCE	26
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	26



TRASLADO DE PACIENTE HOSPITALIZADO A OTRA INSTITUCION	27
PROPÓSITO	27
ALCANCE	27
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	27
EGRESO VOLUNTARIO	29
PROPÓSITO	29
ALCANCE	29
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	29
EGRESO POR MEJORIA, CURACION O ATENCION HOSPITALARIA CONCLUIDA.....	31
PROPÓSITO	31
ALCANCE	31
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	31
EGRESO POR DEFUNCION	33
PROPÓSITO	33
ALCANCE	33
POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS.....	33
APROVACION DEL MANUAL	35
ANEXOS.....	36

INTRODUCCIÓN



La integración del presente manual se conforma de cuatro apartados, orientados a proporcionar un panorama general de la estructura y funcionamiento del hospital comunitario de Isla Mujeres:

- 1.- Introducción.
- 2.- Objetivo del manual.
- 3.- Marco jurídico (es el que regula su actuación en base a la Ley Orgánica de la Administración).
- 4.- Procedimientos.

El presente documento integra el objetivo del manual, marco jurídico e información clara y precisa sobre los procedimientos, y formatos a utilizar en el desempeño del personal que labora en el Servicio sirviendo como guía para la estandarización de los procesos.

El manual nos indica la forma en que el hospital comunitario isla mujeres, reúnen los elementos e información requerida para identificar el estado estructural, no estructural y de organización en que se encuentre la unidad de acuerdo con lo establecido en el programa.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.



OBJETIVO DEL MANUAL

Servir como instrumento de consulta para el personal en relación con cada uno de los pasos que deben seguirse y las áreas que participan en cada una de las actividades desarrolladas por el Hospital Comunitario de Isla Mujeres.

Así como también establecer las políticas, normas y desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en los Servicios Clínicos de Hospitalización, con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal que integra el área.



MARCO JURÍDICO

DISPOSICIONES GENERALES

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (D. O. 5-02-1917)

LEYES

1. Vigilancia, Fondos y Valores de la Federación y su Reglamento General de Bienes Nacionales. (D. O. 31-12-1959)
2. Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, reglamento del Apartado B del Artículo 123 Constitucional. (D. O. 28-12-1963)
3. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. (D. O. 1-01-1977)
4. Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público. (D. O. 31-12-1982)
5. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos. (D. O. 31-12-1982)
6. Ley General de Salud. (D. O. 7-02-1984)
7. Ley del Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal. (D. O. 31-12-1976). REFORMADO (18-01-1989)
8. Ley de Adquisición y Obras Públicas. (D.O. 30-12-1993).

REGLAMENTOS

1. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional. (D. O. 18-02-1985)
2. Reglamento de la Ley General en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. (D. O. 20-02-1985)
3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. (D. O. 14-05-1986)
4. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad. (D. O. 26-11-1986)
5. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (D. O. 6-01-1987)
6. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. (D.O. 19-03-2004)



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.



7. Condiciones Generales de Trabajo de la S.S .A. Aprobada (19-01-1994). Renovada con oficio (19-05-2003).

DECRETOS

1. Decretos por el que el Ejecutivo Federal crea las bases para el Programa de Descentralización de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. (D. O. 30-08-1983)
2. Decreto por el que se descentralizan a los Gobiernos Estatales los Servicios de Salud que presta la Secretaría de Salubridad y Asistencia en los Estados y los que dentro del Programa de Solidaridad Social por participación comunitaria denominado “IMSS -COPLAMAR” proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social. (D. O. 8-03-1984)
3. Decreto que ordena a las Dependencias y Entidades la elaboración de un Programa de Descentralización Operativa. (D. O. 18-06-1984).

DISPOSICIONES ESTATALES

Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo. (Aprobada el 11-01-1975).

LEYES

1. Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Quintana Roo. (P. O. 15-03-1990. Decreto 73). Reforma (30 Septiembre de 2002)
2. Ley de Salud del Estado de Quintana Roo. (P. O. 30-12-1994)
3. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Quintana Roo. (P. O. 17-03-1995), Modificada (8-sept-2000)
4. Ley de los Trabajadores al Servicio de los Poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial de los Ayuntamientos y Organismos Descentralizados del Estado de Q. Roo.(P. O. 12-06-1978) REFORMADO (13-12-1996).
5. Ley de Asistencia Social para el Estado de Q. Roo. (P.O.15-12-98).
6. Ley de las Entidades de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Q.Roo. 22-01-03



DECRETOS

1. Decreto No. 25 por el que se crea el Organismo Público Descentralizado denominado Servicios Estatales de Salud. (P. O. 18-10-1996)
2. En el pleno de la junta de Gobierno de fecha 2 de Abril del 2004, se aprobó la nueva estructura orgánica, presentándose el nuevo organigrama aprobado.
3. Reglamento Interior de los Servicios Estatales de Salud. 2 Abril de 2004.

ACUERDOS

1. Acuerdo de Coordinación en materia de Servicios de Salud Pública en el Estado de Quintana Roo.
2. Acuerdo de Coordinación para la realización del Programa Sectorial concertado, denominado promoción y gestión para el establecimiento del Sistema Estatal de Control.
3. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto, de la Contraloría General de la Federación y de Salud y el Ejecutivo del Estado de Quintana Roo, con el propósito de establecer las bases para la elaboración y ejecución del Programa de Descentralización de los Servicios de Salud en la Entidad.
4. Acuerdo de Coordinación para la integración Orgánica y Descentralización Operativa de los Servicios de Salud a Población Abierta en el Estado de Quintana Roo.
5. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal y el Estado de Quintana Roo para transferir la realización de obras públicas en unidades médicas en la Entidad.
6. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de las Secretarías de Programación y Presupuesto y de Salud y el Ejecutivo del Estado de Quintana Roo para establecer el Programa Integral de Financiamiento e Inversión en materia de Servicios de Salud a Población Abierta.
7. Acuerdo de Coordinación que celebran el Ejecutivo Federal por conducto de la Secretaría de Programación y Presupuesto de la Contraloría General de la



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.



Federación y de Salud y el Ejecutivo del Estado de Quintana Roo con el propósito de descentralizar el ejercicio de las funciones de Control y Regulación Sanitaria en la Entidad.

CONVENIOS

1. Convenio Único de Desarrollo que celebran el Ejecutivo Federal y el Ejecutivo del Estado de Quintana Roo.
2. Convenio General de Colaboración Interinstitucional que en materia de prestación de servicios de salud celebran por una parte la Secretaria de Salud representada en este acto por el Dr. Julio José Frenk Mora, Secretario de Salud a quien en lo sucesivo se le denominará la SSA , el Instituto Mexicano del Seguro Social representado en este acto por el Dr. Santiago Levy Algaza, Director General de dicho Instituto a quien en lo sucesivo se le denominará el IMSS y el Instituto de Seguridad al Servicio de los Trabajadores del Estado representado en este acto por el Lic. Benjamín González Parao Director General de dicho Instituto a quien en lo sucesivo se le denominara ISSSTE.



PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN INICIAL

PROPÓSITO

Proporcionar atención médica hospitalaria al paciente estableciendo un plan de diagnóstico y terapéutico oportuno, para restablecer la salud y/o limitar el daño anatómico producto de la enfermedad, así como una metodología de atención médica hospitalaria para optimizar el trabajo del equipo de salud obteniendo así el mejor resultado posible para el paciente

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal adscrito a los Servicios Clínicos de Hospitalización es el responsable de cumplir este procedimiento.
- Todo el personal adscrito a las áreas deben mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- Toda persona que ingrese al Servicio Clínico sea paciente, visita o parte del equipo de salud deberá aplicar la técnica de lavado de manos.
- Trabajo Social orientará sobre la técnica y la importancia del lavado de manos a los familiares, al ingreso de los pacientes los Servicios Clínicos,



lo cual será reforzado por enfermería y médico tratante en caso necesario.

