



**UNIVERSIDAD
DE
SOTAVENTO A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIÓN DE LA CONSULTA EXTERNA
DEL HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES, QUINTANA ROO.”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

RAQUEL GUADALUPE MOLINA TRINIDAD

ASESORA DE TESIS:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

Gerardo Molina Mora, Raquel Trinidad Alfaro.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero sobre todo por darme su amor, porque ellos son la motivación más grande de mi vida.

A MIS HERMANOS:

Gerardo Molina Trinidad, Jonathan Gómez Hernández, Itzia Vanessa Amezcua Mijangos.

Por sus consejos, paciencia y toda la ayuda que me brindaron para triunfar en la vida.

A MI FAMILIA:

Gracias por ser parte de mi vida y por permitir ser parte de su orgullo.

AGRADECIMIENTO

A dios por haberme permitido llegar aquí y darme la oportunidad de terminar mi carrera y supo guiarme por el buen camino, el cual cuida cada uno de mis pasos y me da la fuerza para salir adelante.

A mis padres por haberme forjado como la persona que soy, muchos de mis logros se los debo a ustedes. Gracias por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

INDICE

Introducción.....	1
Propósito del documento	2
Alcance del documento	3
Audiencia	4
Contexto de la organización	5
Reseña histórica	9
Misión.....	10
Visión	11
Descripción.....	12
Estructura organizacional	13
Objetivos	16
Políticas, normas, y restricciones	17
Mapa de procesos	21
Procesos y procedimientos de dirección.....	22
Procesos y procedimientos sustantivos	23
Procesos sustantivos	24
Procesos de apoyo	25
Conclusión.....	60
Glosario de términos	61

INTRODUCCIÓN

El presente manual integra la organización y función hacia la atención, que se brinda en el servicio de la consulta externa, por ello es necesario, el ejercicio de las funciones asignadas, constituyéndose este documento como, la herramienta de apoyo y consulta para el personal que interviene en sus procesos, conocer la forma en que se realizan los trámites correspondientes en el Hospital Integral de Isla Mujeres, Quintana Roo.

La consulta externa es una parte de los servicios institucionales, que ofrece la atención a pacientes ambulatorios, físicamente el área de la consulta externa consta de los servicios: pediatría, odontología, vacunas, ginecología, salud reproductiva, telemedicina y la atención a pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

PROPÓSITO DEL DOCUMENTO

Identificar la organización y función que se otorga en la atención médica a la población que lo solicite, con la finalidad de valorar a los clientes para identificar aquellos que, por su diagnóstico, se le brinde el tratamiento correcto, con la atención de calidad.

ALCANCE DEL DOCUMENTO

Aplica en brindar la información necesaria al personal, que conozca la función de la consulta externa en Hospital Integral de Isla Mujeres, y la atención que brinda a la población en general.

AUDIENCIA

El presente documento está dirigido al personal, que presta la atención médica en el Hospital Integral de Isla Mujeres, Quintana Roo

CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

La organización de la consulta externa está dirigida al personal que labora en el hospital integral de isla mujeres, con el propósito de ayudar a conocer la función de cada uno de sus integrantes de cada servicio.

DEPARTAMENTO DE CAJA:

Consta de un servicio de 24 horas los 365 días del año, tiene como función realizar el cobro a los clientes a la atención médica ya sea derechohabiente al seguro popular o sin afiliación.

DEPARTAMENTO DE FARMACIA:

Consta de un servicio de lunes a viernes, con turnos matutinos de (8 am- 1 pm) y un turno vespertino de (1pm-9pm), el que labora en el departamento se encarga de recibir las recetas de los clientes selladas por el departamento de caja y con hoja de pago del medicamento, para así poder hacer entrega del medicamento.

DEPARTAMENTO DE ARCHIVO:

Se encarga del resguardo del expediente clínico de cada cliente, de donde también el cliente después de haber pasado al departamento de caja con su hoja de pago, posteriormente deberá dirigirse al departamento de archivo para solicitar la atención medica de un médico general, está formado por 2 turnos matutino y vespertino de lunes a viernes.

CONSULTA EXTERNA:

La consulta externa se encarga de brindar la atención médica a la población en general, consta de consultas médicas en turno matutino con horario de 8am a 1 pm y un turno vespertino de 1pm a 9 pm.

CONSULTORIO DE PEDIATRÍA:

La consulta en pediatría está conformada por la enfermera y la pediatra en el cual su función principal es brindar la atención a pacientes pediátricos y así poder llevar a cabo un seguimiento y control a la salud,

CONSULTORIO DE DENTAL:

La consulta de odontología la llevan a cabo los dentistas y enfermería del turno matutino y vespertino de lunes a viernes ambos dentistas llevan a cabo el proceso de la atención al cliente realizando extracciones, limpieza etc.

CONSULTORIO DE SALUD REPRODUCTIVA:

En el consultorio de salud reproductiva cuenta con un médico y su enfermera en turno matutino de lunes a viernes, ambos llevan a cabo el control del embarazo, métodos anticonceptivos, y tamiz auditivo Papanicolaou, exploración para prevenir cáncer de mama, vasectomía realizando campañas para el cuidado y prevención en ambos sexos.

CONSULTORIO DE VACUNAS:

Esta asignado un enfermero(a) en el turno matutino con el fin de realizar tamiz metabólico y actualizar el esquema de vacunación a la población, e informar la manera de prevenir las enfermedades y epidemias con la aplicación de vacunas y así mismo su importancia también, cuando hay campañas de vacunación se hace la invitación a la población de que el enfermero(a) pasara por su domicilio vacunando.

CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA:

En el consultorio de ginecología atiende en turno matutino y vespertino de lunes a viernes, está conformado por el médico especialista ginecología y obstetricia y enfermero(a) quien ambos llevan a cabo el control y cuidado en el embarazo junto con salud reproductiva, para prevenir complicaciones antes, durante y después del parto.

CONSULTORIO 1, 2,3:

Se encuentra el médico general brindando la consulta al público en general, con la colaboración de enfermería que dentro del consultorio valorara los signos vitales del cada cliente y realizara cuestionarios que serán anexados al expediente clínico.

CONSULTORIO DE TELEMEDICINA:

Prestación de servicios a distancia, para tener atención de especialidades que no se encuentran en el hospital y la educación al personal médico.

CONSULTORIO DE CRÓNICOS:

Está conformado con el médico internista y su enfermera(o) llevando a cabo el servicio de atención de lunes a viernes en turno matutino, la enfermera solicita al cliente el pase de interconsulta de la consulta de un médico general el cual le da como diagnóstico de una enfermedad crónico degenerativa, por lo siguiente la enfermera asignara la cita correspondiente, la función es llevar el control para clientes con enfermedades crónico degenerativas para ayudar a mejorar la calidad de vida.

CONSULTORIO DE CIRUGÍA:

Está conformado por el cirujano y enfermería con su horario de atención en turno matutino de lunes a viernes, su función es programar las cirugías que se desean realizar contando con un pase de interconsulta por el médico general así mismo enfermería programara la cita con cirugía para mayor atención.

EN EL HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES, CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

Servicio las 24 horas los 365 días del año.

Servicio de laboratorio cuenta con un horario de turno matutino de lunes a viernes.

Servicio de rayos X brinda el servicio de lunes a viernes en turno matutino los 365 días del año, fines de semana especial diurno.

Tarjeta de salud: lunes a viernes, turno matutino.

RESEÑA HISTORICA

Sanatorio de la comunidad se construyó por el gobierno de la revolución y la comunidad.

Acordaron su creación el presidente de la república, Adolfo Ruiz Cortines el secretario de salubridad Ignacio Morones Prieto y el director del programa de bienestar social José Figueroa Ortiz.

Se inauguró el 20 de noviembre de 1958. Integraron el patronato que realizó la obra. José de Jesús Lima, Edilberto del C. Sánchez A., Luis Trinchan Tejero, Hilario Supuréis, Carmen Trejo Novel.

En el año 1996 dejó de ser centro de salud para ser hospital intermedio de isla mujeres, y en el 2015 con la nueva certificación se modificó a hospital integral de Isla Mujeres.

MISIÓN

Somos un hospital comunitario dependiente de la secretaria estatal de salud del estado de Quintana Roo.

Ubicado en la comunidad de Isla Mujeres, creado para dar atención médica de alta calidad a la población, tanto en la península como en la zona continental, que cuenta con personal médico y administrativo altamente calificado, preparado y con alto sentido de responsabilidad y profesionalismo, para prevenir enfermedades y cuidar la salud de los usuarios, dando un servicio de calidad y calidez, apoyado con equipo médico de alta tecnología y cuyo objetivo final es preservar la salud de la población, sustentado siempre en valores éticos y morales que nos conducen a dar lo mejor de nosotros mismos en beneficios de los usuarios.

VISIÓN

Llegar hacer un hospital de vanguardia con alta capacidad resolutive en problemas médico- quirúrgicos que cuente con los mejores recursos humanos, materiales y tecnológicos para la atención de los usuarios, logrando con esto una proyección a nivel internacional como un hospital líder, así como también ser un hospital referente en la investigación clínica, la prevención y atención a la salud, en los próximos 10 años, lo que favorecerá a dar realce mundial a la medicina nacional.

DESCRIPCIÓN

El servicio de la consulta externa, es el primer contacto con el cliente, al ingresar a un nosocomio ya que de eso dependerá de las intervenciones, que se deban realizar en el cliente.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

CONSULTA POR PRIMERA VEZ

SECUENCIAS DE ETAPAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
Caja	El cliente deberá presentarse en caja para pagar su consulta, posteriormente se presenta al área de archivo.	Cliente
Departamento de archivo	El cliente debe de presentar su carnet, si es que tiene expediente al área de archivo, archivo deberá sacar el expediente del cliente para posteriormente asignarle un doctor.	Departamento de consulta externa
Departamento Enfermería	Enfermería se encarga de realizar los siguientes: <ul style="list-style-type: none">- Tomar los signos vitales.- iniciar la historia clínica actualizando los signos vitales del cliente, será entregada la documentación al médico asignado para posteriormente brindarle la atención necesaria.- De acuerdo a la edad y sexo se le realizara, los cuestionarios correspondientes.	Departamento de consulta externa
Revisión del cliente	El medico revisa al cliente lo valora y determina el respectivo diagnóstico y respecto al resultado, llevara a cabo la solicitud de laboratorio, que considere.	Departamento de consulta externa

Programación de cita	Si el estado de salud del cliente, requiere seguir siendo tratado en consulta de atención precoz, le asignará una fecha a su próxima cita y será anotado en su carnet.	Departamento de consulta externa
Elaboración de nota de evolución solicitud de estudios.	Elabora, imprime y firma la nota de evolución médica para poder tener seguimiento en su próxima cita y así proporcionarle su expediente clínico a la tercera cita.	Departamento de consulta externa.