- Al ingreso del paciente el personal de Trabajo Social entregará información respecto a las medidas de seguridad e higiene que deben realizar los familiares de los pacientes que ingresan al Servicio Clínico.
- No se permitirá que los familiares ingresen con ningún tipo de alimentos o bebidas.
- No se permitirá el acceso a los cuartos privados a los pacientes que no requieren de ello, así como a sus familiares, para lo cual el personal de enfermería se encargará de verificar constantemente que no exista persona ajena en el área de aislamiento.
- El jefe de servicio en coordinación con enfermería y trabajo social determinará la pertinencia de otorgar un pase especial.
- Es derecho del paciente designar a la persona que recibirá informes médicos confidenciales, en el caso de los pacientes que no se encuentren en condiciones de designar a dicha persona nos ceñiremos al dispuesto a la Ley General de Transparencia y Acceso a la información Pública.
- Cada ingreso hospitalario será evaluado el día de su ingreso, el mismo día de su elaboración y donde deberá establecerse un plan de manejo diagnóstico y terapéutico que debe ser iniciado desde entonces. El médico adscrito funge como “médico tratante” responsable del enfermo de acuerdo a la distribución de camas en el Área Clínica. El médico adscrito y el jefe de servicio revisarán y discutirán los Ingresos del día anterior o del fin de semana al día hábil siguiente ratificando o modificando el plan diagnóstico y terapéutico establecido. Todos los cambios y adecuaciones derivados del proceso de atención deberán ser asentados y sustentados en el expediente clínico deberá contar con las firmas (autógrafas) de los médicos involucrados.
- El equipo de salud será el responsable de cumplir la confidencialidad de todo el proceso de atención así como resultado de los estudios de los



pacientes y será respetuoso de las ideas y costumbres de los pacientes asegurando la atención de los mismos.

- La enfermera del Servicio Clínico entregará a los familiares una bolsa con las pertenencias de los pacientes con el formato correspondiente, en ausencia de algún familiar entregará la bolsa a la Jefatura de enfermería.
- Los objetos personales de los pacientes hospitalizados que no cuentan con familiares, serán resguardados por la Jefatura de enfermería hasta su egreso.
- La Jefatura de enfermería no recibirá ninguna pertenencia del paciente sin el formato debidamente solicitado.
- El tiempo máximo de resguardo por la Jefatura de enfermería será de ocho días, en caso de que el paciente no cuente con familiares y fallezca.
- Los documentos personales u objetos de valor (reloj, joyería, dinero, cheques, tarjetas bancarias, celulares, radio localizadores, etc.) del paciente hospitalizado, serán resguardados en el área establecida dentro de la Jefatura de enfermería del área de hospitalización hasta el egreso del paciente en caso de que este no cuente con familiares para recibir los bienes.
- En caso de que el paciente fallezca, el personal de Trabajo Social insistirá en la localización y presencia del familiar, de no obtener resultados positivos, al momento de realizar la notificación de defunción a las autoridades correspondientes serán entregadas las pertenencias para lo que a derecho corresponda.
- En los casos de pacientes psiquiátricos que lo requieran se reforzaran las medidas de seguridad para el paciente, su familia y el personal de salud.
- Los pacientes agresivos y /o comorbilidad psiquiátrica serán atendidos por la coordinación de apoyo a pacientes y familiares.
- El jefe del servicio con el apoyo de enfermería y trabajo social valorara la pertinencia de la presencia de un familiar en los casos de pacientes agresivos, violentos o padecimientos psiquiátricos.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.



- En caso de que el médico tratante detecte pacientes que estén sujetos a maltrato o agresión, deberá notificar a las autoridades correspondientes así como a trabajo social para que realice su estudio social.
- Las decisiones para el manejo del caso deberán ser tomadas en conjunto por el grupo de salud multidisciplinario que atiende al paciente.
- El médico tratante es el responsable de llenar debidamente el formato de inicio y seguimiento en el cual se notificará al Ministerio Público, de comisionarse caso médico legal.



INGRESO AL SERVICIO CLINICO

PROPÓSITO

Analizar los datos clínicos obtenidos en la historia clínica y notas de evolución de los servicios de procedencia para garantizar la continuidad de la atención del paciente.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- Todo Personal de salud debe respetar las normas y lineamientos dentro del área hospitalaria.
- El profesional de salud tiene como objetivo mejorar su estado de salud en el tiempo de su estancia hospitalaria, muy aparte con todo el personal del Instituto.
- Debe cargar la credencial institucional para su fácil identificación de lo contrario también es importante conocer bien a los compañeros de trabajo dentro de las instalaciones del Instituto.
- Todo médico y enfermeras deberán presentarse con el paciente, es un punto primordial para tener el primer contacto con ellos.

Es responsabilidad del médico adscrito y jefe de servicio la programación de los estudios de laboratorio, gabinete e interconsultas necesarios para el diagnóstico de los pacientes.

- Enfermería es responsable de la preparación oportuna de los pacientes para la realización de los estudios médicos solicitados.



- Valoración antropométrica en el paciente pediátrico (Somatometría)
 - Realizar la evaluación antropométrica a diferentes edades y de manera repetida tales como peso, talla, perímetro cefálico, perímetro braquial y pliegues cutáneos, que proveen datos objetivos acerca de la nutrición y salud del paciente.
 - Comparar con referencias estándares, generaos de medias de la población normal y determinar las normalidades en el crecimiento y desarrollo que pueden resultar en deficiencias o excesos nutricionales. Para lo anterior es necesario comparar los datos en relación con peso, talla, perímetro cefálico con las tablas americanas y europeas existentes.
 - Conocer los procedimientos para la medición de los indicadores descritos.
 - Contar con los instrumentos de precisión, tener un operador preparado para lograr que estas mediciones sirvan como estándar y patrones de referencia para los datos obtenidos.
 - Para pesar a un niño se debe primero colocar la balanza electrónica en una superficie firme, plana, horizontal, segundo alibrar la balanza y tercero verificar que señale ceros.



- El niño se debe pesar 3 horas luego de su última comida, en ayuno, previa micción (cambiar palabra) y evacuación y completamente desnudo. Si es menor de 15 kg, se debe pesar en una balanza electrónica sentado o acostado y si es mayor e 15 kg en una báscula de pie (pies en posición central y simétrica sin tocar la báscula o pared).
- Para tomar la talla de un niño, se utiliza el infantómetro en menores de 2 años (longitud), es decir con el niño acostado y el estadiómetro en mayores de 2 años (altura), o sea con el niño de pie.
- Un operador tiene la cabeza adherida al extremo cefálico (cabeza), en posición tal que la mirada se dirija perpendicular al eje del cuerpo. El otro operador ejerce presión sobre las rodillas para que las plantas de los pies se adhieran al extremo podálico (pies).
- El perímetro cefálico se mide sobre un plano horizontal que va desde el occipucio a las prominencias frontales, pasando por el implante superior e las orejas, preferiblemente con una cinta métrica plástica, no elástica.
- El perímetro del brazo (izquierdo si el niño es diestro o derecho si es zurdo) se mide tomando la mita e la distancia que hay entre el acromion y el olécranon, con el brazo flexionando a 90°, sujeto al cuerpo.
- La medición de pliegues cutáneos se realiza sobre los pliegues tricipital, bicipital, subescapular, suprailíaco o del cuadriceps, con los adipómetros, tipo Holtein, Harpenden o Lange. Antes de medir el panículo adiposo, mientras que con la mano derecha se aplica el adipómetro. La lectura debe realizarse 2 a 3 segundos luego que se ha colocado el adipómetro. El pliegue tricipital se mide en la parte posterior y media del brazo sobre



el músculo tríceps, a la altura donde se tomó el perímetro braquial; el bicipital sobre el bíceps en el punto medio del brazo; el subescapular sobre el borde medial de la escápula; el suprailíaco por arriba de la cresta ilíaca anterosuperior en la parte donde se observa el mayor pliegue cutáneo (punto medio sobre la línea axilar media, entre la última costilla y la cresta ilíaca anterosuperior) y el cuádriceps sobre el músculo a 2-3 cm por encima de la articulación de la rodilla.