CONSULTA SUBSECUENTE PACIENTE QUE REGRESA CON RESULTADO DE LABORATORIO, RX .

PROGRAMA (SALUD RREPRODUCTIVA CRONICOS)	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD
Caja	El cliente deberá presentarse en caja para pagar su consulta, posteriormente la enfermera de cada especialidad en excepción de las especialidades de crónicos, salud reproductiva.	Cliente
pediatría	El cliente deberá llegar el día de su fecha indicada que la enfermera asigno, con 30 minutos antes de la hora citada. Pasará primero a caja a pagar su consulta, luego pasara con la enfermera y el carnet de citas para que, posteriormente la enfermera solicite el expediente al servicio de archivo, por último la enfermera asignada monitorizará los signos vitales del cliente.	Departamento de Consulta externa
Odontología	En el turno matutino se lleva a cabo de la siguiente manera; los pacientes no son citados, los paciente pasan al área de archivo, donde se le indicará que pasaran con odontología, y su hoja de pago, la cual le hace llegar a la enfermería junto con el	Departamento de consulta externa

	<p>carnet de citas para así la enfermera solicite el expediente en archivo.</p> <p>En el turno vespertino, se lleva a cabo de la siguiente manera; los clientes si son citados por la doctora odontóloga, tendrán que llegar 20 minutos antes de la hora indicada al área de archivo, por lo siguiente hace llegar el expediente a enfermería donde posteriormente se monitorizará.</p>	
Crónicos degenerativos	<p>El cliente llegará con su pase de interconsulta otorgado por el médico general, con la enfermera asignada en el departamento de crónicos para poder darle si cita correspondiente. El cliente ya teniendo la fecha y hora de su cita tendrá que llegar 30 minutos antes de su hora, pasara con la enfermera encargada de crónicos. La enfermera un día antes de la cita sacará todos los expedientes de los clientes correspondientes a la cita, para así poder anexarle en la nota médica del expediente correspondiente, la monitorización de sus signos vitales.</p>	Departamento de consulta externa
Salud reproductiva	<p>El cliente llegará con su pase de interconsulta asignada, por el médico general. El departamento de salud reproductiva que cuenta con su propia enfermera. El cliente tendrá que llegar con la enfermera 30 minutos antes de su cita programada. Posteriormente la enfermera un día antes de la cita, sacará todos los expedientes de los clientes correspondientes a la cita.</p>	Departamento de consulta externa
Ginecología	<p>El cliente tendrá que pasar a caja, para pagar su consulta en, caso que no cuente con seguro popular o si el seguro popular no esté vigente. Una vez hecho este trámite el paciente se dirigirá al área de enfermería. La enfermera pasará al área de archivo en donde solicitará el expediente del cliente, para poder monitorizar los signos vitales del cliente.</p>	Departamento de consulta externa.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Establecer los procedimientos, acciones y actividades que forman parte de la consulta externa en el hospital integral de isla mujeres, quintana roo.

Con la finalidad de estandarizarlos, para optimizar el servicio de atención médica, que se otorga a la población abierta de isla mujeres.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Determinar las actividades para la consecución de las funciones que se han asignado, detectando las medidas que se requieren para la implementación, modificación o corrección de las mismas
- Mejorar la productividad mediante al análisis de la forma o secuencia en que se realizan las actividades o tareas, identificando las necesidades de capacitación o desarrollo, para alcanzar la eficacia o modificación de las actividades para el aumento de productividad.

POLITICAS, NORMAS Y RESTRICCIONES

Las especialidades que componen la consulta externa son las siguientes:

- especialidades médicas básicas: ginecología, pediatría, odontología, enfermedades crónicas degenerativas, cirugía, anestesiología y rehabilitación.
- especialidades de apoyo: salud reproductiva

El horario que otorga la atención, en el servicio de la consulta externa, es de lunes a viernes, con horario de turno matutino de 8:00 am, 1:00pm y turno vespertino de 2:00pm, 8:00pm.

Los médicos de la consulta externa y del servicio de urgencias determinarán si el estado de salud del cliente, amerita ser tratado en la consulta externa o por urgencias.

El médico encargado de proporcionar la consulta, atenderá al cliente las veces que sea necesario: una vez que el estado de salud haya mejorado, continuará su vigilancia mediante el procedimiento de citas normales.

Cuando se determine que el cliente requiera, ser sujeto a un procedimiento intervencionista con base al resultado de la entrevista y el estudio socioeconómico, que le realice el departamento de trabajo social, proporcionará la cita a un hospital de alta especialidad, para la atención inmediata al cliente.

Todos los estudios y exámenes que se le realicen al cliente, deberán incluir datos personales, las indicaciones del médico y la cuota correspondiente, quedaran registrados en el expediente clínico.

Las enfermeras serán las encargadas de la orientación a los clientes, acerca de los trámites que deberán realizar, durante su permanencia en la consulta externa.

Por cada consulta otorgada, el médico deberá elaborar una nota clínica que marque el diagnóstico, tratamiento y estudios pertinentes.

El departamento de consulta externa, deberá solicitar con un día de anticipación al archivo clínico los expedientes de los clientes programados.

Los expedientes de los clientes, deberán ser devueltos al archivo clínico debidamente ordenados.

Las consultas por primera vez, deberán ser pagadas por una cuota en el área de caja.

Las consultas subsecuentes, que no cuenten con el seguro popular y que no sea vigente, deberán ser pagadas por una cuota en el área de caja.

En las citas programadas, se le brindara la información al cliente que debe estar como mínimo 20 minutos antes de su cita, para la monitorización de sus signos vitales.

El incumplimiento de estas políticas, normas y lineamientos, será sancionado conforme a la ley federal de responsabilidades administrativas de los servidores públicos y demás legislación aplicable.

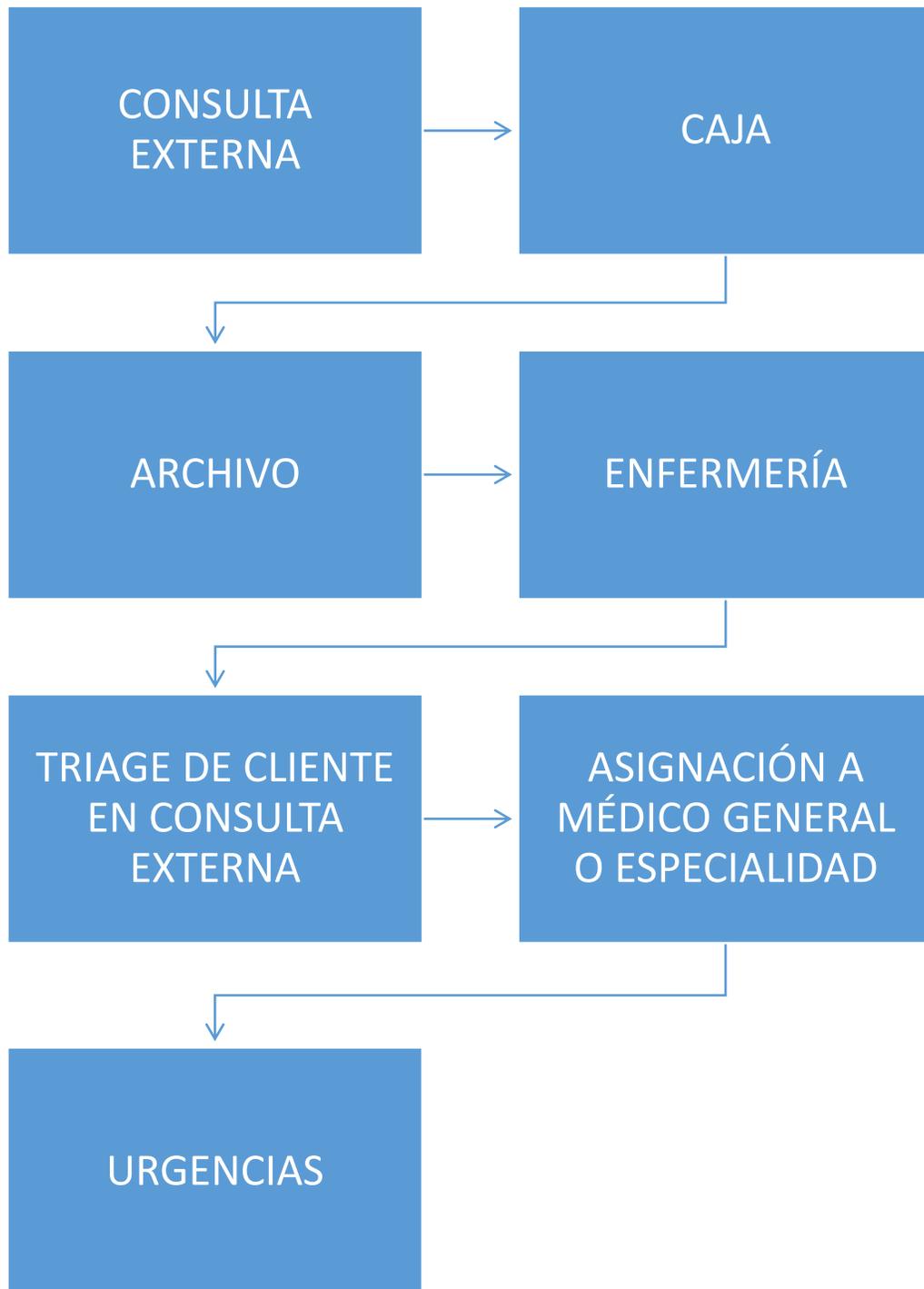
NORMAS OFICIALES MEXICANAS

- nom-004-ssa3-2012, del expediente clínico.
- nom-008-ssa3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad.
- nom-027-ssa3-2013, regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias.
- nom-019ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.
- nom-017-ssa2-2012, para la vigilancia epidemiológica.
- nom-016-ssa3-2012, establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- nom-022-ssa3-2012 que instituye la condiciones para la administración de la terapia de infusión.
- nom-036-ssa2-2012 prevención y control de enfermedades.
- nom-006-ssa2-2013 para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.
- nom-087- ecol-2002 que establece los requisitos para la separación envasado. almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y