- Análisis de los parámetros de la medición:
 - **Peso.** El peso corporal es un parámetro de crecimiento reproducible y un buen índice de estado nutricional agudo y crónico. Se usa para evaluar el crecimiento en forma transversal o longitudinal. También para medir en lapsos cortos los cambios por ingesta o pérdida de líquidos. Puede ser evaluado de dos maneras: peso para la edad y peso para la talla.
 - **Peso/Edad: P/E.** Es un indicador sugerido por Gómez en 1946 y fue el primero aceptado internacionalmente. Sus objeciones radican en que como es un indicador de la masa corporal total y varía en función de la talla, no permite discriminar entre un déficit de peso reciente o crónico, así mismo impide reconocer a los niños desnutridos con talla alta y a los que tienen un peso bajo pero adecuado para su talla. Sin embargo al aplicar este indicador con propósitos diagnósticos, identifica a mayor número de niños con desnutrición de los que realmente existen. Para su clasificación, Gómez propuso tres grados de desnutrición global: desnutrición leve o grado I, moderado o grado II y



severa o grado III, independiente el porcentaje de déficit o exceso.

- **Peso/Talla: P/T.** Es un indicador seguro e la constitución corporal. Una disminución en éste parámetro me indica una desnutrición aguda. Su empleo es particularmente útil en la valoración el estado nutrición de los niños mayores e 24 meses, pero tiene el inconveniente que no permite identificar a los niños adaptados a una desnutrición crónica. Brinda especial ventaja la edad de los niños. Para su interpretación, Waterlow propone una clasificación por grados según el déficit de P/T en la desnutrición leve o grao I, moderada o grado II y severa o grado III.

SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS

PROPÓSITO

Establecer una metodología de suministro de medicamentos e insumos de manera oportuna para optimizar el trabajo del equipo de salud, restablecer la salud del



paciente y limitar el daño producido por la enfermedad.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal de salud tiene de suma importancia la responsabilidad de los suministros de medicamentos y la administración de ellos, en el área hospitalaria y responsable de cumplir dichos procedimientos.
- Todo el personal adscrito a las áreas deben mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- El suministro se realizará de acuerdo a la patología que este siendo tratada, teniendo como objetivo principal que el paciente reciba atención oportuna.
- La Coordinación de Atención Médica será la responsable de planificar, organizar, coordinar, evaluar, instituir y eventualmente rediseñar el proceso de suministro de medicamentos e insumos.
- El (la) Coordinador(a) de Atención Médica será el (la) encargado(a) de supervisar que se cumplan las normas y políticas institucionales aplicables al proceso de suministro de medicamentos e insumos se refiere.
- La cantidad de medicamentos requerida será calculada para 24 horas de



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.



acuerdo a la dosis indicada por el médico tratante.

- El día de la solicitud de los medicamentos el Jefe de Registro Hospitalarios solicita la cantidad indicada de medicamentos para ese día incluyendo la primera dosis del día siguiente.
- En caso de que el paciente fallezca, durante los turnos vespertino o nocturno, habrá un excedente de medicamentos, este excedente tendrá que ser entregado por el personal de enfermería turno por turno hasta que finalmente se entreguen al día siguiente a los Jefes de Registros Hospitalarios para que realicen los ajustes necesarios a sus stocks en el Sistema de Administración Hospitalario.
- Los medicamentos serán entregados a la Coordinación de Atención Médica para su devolución al Almacén de Farmacia.
- En caso que un paciente solicite egreso voluntario o sea trasladado a otra institución el personal de enfermería entregará al paciente sus medicamentos sin ningún problema, ya que éstos ya han sido cargados a su cuenta y son propiedad del paciente.
- Las solicitudes de los medicamentos y materiales médicos deberán ser revisadas, firmadas y autorizadas por el Jefe(a) de cada Servicio Clínico, responsable de tal solicitud.
- En el caso de ausencia del Jefe del Servicio las solicitudes deberán ser firmadas por el médico adscrito responsable en ese momento del Servicio Clínico.
- Una vez autorizadas las solicitudes de medicamentos y materiales médicos por el Jefe(a) de los Servicios Clínicos deberán ser firmadas también por el Coordinador de Atención Médica.
- En caso de ausencia del Coordinador de Atención Médica las solicitudes de medicamentos y materiales médicos serán firmadas por el Subdirector de Atención Médica o por el Director Médico.
- Una vez firmadas las solicitudes deberán ser entregadas por los Jefes de Registros Hospitalarios al almacén de farmacia donde los pedidos ya



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.



fueron descargados a los stocks de cada Servicio Clínico a través del Sistema de Administración Hospitalario. En el almacén de farmacia los Jefes de Registros Hospitalarios recibirán los medicamentos y material médico.

- Los medicamentos deberán ser colocados por los Jefes de Registros Hospitalarios en los casilleros de cada Servicio Clínico destinados para ello y el material médico será entregado al personal de Enfermería quién deberá firmar de recibido en la lista del pedido.
- Cada medicamento y material médico utilizado por cada paciente deberá ser cargado a la cuenta del mismo por el Jefe de Registros Hospitalarios.
- Los cargos a la cuenta del paciente se realizan diariamente después de haber ingresado el paciente al área de hospitalización y hasta el egreso del mismo. Dicho procedimiento es realizado por el jefe de registros hospitalarios de cada servicio clínico.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



PASO DE VISITA

PROPÓSITO

Conocer la evolución clínica diaria del paciente y efectuar los cambios necesarios.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El Personal adscrito a los Servicios Clínicos de Hospitalización es el responsable de cumplir este procedimiento.
- Todo el personal adscrito a las áreas deben mantener una conducta ética y de trato profesional para con los pacientes y con todo el personal del Instituto en cumplimiento al Código de Ética Institucional.
- Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto, asimismo el personal ambulatorio, rotante, de servicio social y/o que esté realizando prácticas profesionales deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- Se realizara lavado de manos, limpieza de estetoscopios, oxímetros y artefactos electrónicos antes del pase de visita.
- En los casos de pacientes que requieren aislamiento por microorganismos de transmisión aérea se instaurara el uso de uniforme quirúrgico, batas desechables, guantes y cubrebocas de alta eficiencia N95 (equipo de protección personal) por parte del equipo de atención hospitalaria.
- El acceso a los cuartos de aislamiento estará definido por el jefe de servicio y la jefa de enfermeras determinando al personal que tendrá acceso a dichos



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



cuartos.

- El paso de visita se realizará diariamente con todo el equipo de salud del servicio (médicos residentes, adscritos, jefe de servicio, enfermeras, farmacólogo, trabajo social y nutriólogo). Se revisarán y discutirán la evolución del plan diagnóstico y terapéutico de los pacientes internados realizando las modificaciones debidas según la necesidad.
- El grupo de médicos residentes a cargo del área clínica serán responsables de gestionar el plan diagnóstico/terapéutico poniendo las indicaciones pertinentes, solicitando los estudios de laboratorio y gabinete requeridos, buscando y gestionando la participación de las interconsultas necesarias.
- Todo esto debe reflejarse en las Notas de Evolución las cuales serán avaladas por el médico adscrito tratante responsable (en su ausencia, el Jefe de Servicio, otro médico adscrito o el médico residente de mayor jerarquía). Todos los cambios en la evolución clínica, métodos diagnósticos y terapéuticos (ajustes y suspensiones) deben ser agregados en notas de evolución al expediente clínico. El proceso se realizará diariamente y con la frecuencia requerida. Es responsabilidad del médico adscrito tratante en primer lugar, y del Jefe de Servicio como supervisor, que el expediente se encuentre siempre completo, con las notas/documentos debidamente firmados, con todas sus secciones debidamente complementadas y ordenado de acuerdo con lo establecido por el Comité del Expediente Clínico.
- El médico residente y el médico adscrito serán los responsables de contactar a los especialistas y solicitar la interconsulta correspondientes ya sea por inter-consultantes internos y/o externos.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



INFORMES A LOS FAMILIARES DEL PACIENTE

PROPÓSITO

Comunicar a los familiares el estado en que se encuentra el paciente en cuanto a la evolución de la enfermedad motivo de hospitalización, gravedad de la misma, métodos de diagnóstico, procedimientos invasivos que se requieren, plan de tratamiento y pronóstico, así como favorecer la buena relación médico-paciente-familiar.