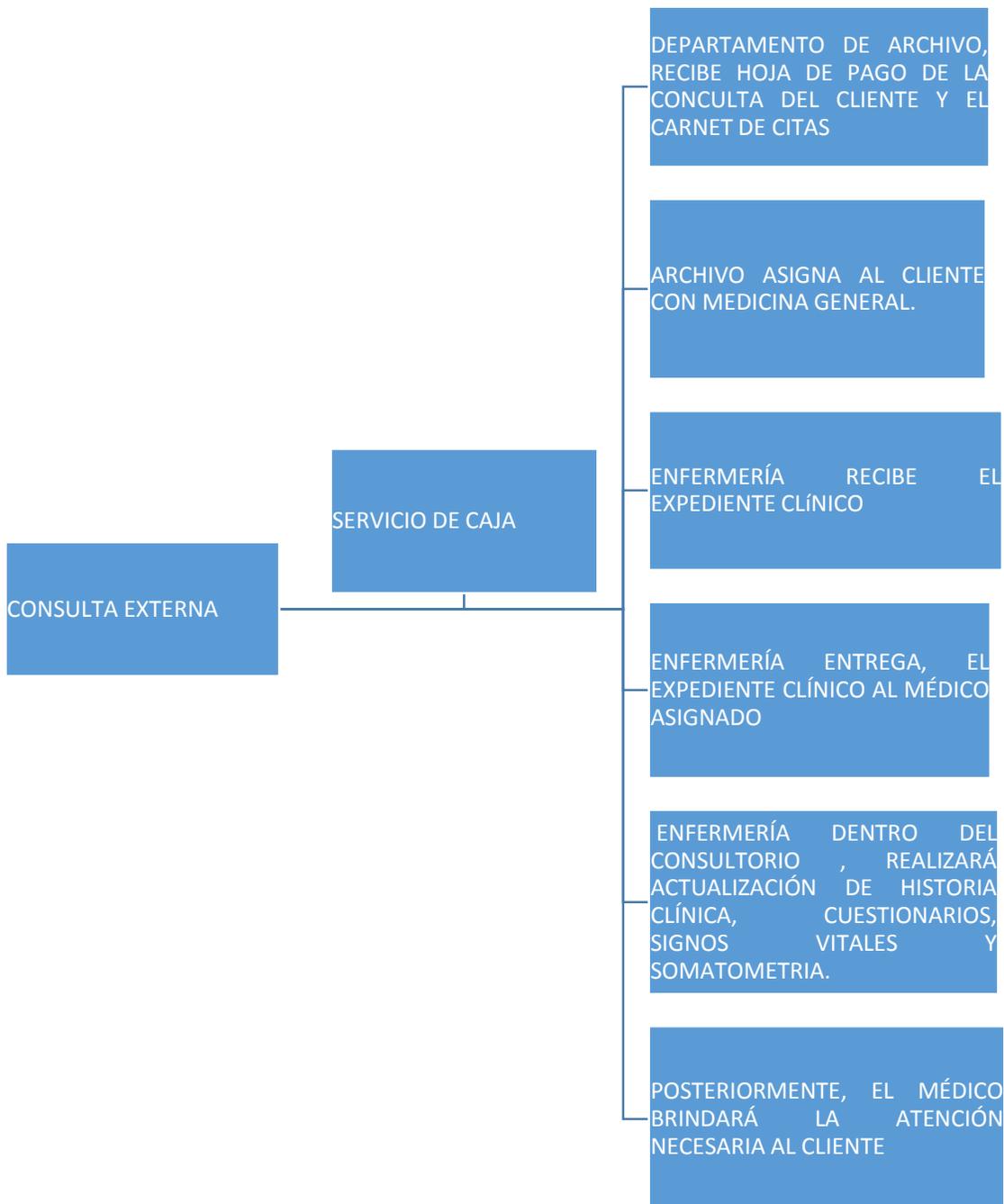
disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.

- nom-037-ssa-2012 para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
- nom-009-ssa2-2013 promoción de la salud escolar.
- nom-045-ssa2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención de las enfermedades nosocomiales.
- nom-007-ssa3-2011 para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.
- nom-015-ssa3-2012 para la atención integral a personas con discapacidad.
- nom-em-003-ssa2-2008 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
- nom-019-stps-2011, constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.

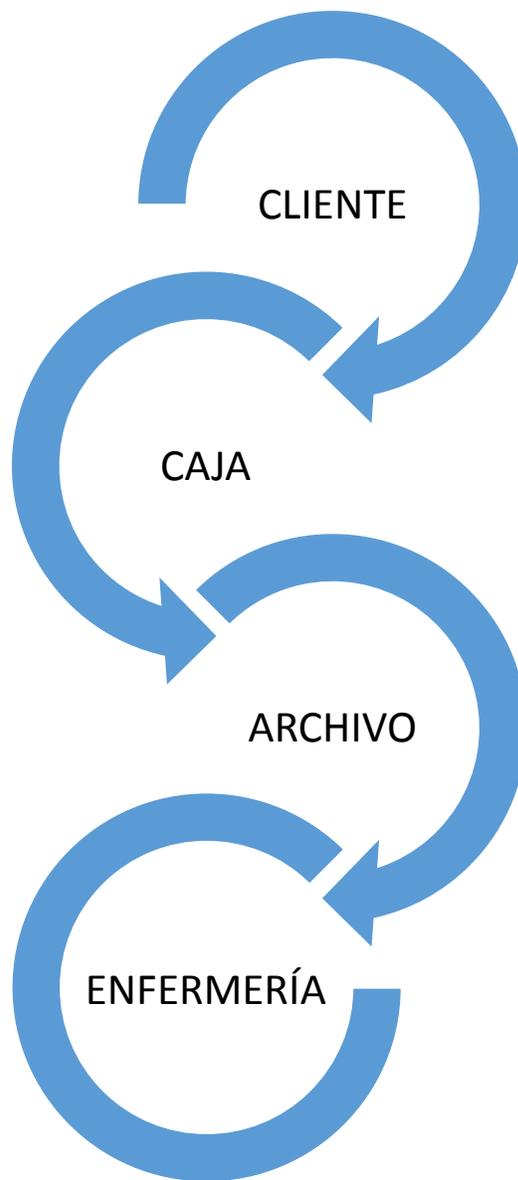
MAPA DE PROCESOS



PROCESOS Y PROCEDIMIENTO DE DIRECCIÓN



PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS SUSTANTIVOS



PROCESOS SUSTANTIVOS

EL CLIENTE ANTES DE INGRESAR AL NOSOCOMIO, DEBE TRAER , POLIZA DEL SEGURO POPULAR (VIGENTE) Y CARNET DE CITAS .

EL CLIENTE, PASARÁ PRIMERO A CAJA CON SU POLIZA DEL SEGURO POLAR Y SU CARNET Y LA HOJA DE PAGO DE LA CONSULTA.

CLIENTE

EL CLIENTE, SE DIRIGIRÁ AL SERVICIO DE ARCHIVO PARA SOLICITAR LA CONSULTA GENERAL YA SEA POR PRIMERA VEZ O SUBSECUENTE

ENFERMERÍA SE DIRIGIRÁ, AL SERVICIO DE ALCHIVO PARA LA CONSULTA, EN DONDE EL ENFERMERO(A) DEL MÉDICO REALIZARÁ LA SOMATOMETRIA Y EL LLENADO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.

PROCESOS DE APOYO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

QUINTANA ROO
ESTADO DEL ESTADO
2016 - 2022

MÁS Y MEJORES OPORTUNIDADES

SESA
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

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

EXPEDIENTE INDIVIDUAL

PACIENTE: _____

MÉDICO: _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____



GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. _____
HISTORIA CLÍNICA INDIVIDUAL

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 DOMICILIO: _____ COMUNIDAD: _____
 MUNICIPIO: _____ ENT. FED. _____
 INTERROGATORIO DIRECTO: SI ___ NO ___ INFORMO: _____ PARENTESCO _____
 CASO MÉDICO LEGAL: SI ___ NO ___ SE AVISO AL MINISTERIO PÚB.: SI ___ NO ___

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

		IS	ON			IS	ON
FECHA DE ESTUDIO	SIN OCUPACIÓN			SOLTERO (A)			
FECHA DE NAC.	ESTUDIO			CASADA (O)			
LUGAR DE NAC.	TRABAJA			MADRE O PADRE SOLTERO			
RESIDENCIA HAB.	LABORES-HOGAR			VIUDA			
SEXO	SIN TRABAJO			DIVORCIADA (O)			
	JUBILADO			UNIÓN LIBRE			
				SEPARADA (O)			

2.- PERFIL DEL PACIENTE:

CONCIENTE	ORIENTADO	TIEMPO
		LUGAR
		ESPACIO

3.- MOTIVO DE CONSULTA:

SIGNOS	SÍNTOMAS

4.- PADECIMIENTO ACTUAL:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: MENOS DE 24 HRS ___ 24 A 72 HRŞ ___ 3 A 7 DÍAS ___ 1 A 4 SEM ___ MAS DE 1 MES ___

5.- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

MATERNOS	HTA	DM	CÁNCER	TB	SIDA	FINADO	SANO	IGNORA	PATERNOS	HTA	DM	CÁNCER	TB	SIDA	FINADO	SANO	IGNORA
	ABUELA										ABUELA						
ABUELO									ABUELO								
MADRE									PADRE								
OTROS									OTROS								

6.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

MENARCA:			EXAMEN DE MAMAS:						
RITMO:			FECHA ULTIMO PAPANICOLAO:						
EDAD INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA:			MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:			FECHA USO DE ANTICONCEPTIVO:						
GESTA <input type="checkbox"/> PARA <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/>			MÉTODO ANTICONCEPTIVO:						
TOXEMIA GRAVIDICA:			LEGRADO UTERINO:						
CONCEPTO	SITUACIÓN			BIOLÓGICOS	DOSIS				
	MALA	REGULAR	BUENA		I	II	III	R	R
DIETA				SABIN					
TABACO				DPT					
ALCOHOL				BCG					
VIVIENDA				DOBLE VIRAL					
SERVICIOS				T. VIRAL					
FAUNA				PENTAVALENTE					
PROMISCUIDAD	SI	NO	HACINAMTO.	SI	NO	ANTIHEPATITIS B			
						INFLUENZA			
						ANTINEUMOCOS			
						ANTIRRÁBICA H			

7.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

DESARROLLO PSICOMOTOR DENTRO DE LOS LÍMITES NLS.	EDAD	PADECIMIENTO			
		SI	NO	SI	NO
SONRIÓ					
SOSTUVO LA CABEZA		SARAMPIÓN		PARASITOSIS INTEST.	
SE SENTÓ		RUBÉOLA		CONVULSIONES	
GATEÓ		TOSFERINA		UROSEPSIS	
CAMINÓ		VARICELA		TRAUMATISMOS	
HABLÓ		ESCARLATINA		CIRUGÍA	
CONTROLÓ ESFINTERES		AMIGDALITIS		INGRESO A HOSPITAL	
		HEPATITIS		OTROS	

8.- EXPLORACIÓN FÍSICA: Inspección General:

PESO	Kg	TALLA	cms	PULSO	x min.	RESP.	x min.	TEMP	TA
Señalar con una "X" NORMAL ANORMAL DESCRIPCIÓN: (especificar datos anormales)									
CRÁNEO									
CARA									
OJOS									
NARIZ									
BOCA Y OROFARINGE									
CUELLO									
TÓRAX ANT. Y POST.									
AP. RESPIRATORIO									
AP. DIGESTIVO									
AP. CARDIOVASCULAR									
ABDOMEN									
GENITOURINARIO									
EXTREMIDADES									
AP. MÚSCULO ESQUELÉTICO									
S.N.C.									
OTRAS ESPECIFICACIONES:									

9.- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICAS:

10.- EXÁMENES SOLICITADOS:

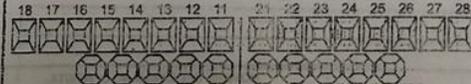
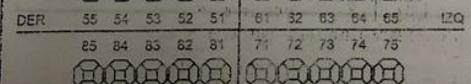
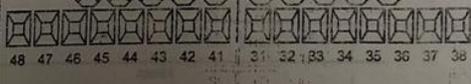
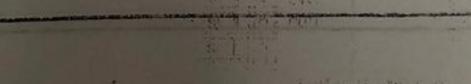
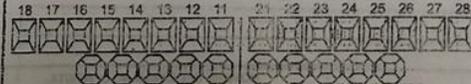
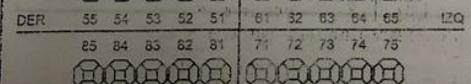
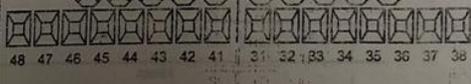
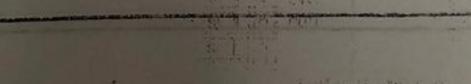
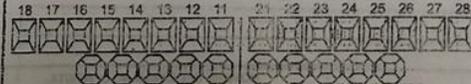
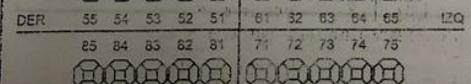
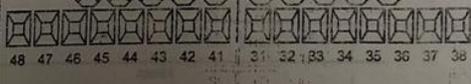
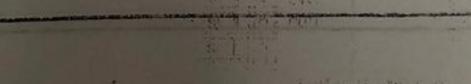
11.- TERAPÉUTICA: (Anótese nombre y clave de los medicamentos según cuadro básico SSA)

12.- REFERIDO A: SU DOMICILIO CONSULTA EXTERNA HOSPITALIZACIÓN OTRO HOSPITAL

13.- URGENCIA CALIFICADA: SI NO **14.- PRONÓSTICO:**

15.- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:

HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA Y ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN		No. DE EXPEDIENTE	FECHA																																																																																																																
			DÍA / MES / AÑO																																																																																																																
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO																																																																																																																	
FECHA DE NACIMIENTO:	DÍA MES AÑO	SEXO: F M	OCCUPACION:																																																																																																																
DOMICILIO:		TELÉFONO:																																																																																																																	
LOCALIDAD:		MUNICIPIO:																																																																																																																	
REFERIDO:	UNIDAD QUE REFIERE:																																																																																																																		
DIAGNÓSTICO:	DERECHO HABIENTE: IMSS ISSSTE SEDENA OTRA																																																																																																																		
TIPO DE PACIENTE: ESCOLAR () EMBARAZADA () ADULTO ()		MOTIVO DE LA CONSULTA: URGENCIA () TX. INTEGRAL ()																																																																																																																	
II.- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES																																																																																																																			
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN:	SI NO	EPILEPSIA	SI NO																																																																																																																
FIEMRE REUMÁTICA:	SI NO	TUBERCULOSIS	SI NO																																																																																																																
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	SI NO	ANEMIA	SI NO																																																																																																																
HEPATITIS:	SI NO	VIH	SI NO																																																																																																																
DIABETES MELLITUS:	SI NO	SIDA	SI NO																																																																																																																
PARENTESCO																																																																																																																			
III.- FACTORES DE RIESGO																																																																																																																			
TIPO DE VIVIENDA		NIVEL SOCIOECONÓMICO																																																																																																																	
ZONA GEOGRÁFICA		SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS																																																																																																																	
HÁBITOS DE HIGIENE Y ALIMENTACIÓN		OCCUPACIÓN																																																																																																																	
IV.- INTERROGATORIO (ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS)																																																																																																																			
MOTIVO DE LA CONSULTA																																																																																																																			
ACTUALMENTE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUAL:																																																																																																																			
SU MÉDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: MÉDICO/ESTOMATÓLOGO TRATANTE																																																																																																																			
ENFERMEDAD DEL CORAZÓN:	SI NO	EPILEPSIA	SI NO																																																																																																																
FIEMRE REUMÁTICA:	SI NO	TUBERCULOSIS	SI NO																																																																																																																
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	SI NO	ANEMIA	SI NO																																																																																																																
HEPATITIS:	SI NO	VIH	SI NO																																																																																																																
DIABETES MELLITUS:	SI NO	SIDA	SI NO																																																																																																																
PROBLEMAS DE SANGRADO:	SI NO	CUAL:	SI NO																																																																																																																
FAMILIARES DIABÉTICOS:	SI NO																																																																																																																		
CONSUMO DE TABACO		BEBIDAS ALCOHÓLICAS																																																																																																																	
		OTRAS SUSTANCIAS																																																																																																																	
V.- EXPLORACIÓN FÍSICA (CÁREZA, CUELLO Y CAVIDAD BUCAL Y SIGNOS VITALES)																																																																																																																			
CARA:	CUELLO:	A.T.M.																																																																																																																	
LABIOS:	CARRILLOS:	PALADAR DURO:																																																																																																																	
PALADAR BLANDO:	LENGUA:	PISO DE BOCA:																																																																																																																	
GLÁNDULAS SALIVALES:	AMÍGDALAS:																																																																																																																		
TA	FC	FR	Temp																																																																																																																
VI.- ODONTOGRAMA INICIAL																																																																																																																			
<table style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td colspan="8">  </td> <td colspan="8">  </td> </tr> <tr> <td colspan="8">DER</td> <td colspan="8">IZQ</td> </tr> <tr> <td colspan="8">55 54 53 52 51</td> <td colspan="8">61 62 63 64 65</td> </tr> <tr> <td colspan="8">85 84 83 82 81</td> <td colspan="8">71 72 73 74 75</td> </tr> <tr> <td colspan="8">  </td> <td colspan="8">  </td> </tr> <tr> <td colspan="8">48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td colspan="8">31 32 33 34 35 36 37 38</td> </tr> </table>				18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																	DER								IZQ								55 54 53 52 51								61 62 63 64 65								85 84 83 82 81								71 72 73 74 75																								48 47 46 45 44 43 42 41								31 32 33 34 35 36 37 38							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																				
																																																																																																																			
DER								IZQ																																																																																																											
55 54 53 52 51								61 62 63 64 65																																																																																																											
85 84 83 82 81								71 72 73 74 75																																																																																																											
																																																																																																																			
48 47 46 45 44 43 42 41								31 32 33 34 35 36 37 38																																																																																																											
<table style="width:100%;"> <tr> <td colspan="2">CÓDIGOS</td> </tr> <tr> <td>0 Ausencia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 Hasta un Tercio de Superficie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Hasta dos Tercios de Superficie</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Más de dos Tercios de Superficie</td> <td></td> </tr> </table>				CÓDIGOS		0 Ausencia		1 Hasta un Tercio de Superficie		2 Hasta dos Tercios de Superficie		3 Más de dos Tercios de Superficie																																																																																																							
CÓDIGOS																																																																																																																			
0 Ausencia																																																																																																																			
1 Hasta un Tercio de Superficie																																																																																																																			
2 Hasta dos Tercios de Superficie																																																																																																																			
3 Más de dos Tercios de Superficie																																																																																																																			
<table style="width:100%;"> <tr> <td colspan="2">ESTUDIO DE CARIES DENTAL</td> </tr> <tr> <td>C</td><td>P</td><td>EI</td><td>O</td><td>CPO</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>c</td><td>ei</td><td>c</td><td>ceo-d</td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>				ESTUDIO DE CARIES DENTAL		C	P	EI	O	CPO						c	ei	c	ceo-d																																																																																																
ESTUDIO DE CARIES DENTAL																																																																																																																			
C	P	EI	O	CPO																																																																																																															
c	ei	c	ceo-d																																																																																																																
<table style="width:100%;"> <tr> <td colspan="2">CÓDIGOS</td> </tr> <tr> <td>(1) Caries</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(P) Perdido</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(E) Bordes Parodontales</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(EI) Proceso Reversible</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(PE) Proceso Fijo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(C) Opciones</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(O) Exposición Inducida</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(ei) Extrusión Inducida oiente</td> <td></td> </tr> </table>				CÓDIGOS		(1) Caries		(P) Perdido		(E) Bordes Parodontales		(EI) Proceso Reversible		(PE) Proceso Fijo		(C) Opciones		(O) Exposición Inducida		(ei) Extrusión Inducida oiente																																																																																															
CÓDIGOS																																																																																																																			
(1) Caries																																																																																																																			
(P) Perdido																																																																																																																			
(E) Bordes Parodontales																																																																																																																			
(EI) Proceso Reversible																																																																																																																			
(PE) Proceso Fijo																																																																																																																			
(C) Opciones																																																																																																																			
(O) Exposición Inducida																																																																																																																			
(ei) Extrusión Inducida oiente																																																																																																																			
<table style="width:100%;"> <tr> <td colspan="2">ESTUDIO DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL S.MPLIFICADA</td> </tr> <tr> <td>DIENTE</td> <td>17/16</td> <td>11/21</td> <td>26/27</td> <td>47/48</td> <td>41/31</td> <td>36/37</td> <td>TOTAL</td> <td>PRGM.</td> </tr> <tr> <td>PDB</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CÁLCULO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				ESTUDIO DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL S.MPLIFICADA		DIENTE	17/16	11/21	26/27	47/48	41/31	36/37	TOTAL	PRGM.	PDB									CÁLCULO																																																																																											
ESTUDIO DE ÍNDICE DE HIGIENE ORAL S.MPLIFICADA																																																																																																																			
DIENTE	17/16	11/21	26/27	47/48	41/31	36/37	TOTAL	PRGM.																																																																																																											
PDB																																																																																																																			
CÁLCULO																																																																																																																			