ALCANCE

- Otorgar cuidados de alta calidad.
- Mejorar el estado de salud del paciente

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- Mantener una buena comunicación con los familiares del paciente.
- Comunicar el estado de salud y avance del paciente durante su estancia hospitalaria.
- Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones del Instituto.
- El horario para dar informes médicos oficiales a los familiares se realizara a las 12 del día, de acuerdo a horarios establecidos en el Instituto. Sin embargo, en casos extraordinarios se podrá dar información de acuerdo a las necesidades del caso en cualquier momento que se requiera.
- En el momento de que un médico reciba a los familiares del paciente para darles información, éste deberá estar acompañado por la Trabajadora Social del Servicio Clínico correspondiente.
- El personal médico deberá dar el informe con un lenguaje claro, suficiente,



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



oportuno y veraz asegurando el entendimiento del paciente y/o su familiar guardando la privacidad posible.

- Cada vez que el médico informe del estado de salud del paciente recabará la firma del familiar o responsable autorizado.
- El paciente decidirá quién podrá conocer su diagnóstico, recibir los informes médicos y tomar decisiones respecto a su tratamiento o procedimientos durante su estancia hospitalaria, en caso de que él no esté en posibilidad de hacerlo.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



VALORACION PREOPERATORIA

PROPÓSITO

Garantizar el estudio multidisciplinario e integral del paciente al que se le realizará algún procedimiento quirúrgico mayor, así como disminuir, en lo posible, las complicaciones preoperatorias, favoreciendo el trabajo del equipo multidisciplinario que interviene en el procedimiento, estandarizando la evaluación preoperatoria de los pacientes del Instituto.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- La evaluación preoperatoria de los pacientes en los que se considere pertinente realizar un procedimiento quirúrgico electivo, será realizada por el médico a cargo del paciente o en su ausencia por el médico tratante. Tal valoración deberá ser supervisada por el médico adscrito en el primer caso o por el Jefe de Servicio Clínico en el segundo. Los casos que requieran de algún procedimiento quirúrgico deberán ser presentados al cirujano designado, Se llegará a una resolución conjunta y se establecerá un plan (completar estudio diagnóstico o de evaluación funcional, programación de cirugía, etc.).



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



TRASLADO DE PACIENTE HOSPITALIZADO A OTRA INSTITUCION

PROPÓSITO

Realizar, cuando sea pertinente, el traslado de un paciente hospitalizado a otra Institución para complementar, continuar o iniciar un tratamiento, asegurando las mejores condiciones posibles estableciendo directrices y responsabilidades bajo las cuales deberá realizarse el traslado.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable al Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- Todo el personal deberá portar sin excusa, la credencial institucional para su fácil identificación dentro de las instalaciones y fuera de ellas como en el caso de los traslados de los pacientes a otras instituciones hospitalarias del Instituto, deberá portar la identificación correspondiente en todo momento.
- La decisión de trasladar a un paciente hospitalizado la realizará el médico tratante o Jefe del Servicio durante el turno matutino.
- Todo paciente que requiera traslado se le otorga al médico a cargo y la enfermera en turno, el cual es transportado por la ambulancia llevándolo al lugar del cruce, el cual es transportado por el ferry de isla mujeres, haciendo un recorrido de 18 a 20 min camino a Cancún donde se mandara



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13**

a otra institución que cuente con los servicios necesarios, con la finalidad de mejorar el estado de salud del paciente.

- Durante los turnos vespertino, nocturno y especial diurno, tomará la decisión del traslado el coordinador médico del turno de que se trate y en su ausencia el médico adscrito responsable del Servicio en ese momento.
- El médico que decida el traslado informará a Trabajo Social.
- Trabajo Social establecerá la comunicación telefónica para solicitar la valoración/recepción del paciente a la Institución que corresponda y el médico tratante presentará el caso para favorecer el traslado.
- El traslado se realizará previa aceptación de la unidad receptora, debiendo informársele al responsable de la unidad de traslado, el nombre de la Institución y el médico que acepta la valoración.
- El traslado, en lo que al aspecto médico se refiere, queda a cargo de un médico residente, el cual será el que esté adscrito al Servicio Clínico de donde se traslade el paciente o quien el médico residente, jefe de la guardia designe.
- En ningún caso se realizará el traslado sin un médico. La trabajadora social podrá acompañar al paciente de considerarse necesario.
- La trabajadora social localizará al familiar y solicitará su presencia inmediata informando la Institución a la que será trasladado el paciente.
- De ser factible, un familiar deberá acompañar al paciente.
- El médico que decida el traslado o quien él designe, deberá elaborar la Nota de referencia/traslado en original y copia, la cual consta de: unidad receptora, resumen clínico que incluirá: a) Motivo de envío y antecedentes de interés médico. b) Impresión diagnóstica. c) Terapéutica empleada y nombre y firma del médico que solicita el traslado.
- La copia de la nota de referencia/traslado se anexará al expediente clínico.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



EGRESO VOLUNTARIO

PROPÓSITO

Facilitar el proceso de identificación de las causas que motivan las Altas Voluntarias.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- La hoja de egreso voluntario, es el documento por medio del cual el paciente, responsable directo y/o familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.
- Deberá ser elaborado por un médico a partir de la solicitud del paciente y/o familiar, deberá elaborar un resumen clínico, con las medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo.
- El formato Alta voluntaria deberá llenarse con la información que se solicita completa, se registrará la fecha en la que se requisita, el nombre completo del paciente, la fecha de nacimiento del paciente (año, mes y día), número de expediente, servicio clínico en el que se encontraba hospitalizado, cama, nombre de quien solicita, su edad y parentesco, razón por la que se solicita el alta voluntaria, fecha y hora del alta hospitalaria, nombre y firma del



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13

paciente, nombre y firma del familiar, tutor o representante legal, nombre y firma del jefe de servicio o médico tratante, nombre y firma de trabajo social, el resumen clínico, las recomendaciones para la protección de la salud del paciente a su egreso y la atención de factores de riesgo, datos del médico responsable del paciente (nombre, cédula y firma) y nombre y firma de dos testigos.

- En todos los casos, la trabajadora social será informada y se solicitará su intervención para proporcionar las orientaciones necesarias de acuerdo a las características del caso así como de los trámites administrativos a realizar por el familiar responsable para hacer efectiva el alta de su paciente.
- En todos los casos el Departamento de Trabajo Social será el encargado de controlar la hoja de egreso voluntario.
- Todos los gastos generados por la atención médica de un paciente, del que se solicita su alta voluntaria deberán ser cubiertos por el familiar responsable antes del egreso del mismo.
- Las solicitudes de alta voluntaria serán atendidas a la brevedad.
- El médico y la trabajadora social investigarán los motivos y comentan con el paciente y su familia los riesgos de tomar esa decisión, dejando registro en las notas médicas y de Trabajo Social en el expediente clínico del paciente.
- La hoja de alta voluntaria, se hará en original y dos copias, una vez llenadas y recabadas las firmas correspondientes se anexará el original al expediente clínico, una copia al familiar y la última se archivará en el Departamento de Trabajo Social.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



EGRESO POR MEJORIA, CURACION O ATENCION HOSPITALARIA CONCLUIDA

PROPÓSITO

Establecer criterios que le permitan al personal del Servicio Clínico, identificar con facilidad los elementos del proceso de alta por mejoría, curación o por tratamiento hospitalario concluido, optimizando los parámetros de desempeño del servicio y agilizando los trámites que los familiares y/o responsables deben realizar para el egreso del paciente.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- El médico tratante y/o el jefe del servicio clínico serán los responsables de determinar el día del egreso del paciente a su cargo.
- El médico tratante y/o jefe de servicio informarán del alta del paciente con un mínimo de 24 horas de anticipación a la trabajadora social adscrita al Servicio, al médico residente y a la jefa de enfermeras.
- El jefe de servicio clínico o quien él designe, reportará 24 horas antes del egreso la pre- alta, en el censo diario de pacientes. El censo será entregado directamente a la oficina de cuentas corrientes por un auxiliar administrativo designado para el trámite correspondiente.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



- El jefe de servicio clínico o quien él designe, reportará 24 horas antes del egreso la pre- alta, en el censo diario de pacientes. El censo será entregado directamente a la oficina de cuentas corrientes por un auxiliar administrativo designado para el trámite correspondiente.
- El médico residente o el médico tratante debe realizar, durante las 24 horas previas al egreso, la nota de alta. Esta nota, deberá incluir los siguientes datos: resumen clínico de la enfermedad, todos los estudios realizados para establecer el diagnóstico, interconsultas, tratamiento médico, medidas generales del cuidado del paciente, fecha de la próxima cita con su médico tratante y diagnósticos finales.
- La trabajadora Social adscrita al servicio clínico informará con 24 horas de anticipación al o a los familiares responsables sobre los trámites para el egreso de su paciente.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



EGRESO POR DEFUNCION

PROPÓSITO

Establecer criterios uniformes que permitan al personal médico, paramédico y afín del Instituto identificar y realizar adecuadamente, cada uno de los elementos del proceso de egreso por defunción del paciente hospitalizado, procurando la agilización de trámites administrativos para el egreso por defunción.

ALCANCE

- A nivel interno el procedimiento es aplicable a los Servicios Clínicos de Hospitalización.
- A nivel externo el procedimiento es aplicable a todo el personal multidisciplinario que interviene en el procedimiento.

POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- La enfermera jefe de piso, o quien ella designe, será la encargada de dar aviso de la defunción al siguiente personal:
 - Trabajo social.
 - Subjefe de enfermeras responsable del Servicio Clínico
 - Servicio de Camilla.
- El aviso se dará inmediatamente después de la defunción de manera verbal.
- El Departamento de Enfermería será el responsable del control de los certificados de defunción.
- El personal de Trabajo social será el responsable de localizar, con los medios disponibles al familiar o familiares responsables del paciente fallecido, para que acudan al Servicio.
- El aviso de defunción al personal responsable estará a cargo del médico adscrito y de la enfermera. En ausencia del primero la información sobre el



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



deceso estará a cargo del médico residente responsable.

- Será responsabilidad del médico adscrito realizar el Certificado de defunción. En ausencia de éste lo realizará el médico residente responsable del Servicio donde ocurra la defunción. Deberá siempre tomar en cuenta las siguientes recomendaciones: 1) constatar la defunción y completar personalmente el Certificado; 2) utilizar información disponible de la persona fallecida (con familiares y expediente clínico); 3) emplear letra legible de molde o realizar a máquina; 4) evitar abreviaturas y/o siglas; 5) determinar secuencia lógica entre las enfermedades del paciente y causaron la muerte y registrar intervalos de tiempo; 6) anotar una sola causa de defunción por línea; 7) anotar enfermedades y síndromes sin ambigüedades; 8) evitar causas mal definidas e imprecisas como única causa o como causa básica de la defunción; 9) no olvidar sección 22 del certificado en caso de mujeres de 10 a 54 años de edad.
- El médico residente realizará la nota de egreso por defunción.
- El médico adscrito y/o el médico residente responsables del Servicio Clínico donde ocurrió la defunción solicitarán la autorización para la necropsia.
- En caso de que el familiar del paciente solicite un momento para despedirse, trabajo social en coordinación con enfermería y con el médico responsable, facilitaran el espacio y tiempo para iniciar el proceso de duelo.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



APROVACION DEL MANUAL

Nelly Beatriz Escalante Caballero
Jefa de Enfermeras

Carlos Guzmán
Coordinador de Enseñanza



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



ANEXOS



Servicios Estatales de Salud en Quintana Roo
HOSPITAL INTEGRAL ISLA MUJERES
"JOSÉ DE JESÚS LIMA GUTIÉRREZ"



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Isla Mujeres Quintana Roo a ____ de _____ de _____

El C. _____,
 acepta y reconoce que recibió y entendió la información que fue proporcionada por
 el Médico tratante relacionada con el procedimiento _____
 del cual los beneficios potenciales esperados son: _____

 así mismo, entraña los riesgos siguientes: _____

 Nombre completo y firma del
 Paciente o Responsable

 Nombre completo y firma del
 Médico tratante

Autorizo al personal de salud del **Hospital Integral de Isla Mujeres "José de Jesús Lima Gutiérrez"** para la atención de las contingencias y urgencias del procedimiento autorizado, manifestando que dicha autorización la realizo atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Testigo

Testigo

 Nombre completo y firma del
 Testigo

 Nombre completo y firma del
 Testigo



NIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD EN QUINTANA ROO
HOSPITAL COMUNITARIO ISLA MUJERES
NOTA DEL RECIEN NACIDO

NOMBRE DE LA MADRE: _____
 FECHA: _____ HORA DEL NACIMIENTO: _____
 ANTECEDENTES DE LA MADRE EDAD: _____ G: _____ P: _____ C: _____
 EMBARAZO: _____ PARTO: _____ CESAREA: _____ COMPLICACIONES: _____
 MEMBRANAS: _____ L.A. _____
 APGAR _____ MANIOBRAS EFECTUADAS: _____

EXAMEN FISICO

COLORACIÓN: _____ REACTIVIDAD: _____
 P.A. _____ CUELLO _____
 BOCA _____ CAMPOS PULMONARES _____
 PRECORDIO _____ ABDOMEN _____
 C.U. _____ ORTOLANI _____
 EXTREMIDADES _____

DX _____
 CAPURRO _____
 SEXO _____
 PESO _____
 TALLA _____
 P.C. _____
 P.T. _____
 P.Á. _____
 S.I. _____

HUELLA PIE IZQUIERDO

HUELLA PIE DERECHO

PLAN

- 01.-SENO MATERNO A LIBRE DEMANDA
- 02.- SVPT Y CGDE
- 03.- MANTENER EUTERMIA ESTRICTA
- 04.- VITAMINA K 1 MG D.U.
- 05.- VITAMINA A 1 GOTTA V.O.
- 06.-VIGILAR HEMOSTASIA DE C.U.
- 07.- PROFILAXIS OFTALMICA
- 08.-RUTINA DE ENFERMERÍA
- 09.- VACUNA B.C.G.
- 10.-GRUPO Y RH
- 11.- TAMIZ NEONATAL
- 12.- SE REPORTA DELICADO