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ESTOMATOLOGÍA

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN		No. DE EXPEDIENTE _____	FECHA
UNIDAD: _____	LOCALIDAD: _____		DÍA / MES / AÑO
APELLIDO PATERNO _____	APELLIDO MATERNO _____	NOMBRE (S) _____	
DOMICILIO: _____	TELÉFONO _____		
LOCALIDAD: _____	MUNICIPIO: _____		
<p>POR MEDIO DE LA PRESENTE, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN QUE OTORQUE DURANTE LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ES COMPLETAMENTE VERDADERA, ADEMÁS HE SIDO AMPLIAMENTE INFORMADO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PRESENTO EN MI CAVIDAD BUCAL, LOS CUALES SERÁN ATENDIDOS CON TRATAMIENTOS CURATIVOS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN CLÍNICA, RADIOGRÁFICA Y ESTUDIOS DE LABORATORIO. TAMBIÉN ME EXPLICARON Y ENTENDÍ LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y PROBABLES COMPLICACIONES QUE COMO RESULTADO DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO PUDIERAN PRESENTARSE COMO EN EL CASO DE ADMINISTRARME ANESTÉSICOS, LO ANTERIOR CON FUNDAMENTO EN LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS NOM-013-SSA2-2006 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES; Y LA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.</p>			
TRATAMIENTO Y OBJETIVOS: _____			
MOLESTIAS Y RIESGOS: _____			
BENEFICIO ESPERADO: _____			
CURSO ESPONTÁNEO SIN TRATAMIENTO: _____			
ALTERNATIVAS: _____			
RECOMENDACIONES GENERALES: _____			
<p>POR LO ANTERIOR OTORGO MI PLENO CONSENTIMIENTO PARA QUE EL CIRUJANO DENTISTA ME REALICE EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO QUE REQUIERA, AUTORIZANDO AL ESTOMATÓLOGO PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS Y URGENCIAS, DERIVADAS DEL ACTO AUTORIZADO, ATENDIENDO EL PRINCIPIO DE LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN</p>			
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE		NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL	
NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO DENTISTA		NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO	



PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION PARA UNA MEJOR SALUD
REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE ACCIONES

Instrucciones:

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente Recién nacido menor de 1mes
2. Marque con una paloma (✓) las acciones que realizo
3. Escriba la fecha en la columna correspondiente (día/ mes/ año)

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES ALGUNA DUDA DE COMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD "

Nombre del paciente: _____

No. De expediente: _____

NO.	acciones	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
		acción	día/mes/año	acción	día/mes/año	acción	día/mes/año	acción	día/mes/año
1	identifica signos de alarma								
2	verifica condiciones del parto								
3	efectúa exploración física completa								
4	detecta defectos al nacimiento y refiere en su caso al recién nacido								
5	revisa el cordón umbilical								
6	realiza el tamiz neonatal								
7	verifica aplicación de vitamina "k" y "A" comprueba profilaxis oftálmica								
8	aplica vacuna BCG y primera de hepatitis "B"								
9	capacita a los padres sobre alimentación al seno materno y estimulación temprana								
10	entrega y/o actualiza la castilla nacional de salud niñas y niños de 0 a 9 años								

DIA/ MES/ AÑO	OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE _____



PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION PARA UNA MEJOR SALUD
REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES

Instrucciones:

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente **MENORES DE 5 Años**
2. Marque con una paloma (✓) las acciones que realizo
3. Escriba la fecha en la columna correspondiente (día/ mes/ año/)

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES ALGUNA DUDA DE COMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD "

Nombre del paciente: _____

No. De expediente: _____

N O.	acciones	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
		acción	(día, mes, año)						
1	identifica factores de mal pronóstico del entorno familiar								
2	realiza exploración física completa								
3	toma peso y estatura; anótalas en la cartilla nacional de salud niñas y niños de 0 a 9 años								
4	evalúa el desarrollo psicomotor								
5	identifica problemas posturales								
6	promueve la salud bucal								
7	actualiza esquema de vacunación								
8	administra complementos nutricionales								
9	realiza desparasitación intestinal								
10	administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar, si es el caso								
	capacita a los padres sobre cuidados de la niña o niño, alimentación y estimulación temprana								
12	promueve actividad física y prevención de accidentes								
13	promueve prevención de violencia familiar y detecta casos								

DIA/ mes /año _____ OBSERVACIONES _____

Nombre y firma del responsable: _____



Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud

Registro de seguimiento de acciones.

Introducción

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente
2. Marque con una paloma (✓) las acciones que realizó
3. Escriba la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Niñas y Niños de 5 a 9 años.

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES ALGUNA DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD"

Nombre del paciente: _____

No. De Expediente: _____

No.	Acciones	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
		Acción	(día, mes, año)						
1	Realiza exploración física completa.								
2	Toma peso y estatura y los anota en la Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años.								
3	Evalúa la agudeza visual y auditiva.								
4	Detecta otros trastornos que limiten el desarrollo y el aprendizaje.								
5	Identifica problemas posturales.								
6	Promueve la salud bucal.								
7	Actualiza esquema de vacunación.								
8	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar, si es el caso.								
9	Brinda orientación nutricional.								
10	Promueve la actividad física y la prevención de accidentes.								
11	Promueve la higiene personal y familiar.								
12	Promueve la prevención de violencia familiar y detecta casos.								

día/mes/año	Observaciones

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE





Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud

Registro de seguimiento de acciones.

Instrucciones

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente
2. Marque con una paloma (✓) las acciones que realizó
3. Escriba la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Mujeres de 20 a 59 años

¡IMPORTANTE! RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE, SI TIENES ALGUNA DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA "EL MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD."

Nombre del paciente: _____

No. De Expediente: _____

No.	Acciones que debes realizar	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
		Acción	(día,mes,año)	Acción	(día,mes,año)	Acción	(día,mes,año)	Acción	(día,mes,año)
1	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de 20 a 59 años. <i>Realiza la información sobre cáncer cérvico-uterino</i>								
2	Realiza la información sobre cáncer cérvico-uterino								
3	Identifica y atiende casos de violencia familiar o de género								
4	Aplica vacunas Td y SR, influenza estacional y administra Ácido Fólico según corresponda.								
5	Orienta sobre salud sexual y reproductiva.								
6	Informa sobre planificación familiar y promueve el uso de condones.								
7	Detecta ITS y VIH-SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH-SIDA.								
8	Evalúa y vigila el estado nutricional.								
9	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis. Si corresponde mide colesterol.								
10	Verifica riesgo de TB y en presencia de tos y flemas, toma muestra para basiloscofia.								
11	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar.								
12	Identifica climaterio y menopausia a partir de los 40 años y brinda orientación según el caso.								
13	Promueve la actividad física y prevención de accidentes e informa sobre riesgos por consumo de alcohol y tabaco.								

dia / mes / año	Observaciones

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE



GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCIÓN SANITARIA No. _____

Instrucciones

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente
2. Marque con una paloma (✓) las acciones que realizó
3. Escriba la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

**Adolescentes de
10 a 19 años**

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE, SI TIENES ALGUNA DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD"

Nombre del paciente: _____

No. De Expediente: _____

No.	Acciones que debes realizar	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
		Acción	(día, mes, año)	Acción	(día, mes, año)	Acción	(día, mes, año)	Acción	(día, mes, año)
1	Entrega y/o actualiza la Cartilla Nacional de Salud Adolescentes de 10 a 19 años, revisa esquema de vacunación y si corresponde, aplica biológico.								
2	Realiza exploración física completa.								
3	Realiza detección gruesa de defectos visuales.								
4	Brinda orientación sobre salud sexual y reproductiva.								
5	Proporciona información sobre métodos anticonceptivos y promueve el uso de condones								
6	Maneja a la adolescente embarazada, como paciente de alto riesgo								
7	Detecta ITS y VIH-SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH-SIDA.								
8	Verifica riesgo de TB y en presencia de tos y flemas, toma muestra para baciloscopia.								
9	Administra quimioprofilaxis para tuberculosis pulmonar.								
10	Evalúa estado nutricional y proporciona información.								
11	Identifica casos de adicciones y envía a grupos de autoayuda.								
12	Promueve la actividad física, la salud bucal y la prevención de accidentes.								
13	Detecta Violencia familiar de pareja y orienta o refiere casos.								
14	Realiza detección de cáncer								
día / mes / año		Observaciones							

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE _____



CLAP-OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL

NOMBRE: _____ EDAD: años menor de 15 años mayor de 35 años

DOMICILIO: _____ ALFA BETA: si no

LOCALIDAD: _____ ESTUDIOS: ning. años sec. aprob. prim. univ. soltera casada unión estable otro

LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN): _____ LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO): _____ NUMERO H.C.: _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES diabetes no si hipertensión no si gemelares no si otros _____