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



SALUD
Sistema de Salud



HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SINIA SEUL-14-P-DGIS

CLUES: _____

FOLIO: _____

PACIENTE	NOMBRE: _____ <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>																																																																				
	C.U.R.P.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____ <small>Día Mes Año</small>																																																																				
	EXPEDIENTE: _____ EDAD CUMPLIDA: _____ <small>Hrs 35 (en menores de 24 hrs) Días (en menores de 30 días) Meses (en menores de 1 año) Años (1 año + ms)</small>																																																																				
	¿NACIÓ EN EL HOSPITAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino PESO: _____ kg TALLA: _____ cm ESTADO CONYUGAL: _____																																																																				
	AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Gob. Estatal <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> PROSPERA																																																																				
	NÚM. AFILIACIÓN: _____ GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																				
	¿SE CONSIDERA INDIGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDIGENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL? _____ <small>Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se autodeclaró indígena o habla alguna lengua indígena serán considerados como tales.</small>																																																																				
	NOMBRE DE LA VALIDAD: _____ NÚM. EXT.: _____ NÚM. INT.: _____																																																																				
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____ NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____																																																																				
	CÓDIGO POSTAL: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO O DELEG.: _____																																																																				
ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____ TELEFONO: _____																																																																					
ESTANCIA	INGRESO: _____ TIPO DE SERVICIO: _____ DE INGRESO: _____ <small>Día Mes Año</small> HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) SEGUNDO: _____																																																																				
	EGRESO: _____ CORTA ESTANCIA <input type="checkbox"/> DE EGRESO: _____ <small>Día Mes Año</small>																																																																				
	PROCEDENCIA: <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Unidad Médica <input type="checkbox"/> Especificar CLUES: _____ <input type="checkbox"/> Curioso patológico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique																																																																				
	MOTIVO DEL EGRESO: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Traslado a otra Unidad Médica <input type="checkbox"/> Especificar CLUES: _____																																																																				
	<input type="checkbox"/> Defunción - MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO FOLIO DEL CERTIFICADO: _____ <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ Especifique																																																																				
	MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en el puerperio																																																																				
	AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) CÓDIGO CIE																																																																				
	AFECCIÓN PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente																																																																				
	COMORBILIDADES: _____																																																																				
	RESELECCIÓN A.F.P.: _____ Código adicional: _____ Solo para tumores: _____																																																																				
CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____																																																																					
ATENCIÓN OBSTETRICIA	INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																				
	PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS: <small>En este apartado se deberán incluir: ADEMÁS los procedimientos obstétricos materno-neonatal (parto en posición vertical, apoyo empujado madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tener periodo del trabajo de parto)</small>																																																																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">ANESTESIA</th> <th colspan="2">QUIRÓFANO</th> <th rowspan="2">CURP A CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO</th> <th rowspan="2">CÓDIGO CIE-9 MC</th> </tr> <tr> <th>TIPO</th> <th>ENTRO</th> <th>H/M</th> <th>FLERA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td>1</td><td>:</td><td>2</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			ANESTESIA		QUIRÓFANO		CURP A CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9 MC	TIPO	ENTRO	H/M	FLERA	1.		1	:	2			2.		1	:	2			3.		1	:	2			4.		1	:	2			5.		1	:	2			6.		1	:	2			7.		1	:	2			8.		1	:	2		
		ANESTESIA		QUIRÓFANO		CURP A CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9 MC																																																														
		TIPO	ENTRO	H/M	FLERA																																																																
	1.		1	:	2																																																																
	2.		1	:	2																																																																
	3.		1	:	2																																																																
	4.		1	:	2																																																																
	5.		1	:	2																																																																
6.		1	:	2																																																																	
7.		1	:	2																																																																	
8.		1	:	2																																																																	
TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Sedación <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> No usó																																																																					
VIOLENCIA Y/O LESIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																					
HISTORIA GINECOBISTRICA: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____																																																																					
EDAD GESTACIONAL: _____ ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Instrumental oral <input type="checkbox"/> Instrumental manual <input type="checkbox"/> Instrumental binocular <input type="checkbox"/> Instrumento subóptico																																																																					
TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres ó más <input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> Preservativo femenino <input type="checkbox"/> Preservativo masculino <input type="checkbox"/> Otro método																																																																					
TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Distócico vaginal <input type="checkbox"/> Césarea <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Placenta baja <input type="checkbox"/> Placenta dimitra																																																																					
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">DATOS DE LOS PRODUCTOS</th> <th colspan="3">CONDICIÓN AL NACIMIENTO</th> <th colspan="3">CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE</th> <th colspan="2">INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGUN SEA EL CASO)</th> <th colspan="4">PARA TODO NACIDO VIVO</th> </tr> <tr> <th>MUERTE FETAL</th> <th>NACIDO VIVO</th> <th>ALTA CON LA MADRE</th> <th>HOSPITALIZADO</th> <th>MUERTO</th> <th>CMI</th> <th>APGAR A LOS 5 MIN</th> <th>REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA</th> <th>ALOJAMIENTO CONJUNTO</th> <th>LACTANCIA EXCLUSIVA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</td> </tr> </tbody> </table>		DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN AL NACIMIENTO			CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGUN SEA EL CASO)		PARA TODO NACIDO VIVO				MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO	MUERTO	CMI	APGAR A LOS 5 MIN	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA	1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO												
DATOS DE LOS PRODUCTOS	CONDICIÓN AL NACIMIENTO			CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGUN SEA EL CASO)		PARA TODO NACIDO VIVO																																																												
	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO	MUERTO	CMI	APGAR A LOS 5 MIN	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA																																																											
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																											
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																											
1	2	1	2	3				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																											
TIPO DE UNIDAD: _____																																																																					
HOSPITAL COMPLETO: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Psico geriátrica <input type="checkbox"/> Unidad de desintoxicación <input type="checkbox"/> Villa psiquiátrica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No especificado																																																																					
HOSPITAL PARCIAL: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No especificado																																																																					
UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: <input type="checkbox"/>																																																																					
PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE: _____																																																																					
NOMBRE: _____																																																																					



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES		NOMBRE DEL PACIENTE			
		EDAD	SEXO	CAMA	
		FECHA	CARGO O CONVENIO		
VALORACION PREANESTESICA					
ANESTESIOLOGO		URGENCIA	ELÉCTIVA	CIRUJANO	
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO		CIRUGIA PROGRAMADA			
ANTECEDENTES					
TIEMPO EVOLUCION TX			TIEMPO EVOLUCION Y TX		
TABAQUISMO	NO	SI	ASMA	NO	SI
ALCOHOLISMO	NO	SI	ALERGIAS	NO	SI
TOXICOMANIAS	NO	SI	DIABETES	NO	SI
HEPATOPATIAS	NO	SI	ENF TIROIDEAS	NO	SI
NEUMOPATIAS	NO	SI	HIPERTENSION	NO	SI
NEFROPATIAS	NO	SI	CANCER	NO	SI
TRANSFUSIONES	NO	SI	ARTRITIS	NO	SI
CARDIOPATIAS	NO	SI			
MEDICAMENTOS ACTUALES:					
ANESTESIAS PREVIAS:					
OTROS:					
PADECIMIENTO ACTUAL					
EXPLORACION EDO. CONCIENCIA: CONCIENTE INCONC DESORIENTADO					
PESO	Kg	TALLA	Mts.	T.A.	mmHg
				F.C.	X'
				F.R.	rpm
				T	oC
CABEZA Y CUELLO					
VIA AEREA:					
CARDIOPULMONAR:					
ABDOMEN:					
COLUMNA:					
EXTREMIDADES					
OTROS					
LABORATORIO:		HB	HTO	TP	TPT
TIPO Y Rh	GLUCOSA	UREA	CREATININA		
OTROS					
GABINETE					
ESTADO FISICO ASA: I II III IV V					
PLAN ANESTESICO:					
INDICACIONES PREANESTESICAS:					
NOMBRE Y FIRMA DEL ANESTESIOLOGO					



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL COMUNITARIO DE ISLA MUJERES
HOSPITALIZACION

NOMBRE DEL PACIENTES: _____

DIAS DE HOSPITALIZACION: _____

VENOCLISIS _____

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS I.V. _____

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS I.M. _____

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS S.C. _____

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS V.O. _____

ADMINISTRACION DE OXIGENOS. _____ LTS X HORAS. _____ # DE DIAS.