PERSONALES TBC no si diabetes no si hipertensión no si otros _____

OBSTETRICOS gestas abortos vaginales nacidos vivos viven fin anterior embarazo mes año

ningún o más de 3 partos algún RN menor de 2500 g algún prematuro gemelares partos cesáreas nacidos muertos muertos 1° sem. después 1° sem. RN con mayor peso g

EMBARAZO ACTUAL

PESO ANTERIOR: _____ Kg TALLA (cm): _____ FPP: _____ FUM: _____

DUDAS: no si ANTITETANICA actual: _____ 1° 2HR: _____ mes gesta: _____

ANTIRUBEOLA: _____ previa no sabe embarazo no si GRUPO Rh: _____ Sensibil: _____ Gama-globulina: _____

CIGARRILL POR DIA: _____ ALCOHOL: _____ DROGAS: _____

HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO: no si LUGAR DE TRASLADO: _____ TRASLADO: No si Envío Recepción: _____

EX. CLINICO normal si no **EX. MAMAS** normal si no **EX. ODONT.** normal si no **PELVIS** normal si no **PAPANIC.** normal si no **CERVIX** normal si no **VDRL** no si día mes: _____

fecha de la consulta: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____

semanas de amenorrea: _____ peso (Kg): _____ tensión arterial Máx./min. (mm Hg): _____

salt. Uterina pubis fondo: presen. Cef./Pelv./Tr. **F.C.F.** (lat./min.): _____ mov. fetal: _____

Bacteriuria: si no Proteiuria: si no Folato: si no Hierro: si no indicados: _____

PARTO **ABORTO** **CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES** en el hosp. si no con carnet si no **CORTICOIDES ANTIBIOTICOS** completo incompleto no se hizo **INGRESO** día mes año: _____ **EDAD GEST.** sem. menor 37 mayor 41 **PRES.** cef. esp. pelv. ind. tran. ces. elect. **MEMBRANAS** fecha ruptura: _____ hora _____ min. _____ día _____ mes _____

TRABAJO DE PARTO

hora: _____ tensión arterial máx./min. (mm Hg): _____ contracciones frec./10 min.: _____ duración segundos: _____ altura: _____ ver. posic.: _____ **F.C.F.** (latidos/min.): _____ **F.C. mat.** (latidos/min.): _____ dilat. cervical: _____ meconio: _____

ningun orden otras infecciones anemia crónica embarazo múltiple parasitosis rot. pre. memb. hipertensión previa R.C.I.U. infección puerp. preeclampsia amenaza parto prem. hemor. puerp. eclampsia desprop. cef. pelv. otras cardiopatía hemorragia 1° trim. diabetes hemorragia 2° trim. infección urinaria hemorragia 3° trim.

TERMINACION espontánea forceps cesárea otra hora _____ min _____ día _____ mes _____ año _____ **NIVEL DE ATENCION** 3° 2° 1° domic. otro **ACOMPANANTE EN TRAB. PARTO** patría familiar otro ninguno **Nº H.C./RN** _____ nombre RN _____

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION _____ **ATENDIDO** médico enf/obst. auxil. estud./empir. otro Responsable: _____

MUERTE Intraut. no si emb. no si **EPISIOTOMIA** espontáneo/expectante no si **ALUMBRAMIENTO** espontáneo/expectante no si **PLACENTA** completa si no **PARTO** no si **NEONATO** no si Responsable: _____

MEDICACION EN PARTO ninguna anest. regional anest. general analges. tranquil. oxicoc. antibióticos corticoides antenatales otros: _____

RECIEEN NACIDO

En aborto y MF sólo sexo y peso **LONGITUD** _____ cm **EDAD POR EX. FISICO** _____ **PESO E.G.** _____ **APGAR** 1° _____ minuto _____ 5° _____ **REANIM. RESPIR.** no si **VDRL** no si

SEXO _____ **PESO AL NACER** _____ g **PER. CEFALICO** _____ cm **menor de 37** no si **medida** no si

EXAMEN FISICO ninguna Hemorragia neurológicas metab./nutric. VIH+ sind. aspirat. otras hematol. sind. abstinencia otros **ALOJAMIENTO CONJUNTO** si no **HOSPITALIZADO** si no

PATOLOGIAS normal anormal **defectos cong.** _____ **defectos cong.** _____ **defectos cong.** _____ **defectos cong.** _____

EGRESO RN sano traslado con patol. fallece **ALIMENTO** pecho mixto artificial **PESO AL EGRESO** _____ g **EGRESO MATERNO** día mes año: _____ sana traslado con patol. fallece **ANTIRUBEOLA POST PARTO** no si **ANTICONCEPCION** condón DIU píldora otro **ligadura** tubaría ritmo otro

Responsable: _____ Responsable: _____ referid

Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud

Registro de seguimiento de las acciones

Consulta de primera vez

Instrucciones

1. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
2. Marca con una paloma ✓ las acciones que realizó.
3. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLINICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD".

Nombre del Paciente: _____

No. de Expediente: _____

No.	Acciones	Acción	Fecha (día/mes/año)	Acción	Fecha (día/mes/año)	Acción	Fecha (día/mes/año)
1	Confirma embarazo						
2	Elabora Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal						
3	Indica riesgos y refiere a la embarazada, en su caso						
4	Valora y controla peso y tensión arterial						
5	Promueve salud bucodental						
6	Indica estudios de laboratorio (Sífilis, BH, QS, EGO completo, tipo sanguíneo y Rh)						
7	Aplica vacuna Td, Influenza estacional e Investiga aplicación de vacuna SR						
8	Administra complementos nutricionales						
9	Previene y detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere casos de VIH/SIDA						
10	Orienta y promueve la participación paterna						
11	Previene, detecta y refiere casos de violencia familiar y de pareja						

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable _____



**PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION PARA UNA MEJOR SALUD
REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

Instrucciones:

CONSULTA SUBSECUENTE DURANTE EL EMBARAZO

1. ESCRIBE EL NOMBRE Y SU NUMERO DE EXPEDIENTE
2. MARCA CON UNA PALOMA(✓) ACCIONES QUE REALIZO
3. ESCRIBE LA FECHA EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE(DIA /MES/ AÑO)

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES ALGUNA DUDA DE COMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS PROMOCIÓN Y PREVENCION PARA UNA MEJOR SALUD "

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
NO. EXPEDIENTE _____

SEGUNDA CONSULTA

NO.	Acciones que debes realizar	acción	Fecha	acción	fecha	acción	fecha	acción	fecha
			día/mes/año		/día/mes/año		día/mes/año		día/mes/año
1	Realiza exploración física completa								
2	identifica signos y síntomas de alarma								
3	solicita examen general de orina								
4	proporciona complementos nutricionales								
5	administra primera dosis de toxoide tetánico y diftérico								
6	proporciona orientación a la embarazada y a su pareja								
7	registra todas las actividades en la historia clínica perinatal y en el carnet perinatal								

TERCERA CONSULTA

NO.	Acciones que debes realizar	acción	Fecha	acción	fecha	acción	fecha	acción	fecha
			día/mes/año		/día/mes/año		día/mes/año		día/mes/año
1	Realiza exploración física completa								
2	valora presentación fetal								
3	identifica signos y síntomas de alarma								
4	solicita examen de laboratorio (BH, GLUCEMIA Y VDRL)								
5	proporciona complementos nutricionales								
6	orienta a la embarazada y a su pareja								
7	registra todas las actividades en la historia clínica perinatal y en el carnet perinatal								



CUARTA Y QUINTA CONSULTA

NO.	Acciones que debes realizar	Fecha		fecha		fecha		fecha	
		acción	día/mes/año	acción	/día/mes/año	acción	día/mes/año	acción	día/mes/año
1	Realiza exploración física completa								
2	valora presentación fetal								
3	identifica signos y síntomas de alarma								
4	aplica segunda dosis de toxoide tetánico y diftérico								
5	proporciona complementos nutricionales								
6	refuerza orientación a la embarazada y a su pareja o familia								
7	registra todas las actividades en la historia clínica perinatal y en el carnet perinatal								

DIA / MES / AÑO	OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: _____



**PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCION PARA UNA MEJOR SALUD
REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

Instrucciones:

1. ESCRIBE EL NOMBRE Y SU NUMERO DE EXPEDIENTE
2. MARCA CON UNA PALOMA(✓) ACCIONES QUE REALIZO
3. ESCRIBE LA FECHA EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE(DIA /MES/ AÑO)

PUERPERIO

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES ALGUNA DUDA DE COMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS PROMOCIÓN Y PREVENCION PARA UNA MEJOR SALUD "

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

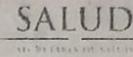
NO. EXPEDIENTE _____

NO.	acciones	Fecha		fecha		fecha		fecha	
		acción	día/mes / año	acción	/día/ mes / año	acción	día /mes /año	acción	día/mes/año
1	elabora o actualiza historia clínica perinatal								
2	promueve alojamiento conjunto y lactancia materna								
3	examina heridas quirúrgicas								
4	vigila sangrado obstétrico								
5	detecta HTA y edema								
6	verifica presencia de fiebre								
7	maneja y refiere oportunamente complicaciones								
8	oferta métodos de planificación familiar								
9	proporciona capacitación a la madre sobre cuidados del recién nacido								
10	promueve la participación paternal en el cuidado del recién nacido , planificación familiar y estimulación temprana								
11	promueve la detección de violencia familiar o de pareja , detecta y refiere casos								

DIA/MES / AÑO	OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: _____





**HOSPITAL COMUNITARIO DE ISLA MUJERES
CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO**

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
FECHA: ____/____/____

La presencia de uno o más de las siguientes condiciones, características o patologías significará **ALTO RIESGO OBSTÉTRICO** en una mujer embarazada, marque con una **X** si la paciente presenta alguna:

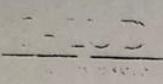
EDAD MENOR DE 20 AÑOS.	
EDAD DE 35 O MAS AÑOS	
CINCO O MÁS EMBARAZOS	
DOS O MÁS CESÁREAS	
DOS O MÁS ABORTOS	
DIABETES MELLITUS	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
CARDIOPATÍAS	
NEFROPATÍAS	
OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O SISTÉMICA GRAVE	

La combinación de dos o más de los siguientes antecedentes o características se traducirá como de **ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**, marque con una **X** si la paciente presenta alguna:

UN ABORTO	
HEMORRAGIA DURANTE LA SEGUNDA MITADA DE LA GESTACIÓN	
MUERTE PERINATAL	
INFECCIÓN PUERPERAL EN EL EMBARAZO ANTERIOR	
CESAREA PREVIAS	
INFECCIÓN CRONICA DE LAS VÍAS URINARIAS	
PREMATUREZ	
DEFECTOS AL NACIMIENTO	
PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO (MENOR 2 AÑOS)	
INTERGESTA PROLONGADA (MÁS DE 10 AÑOS)	
BAJO PESO AL NACER	
OBESIDAD O DESNUTRICIÓN	
PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA PREVIA	
LOS SIGUIENTES FACTORES POTENCIALIZAN UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO:	
POBREZA	
EMBARAZO NO PLANEADO	
ANALFABETISMO O PRIMARIA INCOMPLETA	
FACTORES CULTURALES	

ESTA PACIENTE SE ENCUENTRA CON RIESGO OBSTÉTRICO _____
FUENTE: ATENCION PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO, SECRETARIA DE SALUD

ELABORADO POR: DRA. LEIDY GUADALUPE OSORIO MARES
RESPONSABLE DE SALUD REPRODUCTIVA



SESA
SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD

Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud
Registro de seguimiento de acciones.

Instrucciones

1. Escriba el nombre del paciente y su número de expediente
2. Marque con una palmita (✓) las acciones que realizó
3. Escriba la fecha en la columna correspondiente (día, mes/año).

Hombres de 20 a 59 años

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE, SI TIENES ALGUNA DUDA DE CÓMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD"

Nombre del paciente: _____

No. De Expediente: _____

No.	Acciones que debes realizar	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha	
		Acción	(día, mes, año)						
1	Entrega y/o actualiza la Cuentas Nacionales de Salud de los hombres de 20 a 59 años								
2	Orienta sobre salud sexual y reproductiva								
3	Informa sobre métodos anticonceptivos, incluyendo la vasectomía y oferta condomas								
4	Detecta ITS y VIH-SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere los casos de VIH-SIDA.								
5	Aplica cuestionario para detección de diabetes, hipertensión, anemia, sobrepeso y obesidad. Si corresponde mide colesterol.								
6	Aplica cuestionario para detectar enfermedad prostática.								
7	Verifica riesgo de TB y en presencia de tos y flemas toma muestra para baciloscopia								
8	Administra quimioprophilaxis para tuberculosis pulmonar								
9	Informa sobre los riesgos por consumo de alcohol y tabaco.								
10	Promueve la actividad física y prevención de accidentes								
11	Aplica vacunas SR, Td e Influenza estacional, si corresponde.								
12	Proporciona información sobre salud bucal.								

día / mes / año	Observaciones

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE _____





**PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD
REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES**

Instrucciones:

HOMBRES Y MUJERES DE 60 AÑOS Y MAS

1. ESCRIBE EL NOMBRE Y SU NUMERO DE EXPEDIENTE
2. MARCA CON UNA PALOMA(✓) ACCIONES QUE REALIZO
3. ESCRIBE LA FECHA EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE(DIA /MES/ AÑO)

IMPORTANTE: RECUERDA REGISTRAR EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO LOS RESULTADOS Y/O HALLAZGOS DE LAS ACCIONES REALIZADAS Y ELABORA LA NOTA MÉDICA CORRESPONDIENTE. SI TIENES ALGUNA DUDA DE COMO REALIZAR ALGUNA ACCIÓN, CONSULTA EL "MANUAL DEL PAQUETE GARANTIZADO DE SERVICIOS PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD "

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
NO. EXPEDIENTE _____

NO.	acciones	Fecha		fecha		fecha		fecha	
		acción	día/mes/año	acción	/día/mes/año	acción	día/mes/año	acción	día/mes/año
1	entrega y/o actualiza la cartilla nacional de salud del adulto mayor (personas de 60 años y mas)								
2	Identifica deficiencia visuales y auditivas y promueve la salud bucal								
3	Informa sobre cáncer cervico uterino y , si corresponde , toma Papanicolaou								
4	informa sobre cáncer de mama , realiza exploración mamaria y en su caso , prescribe mastografía								
5	aplica cuestionario para identificar enfermedad prostática								
6	Aplica cuestionarios para detección de diabetes, hipertensión arterial, sobrepeso, obesidad y osteoporosis. si corresponde mide colesterol								
7	Orienta sobre IRA's y ofrece vacunas antineumococcica influenza estacional y Td								
8	Verifica riesgos de TB , y en presencia de tos y flemas toma muestra de basiloscofia								
9	Informa sobre los riesgos del consumo de tabaco y alcohol								
10	Identifica signos de alarma por deterioro cognitivo y depresión								
11	Promueve la actividad física y la prevención de accidentes en énfasis en caídas								
12	Detecta y refiere casos de violencia familiar								

DIA/MES / AÑO	OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE: _____



HOJA DE EVOLUCIÓN

Unidad: _____ Número de Expediente: _____
Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Genero: _____

Fecha y Hora Signos Vitales	Notas del profesional de la salud



GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

LABORATORIOS

Y

C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO
ADSCRITO A: Y/O FISCALÍA MINISTERIAL

Me permito poner en su conocimiento que cuando las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____

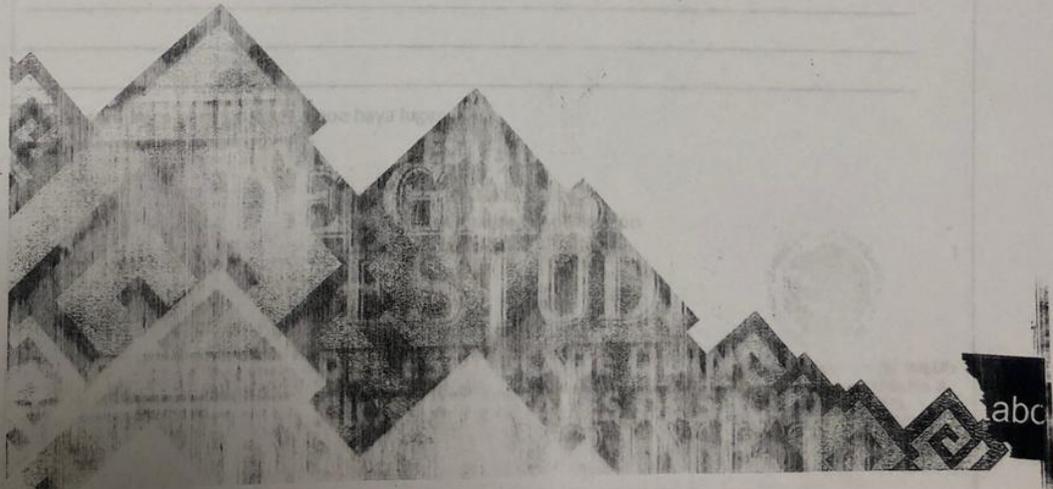
Al Servicio de Urgencias de este Hospital

ESTUDIOS

De _____ años de edad de sexo _____

Y quien declara su domicilio en _____

DE GABINETE





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES



SESA
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

CLAVE QRSSA000356

HOJA DE NOTIFICACION DE CASO MEDICO-LEGAL

Isla Mujeres, Q. Roo., a _____ de _____ de _____

C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO
ADSCRITO A Y/O POLICIA MINISTERIAL

Me permito poner en su conocimiento que siendo las _____ horas del día _____ fue presentado
Al Servicio de Urgencias de este Hospital el (la) C. _____

Apellido paterno Materno Nombre

De _____ años de edad de Sexo M _____ F _____ con No de Exp. _____

Y quien declara su domicilio en:

Localidad calle No. Colonia o Municipio C. P. Teléfono

Por presentar: _____

Lo que comunico para los fines a que haya lugar.

Atentamente
Médico que realiza la notificación

Nombre Completo, Firma y cedula Profesional



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA No. 2
HOSPITAL INTEGRAL
ISLA MUJERES, Q. ROO.
DIRECCION

1/1 MINISTERIO PUBLICO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES



SESA
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

CLAVE

Q	R	S	S	A	O	O	O	3	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

HOJA DE NOTIFICACION DE CASO MEDICO-LEGAL

Isla Mujeres, Q. Roo., a _____ de _____ de _____

C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO
ADSCRITO A Y/O POLICIA MINISTERIAL

Me permito poner en su conocimiento que siendo las _____ horas del día _____ fue presentado
Al Servicio de Urgencias de este Hospital el (la) C. _____

Apellido paterno Materno Nombre

De _____ años de edad de Sexo M _____ F _____ con No de Exp. _____

Y quien declara su domicilio en:

Localidad calle No. Colonia o Municipio C.. P. Teléfono

Por presentar: _____

Lo que comunico para los fines a que haya lugar.

Atentamente
Médico que realiza la notificación

Nombre Completo, Firma y cedula Profesional



SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCION SANITARIA No. 2
HOSPITAL INTEGRAL
ISLA MUJERES, Q. ROO
DIRECCION

2/3 EXPEDIENTE CLINICO.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
HOSPITAL INTEGRAL DE ISLA MUJERES



SESA
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

CLAVE

Q	R	S	S	A	0	0	0	3	5	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

HOJA DE NOTIFICACION DE CASO MEDICO-LEGAL

Isla Mujeres, Q. Roo., a ____ de ____ de ____

C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO
ADSCRITO A Y/O POLICIA MINISTERIAL

Me permito poner en su conocimiento que siendo las ____ horas del día ____ fue presentado
Al Servicio de Urgencias de este Hospital el (la) C. _____

Apellido paterno Materno Nombre

De ____ años de edad de Sexo M ____ F ____ con No de Exp. _____

Y quien declara su domicilio en:

Localidad calle No. Colonia o Municipio C. P. Teléfono

Por presentar: _____

Lo que comunico para los fines a que haya lugar.