CURACIONES. _____

VENDAJES. _____

GLICEMIA CAPITAL. _____

TRICOTOMIA. _____

INSTALACION DE SONDA VESICAL. _____

INSTALACION DE SONDA NASOGASTRICA. _____

EQUIPOS PARA TRANSFUSIONES SANGUINEA. _____

NUMERO DE NORMOGOTERO O METRISET UTILIZADOS. _____

NUMERO DE PUNZOCAT UTILIZADOS. _____

UTILIZACION DE FOTOTERAPIA. _____ DIAS

PAQUETE QUIRURGICO DE CESAREA. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE COLECISTECTOMIA. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE APENDICECTOMIA. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE HISTECTOMIA. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE QUISTE SINOVIAL. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE RETIRO DE MATERIAL DE TRAUMA. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE LAPAROTOMIA. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE LAPAROSCOPIA. _____

PAQUETE QUIRURGICO DE HERNIOPLASTIA. (ABDOMINAL, INGUINAL, UMBILICAL). _____

PAQUETE DE PARTO. _____

ESTUDIO DE RAYOS X. _____

LABORATORIO. _____

ULTRASONIDO. _____

MEDICAMENTOS	#	MEDICAMENTOS	#	MEDICAMENTOS	#
_____	_____	_____	_____	_____	_____

MEDICAMENTOS	#	MEDICAMENTOS	#	MEIDCAMENTOS	#
_____	_____	_____	_____	_____	_____

MEDICAMENTOS	#	MEDICAMENTOS	#	MEDICAMENTOS	#
_____	_____	_____	_____	_____	_____

OTROS CONSUMOS O ESTUDIOS REALIZADOS.



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
 HOSPITAL COMUNITARIO DE ISLA MUJERES
 GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO



REGISTROS CLINICOS, TRATAMIENTOS
 Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

NOMBRE: _____
CEDULA: _____ EXP: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
SERVICIO: _____
CAMA/CUNA: _____ CUARTO: _____
DIAGNOSTICO: _____

FECHA																					
F.C	T.I.	T.C.	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	
170	36	41																			
160	35																				
150	34	40																			
140	33																				
130	32	39																			
120	31																				
110	30	38																			
100	29																				
90	28	37																			
80	27																				
70	26	36																			
60	25																				
50	24	35																			
TENSION ARTERIAL	/ /																				
F. RESPIRATORIA																					
C. TEMPERATURA																					
TALLA	PESO																				
PERIMETRO																					
FORMULA																					
DIETA																					
LIQUIDOS ORALES																					
TOTAL																					
LIQUIDOS PARENTERALES																					
ELECTROLITOS Y ELEMENTOS SANGUINEOS																					
TOTAL																					
URESIS																					
EVACUACIONES																					
VOMITO SUCION Y DRENAJE																					
LABORATORIO Y PRODUCTOS																					
REACTIVOS																					
ESTUDIOS, OPERACIONES																					



NIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



SECRETARIA DE SALUD ESTADO DE QUINTANA ROO
SUBDIRECCION DE MEDICINA TRANSFUSIONAL
BANCO DE SANGRE REGIONAL CANCÚN

SALUD
SECRETARIA DE SALUD

REPORTE DE REACCIONES TRANSFUSIONALES
(ANEXO C)

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O UNIDAD MEDICA _____ TELEFONO (S) _____
DÍA _____ MES _____ AÑO _____
LICENCIA No. _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____ No. DE EXPEDIENTE _____
DIAGNOSTICO (S) _____ SERVICIO _____
F M

NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL MEDICO QUE AUTORIZA _____

SIGNOS VITALES	PRETRANSFUSION	TRANSFUSION	POSTRANSFUSION
FRECUENCIA CARDIACA	X'	X'	X'
FRECUENCIA RESPIRATORIA	X'	X'	X'
TENSION ARTERIAL	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
TEMPERATURA	°C	°C	°C

HORA DE TRANSFUSION	HORA DE REACCION	HEMOCOMPONENTE			GRUPO				RH		No. DE UNIDAD	VOLUMEN TRANSFUNDIDO ml
		CE	CP	PF	O	A	B	AB	POS	NEG		
hrs	hrs											

SIGNOS Y SINTOMAS

<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Paresias	<input type="checkbox"/> Vomito
<input type="checkbox"/> Urticaria	<input type="checkbox"/> Petequias	<input type="checkbox"/> Nauseas	<input type="checkbox"/> Hipotension
<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Edema pulmonar
<input type="checkbox"/> Disnea	<input type="checkbox"/> Oliguria	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Elevacion de la temperatura > 1°C de la toma inicial o Fiebre

TIPO DE REACCION

Séptica

Anafiláctica

Otras (especificar) _____

Hemolítica

Sobrecarga de volumen circulatorio

Desequilibrio Hidroelectrolítico

ACCIONES TOMADAS EN CASO DE REACCION POSTRANSFUSIONAL

Suspender la transfusion de inmediato y avisar al medico de guardia.

Mantener vena permeable con solucion fisiologica

Toma de signos vitales

Toma de muestras sanguineas (3cc con anticoagulante EDTA y 10 cc sin anticoagulante) y EGO

Recabar las muestras sanguineas y la bolsa del hemocomponente y enviar al servicio de transfusion quien a su vez los entregara al Banco de Sangre para su estudio.

No. de Caso: _____ NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL PROFESIONAL QUE TRANSFUNDE _____

TRABAJO DE INVESTIGACION DEL LABORATORIO O DEL BANCO DE SANGRE

1. Observacion visual de las muestras pre y posttransfusion del paciente: hemólisis, ictericia y otros cambios de coloración.

2. Verificar apariencia del producto sanguineo y del equipo de transfusion: hemólisis, coágulos, aire y otros cambios de coloración. Aspecto fisico e integridad de bolsa, etiquetas y equipo de transfusion para identificar posible mal manejo.

3. Realizar:

C antib directo	PRE				POST				PRODUCTO			
	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Grupo ABO:	O	A	B	AB	O	A	B	AB	O	A	B	Ad
Grupo Rh (D)	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Anticuerpos Antieritrocitarios	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Anticuerpos Antileucocitos	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Anticuerpos Antilinfocitos	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Hemoglobina libre	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO
Pruebas cruzadas	COMPATIBLE		INCOMPATIBLE		COMPATIBLE		INCOMPATIBLE		COMPATIBLE		INCOMPATIBLE	
Hemoglobina en orina												
Bilirubinas (+ 6hrs de reaccion)												
Tincion de Gram (*)												
Cultivo (*)												

TOTAL: mg/dl INDIRECTA mg/dl DIRECTA mg/dl

(*) Están indicados cuando existan cambios de coloración, hemólisis, presencia de coágulos, volumen anormal de aire, antecedentes de manipulación del componente por el servicio de transfusion o del área clinica (fracciones pediátricas, conexiones de equipo de transfusion, productos lavados, ruptura de

INTERPRETACION: _____

NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL MEDICO QUE REPORTA _____ NOMBRE, CEDULA Y FIRMA DEL QUIMICO QUE REALIZA LOS ESTUDIOS _____



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



FECHA	DATOS CLÍNICOS	TRATAMIENTO, SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13





SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL COMUNITARIO
ISLA MUJERES



NOMBRE DEL PTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 #EXP: _____ CUARTO: _____ #CAMA: _____ FECHA: _____
 DIAGNOSTICO: _____ SERVICIO: _____

PRE- OPERATORIO

HORA	TEMP	FC	FR	T/A	LIQUIDOS	MEDICAMENTOS	OBSERVACIONES

TRANS- OPERATORIO

CIRUJANO: _____ H. INICIO ANESTESIA: _____ H. TERMINO ANESTESIA: _____
 ANESTESIOLOGO: _____ H. INICIO DE CX: _____ H. TERM CX: _____
 1ER. AYUDANTE: _____ PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: _____
 2DO. AYUDANTE: _____ DX POST-OPERATORIO: _____
 ENFRIA INSTRUMENTISTA: _____ TORNQUETE SITIO: _____ H. INICIO: _____ H. TERM: _____
 ENFRIA CIRCULANTE: _____ SONDAS: _____ ENVIO PZA PATOLOGICA: _____

HORA	R.X	LIQUIDOS PARENTERALES	MEDICAMENTOS	OBSERVACIONES

GRAFICA DE SIGNOS VITALES

HORARIO		FC	TEMP	T/A	FR	SPO2
170	41					
160						
150	40					
140						
130	39					
120						
110	38					
100						
90	37					
80						
70	36					
60						
50	35					
	T/A					
	FR					
	SPO2					

CUENTA DE GASAS Y COMPRESAS

	INICIO	TERMINO
GASAS		
COMPRESAS		
EGRESOS		
TIPO	HORA	MILILITROS
SANGRADO		
ORINA		



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



POST-OPERATORIO INMEDIATO

HORA	TEMP	FC	FR	T/A	MICCIÓN	EX. LABS	LIQ. PARENTERALES	MEDICAMENTOS

OBSERVACIONES

Large empty rectangular box for recording observations.