Atentamente
Médico que realiza la notificación

Nombre Completo, Firma y cedula Profesional



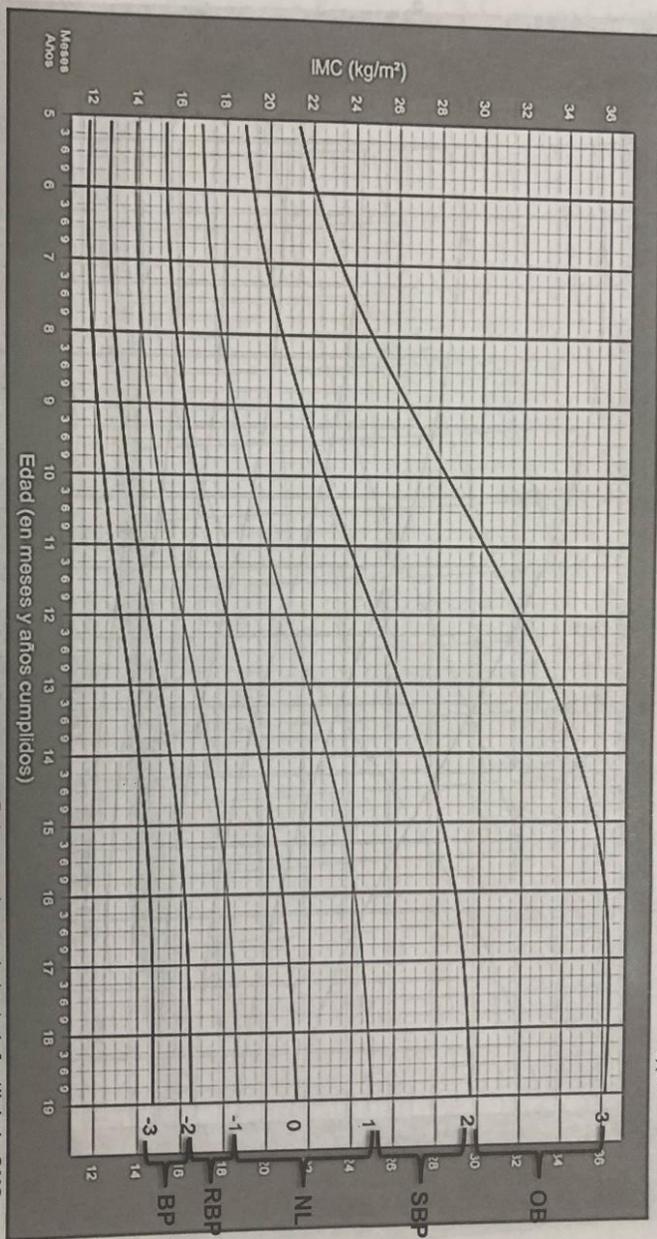
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD
JURISDICCION CLINICA No. 2
HOSPITAL INTEGRAL
ISLA MUJERES, Q.ROO.
DIRECCION

EXPEDIENTE CLÍNICO PEDIATRÍA



IMC para la edad NIÑAS

Puntaje Z (5 a 19 años)



ABREVIATURAS DEL DX NUTRICIONAL:

- **OB:** Obesidad
- **SBP:** Sobrepeso
- **NL:** Normal
- **RBP:** Riesgo de bajo peso
- **BP:** Bajo peso

*Si ella adolescente tiene un IMC "Normal" y en las gráficas de referencia se encuentra en el rango entre -1 y -2 DE, se considerará en RBP, por lo que se registrará en la variable BP y se citará a consulta de seguimiento cada 3 meses por motivos de vigilancia de su edo. nutricional que podría comprometer a su desarrollo.



Unidad Médica de Atención: _____

Nombre del niño: _____

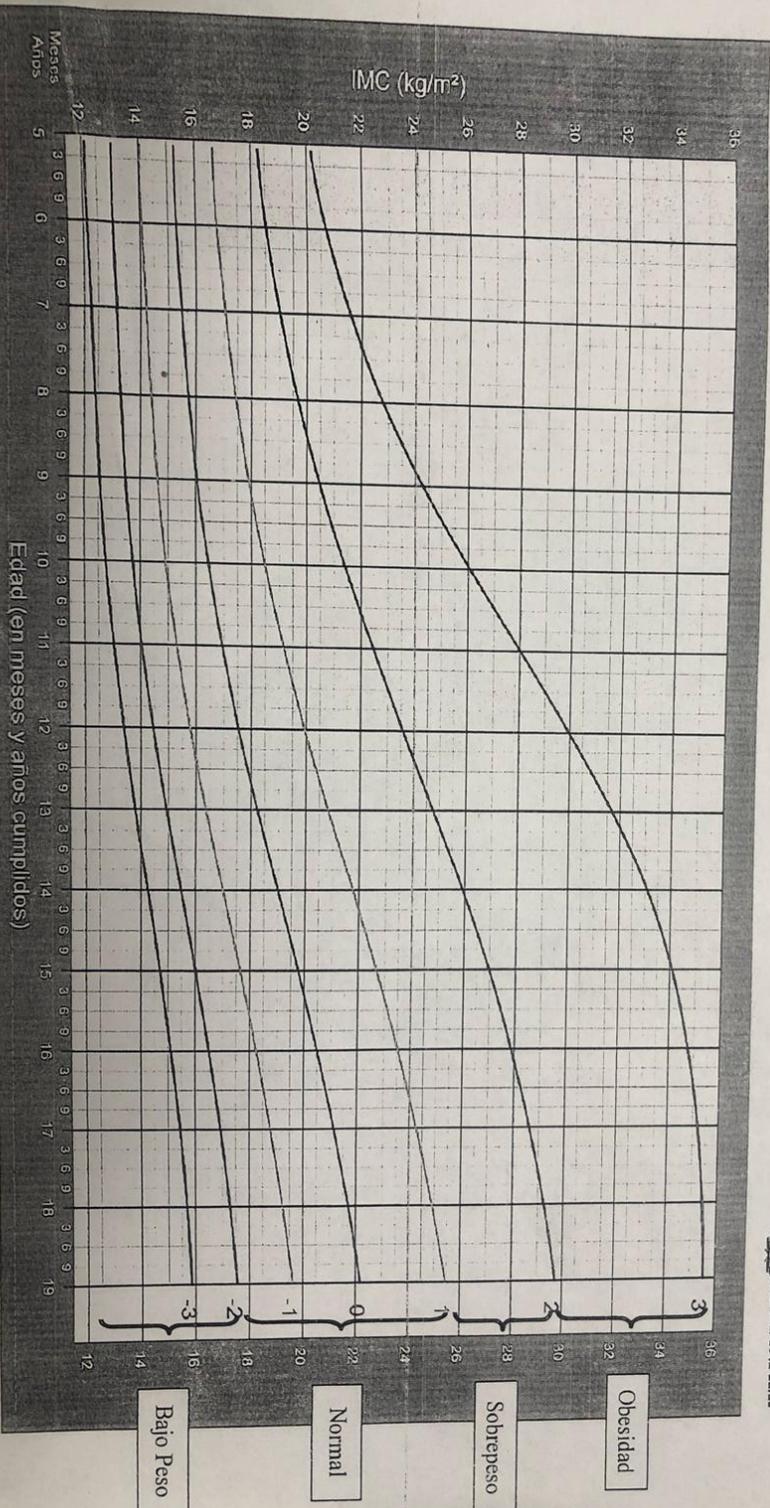
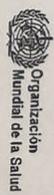
Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Número de Expediente: _____

Fecha de Ingreso a control: ____/____/____

IMC para la edad NIÑOS (5 a 9 años)

Puntuación Z



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

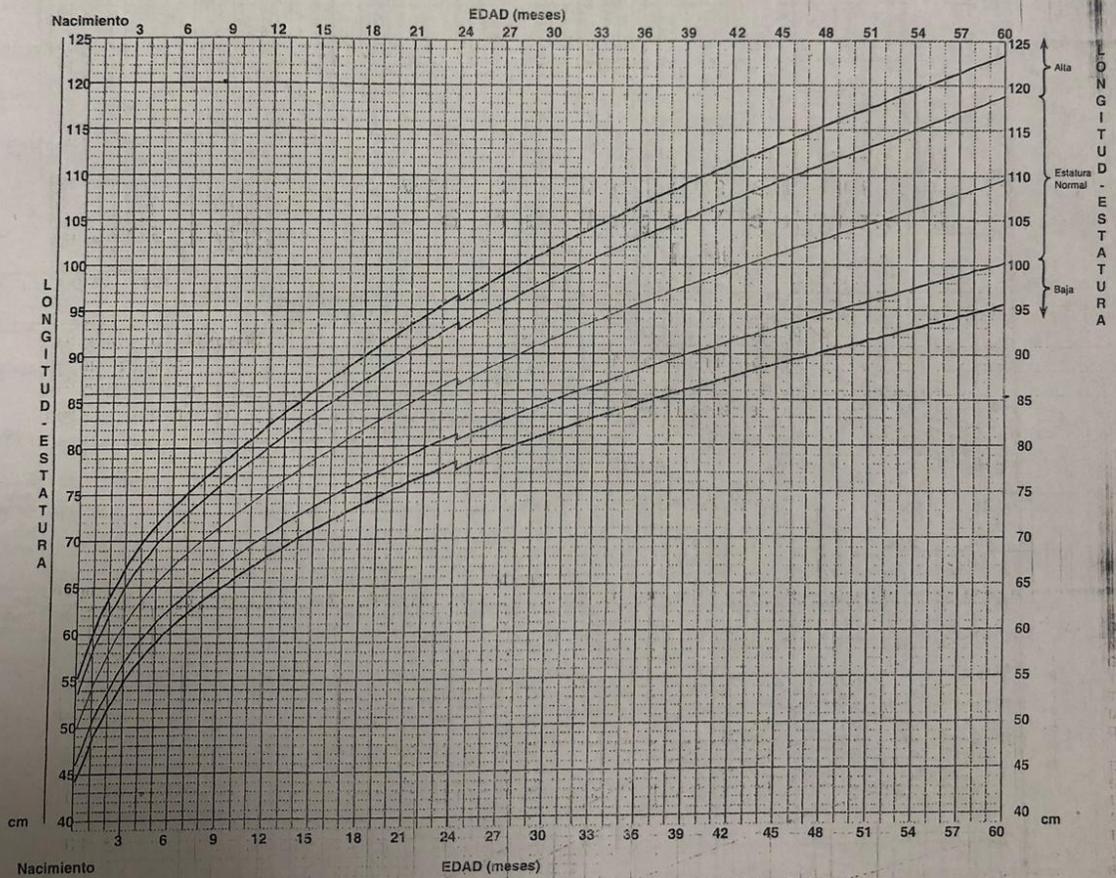


Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años

Gráfica de Longitud / Estatura por Edad

Niño