ENFRIA. TURNO MATUTINO

ENFRIA. TURNO VESPERTINO

ENFRIA. TURNO NOCTURNO



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

13551 B

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Fecha de referencia _____ Unidad que refiere _____
 Nombre del paciente _____ Edad _____ Sexo M F
 Domicilio del paciente _____ Años/Meses URG SI NO
 Motivo de envío _____ Diagnóstico presuncional _____

Unidad a la que se refiere _____ Especialidad o servicio _____
 (consulta guía de referencia)

 Nombre del médico que refiere

 Nombre y firma del paciente o familiar



GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

13551 B

HOJA DE REFERENCIA

Fecha de referencia _____ Urgencia SI _____ NO _____
 Nombre _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre
 Número de expediente _____ Edad _____ Sexo M F
 Años/Meses

Unidad que refiere _____

Unidad a la que se refiere _____

Nombre _____

Domicilio _____
 Calle Número Colonia Tel

Servicio al que se envía _____

Motivo de la referencia (Resumen clínico del padecimiento)

Signos vitales _____ Somatrometría
 Tensión arterial Temperatura Frecuencia respiratoria Frecuencia cardiaca Peso Talla
 _____ Kgs. _____ Mts.

Diagnóstico presuncional _____

 Nombre del médico que refiere

 Nombre y firma del paciente o familiar



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62,
con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



Gobierno del Estado de
Quintana Roo
 2011-2016

SALUD
 OFICINA DE ATENCIÓN AL PACIENTE



HOSPITAL COMUNITARIO ISLA MUJERES

ALTA VOLUNTARIA

ISLA MUJERES, QUINTANA ROO A _____ DE _____ DE _____

EL C. _____ DECIDE
 SU ALTA VOLUNTARIA EXIMIENDO DE TODA RESPONSABILIDAD FUTURA AL PERSONAL MEDICO Y
 PARAMEDICO DE ESTA UNIDAD HOSPITALARIA, EN RELACION A LA EVOLUCION DE SU PADECIMIENTO.

DESTACA EL HECHO DE QUE ESTE PACIENTE INGRESO POR:

DX: _____

SE TRASLADA POR SU CUENTA A: _____

NUM. DE EXPEDIENTE: _____ HORA: _____

ATENTAMENTE

MEDICO TRATANTE

PACIENTE

 NOMBRE Y FIRMA

 NOMBRE Y FIRMA

FAMILIAR

TRABAJO SOCIAL

 NOMBRE Y FIRMA

 NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO

 NOMBRE Y FIRMA



NIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A. C.

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Clave de Incorporación a la UNAM 8859-62, con fecha del 6-08-2013 y Acuerdo CIREyTG 36/13



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

Modelo 2011.1
FOLIO

180635874

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN
DE SUJETOS DELIBERADOS Y A LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Nombre(s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO		3. SEXO		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
Día Mes Año		Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)			
5. CURP		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		7. NACIONALIDAD			
Se ignora <input type="radio"/> 99		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		Nacionalidad Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Española <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9			
8. EDAD CUMPLIDA		9. ESTADO CONYUGAL		10. OCUPACIÓN HABITUAL			
Para menores de una hora: Minutos		Para menores de un día: Horas		Para menores de un mes: Días		Para personas de un año o más: Meses	
Para menores de 28 días antes de 1 Folio del Certificado de Nacimiento:		8.2 Semanas de gestación:		8.3 Peso (gramos):		Años cumplidos	
Separado(a) <input type="radio"/> 6		Viudo(a) <input type="radio"/> 2		Casado(a) <input type="radio"/> 5		Se ignora <input type="radio"/> 9	
En unión libre <input type="radio"/> 4		Divorciado(a) <input type="radio"/> 3		Soltero(a) <input type="radio"/> 1		Se ignora <input type="radio"/> 9	
13. RESIDENCIA HABITUAL		10.1 Tipo de vivienda		10.2 Nombre de la vivienda			
Ante el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.6 Nombre del asentamiento humano		10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)		11. ESCOLARIDAD		11.1 La escolaridad seleccionada es:		12. OCUPACIÓN HABITUAL	
Ninguna <input type="radio"/> 1		Preescolar <input type="radio"/> 12		Primaria <input type="radio"/> 3		Secundaria <input type="radio"/> 5	
Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7		Profesional <input type="radio"/> 8		Posgrado <input type="radio"/> 10		Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		14.1 Nombre de la unidad médica		14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
Ninguna <input type="radio"/> 1		Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1		IMSS <input type="radio"/> 3		PEMEX <input type="radio"/> 5	
ISSSTE <input type="radio"/> 4		SEDEMA <input type="radio"/> 6		SEMAR <input type="radio"/> 7		Unidad médica pública <input type="radio"/> 8	
IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2		IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10		Unidad médica privada <input type="radio"/> 9		Vía pública <input type="radio"/> 10	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano		15.6 Nombre del asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?			
Día Mes Año Horas Minutos		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2			
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN		21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante:		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?	
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		El embarazo <input type="radio"/> 1		El parto <input type="radio"/> 2		El puerperio <input type="radio"/> 3	
Debido a (o como consecuencia de)		40 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4		No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
Causas antecedentes		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		22.3 Si lo donde ocurrió la lesión		21.3 ¿Las causas anotadas concuerdan con el embarazo, parto o puerperio?	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa conjeturada arriba mencionándose en último lugar la causa médica		22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1		Vivienda particular <input type="radio"/> 9		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
Debido a (o como consecuencia de)		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3		Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 5		22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	
Debido a (o como consecuencia de)		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		Área deportiva <input type="radio"/> 3		Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4	
Debido a (o como consecuencia de)		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 2		Se ignora <input type="radio"/> 9	
PARTIC I		22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7.1 Tipo de vivienda		22.7.2 Nombre de la vivienda	
Otro estado patológico que no concuerda con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		22.7.3 Núm. Exterior		22.7.4 Núm. Interior		22.7.5 Tipo de asentamiento humano	
23. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN		22.7.6 Localidad		22.7.7 Código Postal		22.7.8 Municipio o delegación	
Código CIE		22.7.9 Entidad federativa		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)			
25. CERTIFICADA POR		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO		28. FIRMA			
Médico legista <input type="radio"/> 1		Médico <input type="radio"/> 1		Número de la cédula profesional			
Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4		Autoridad civil <input type="radio"/> 5		29. DOMICILIO Y TELÉFONO			
Otro <input type="radio"/> 6		*Especifique		29.1 Tipo de vivienda			
27. NOMBRE		29.2 Nombre de la vivienda		29.3 Núm. Exterior		29.4 Núm. Interior	
Nombre(s)		29.5 Tipo de asentamiento humano		29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal	
Primer Apellido		29.8 Localidad		29.9 Municipio o delegación		29.10 Entidad federativa	
Segundo Apellido		29.11 Teléfono		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		32.1 Localidad			
Núm. Libro Núm.		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa		32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.		32.4 Día Mes Año		32.5 Tipo de asentamiento humano			

180635874

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD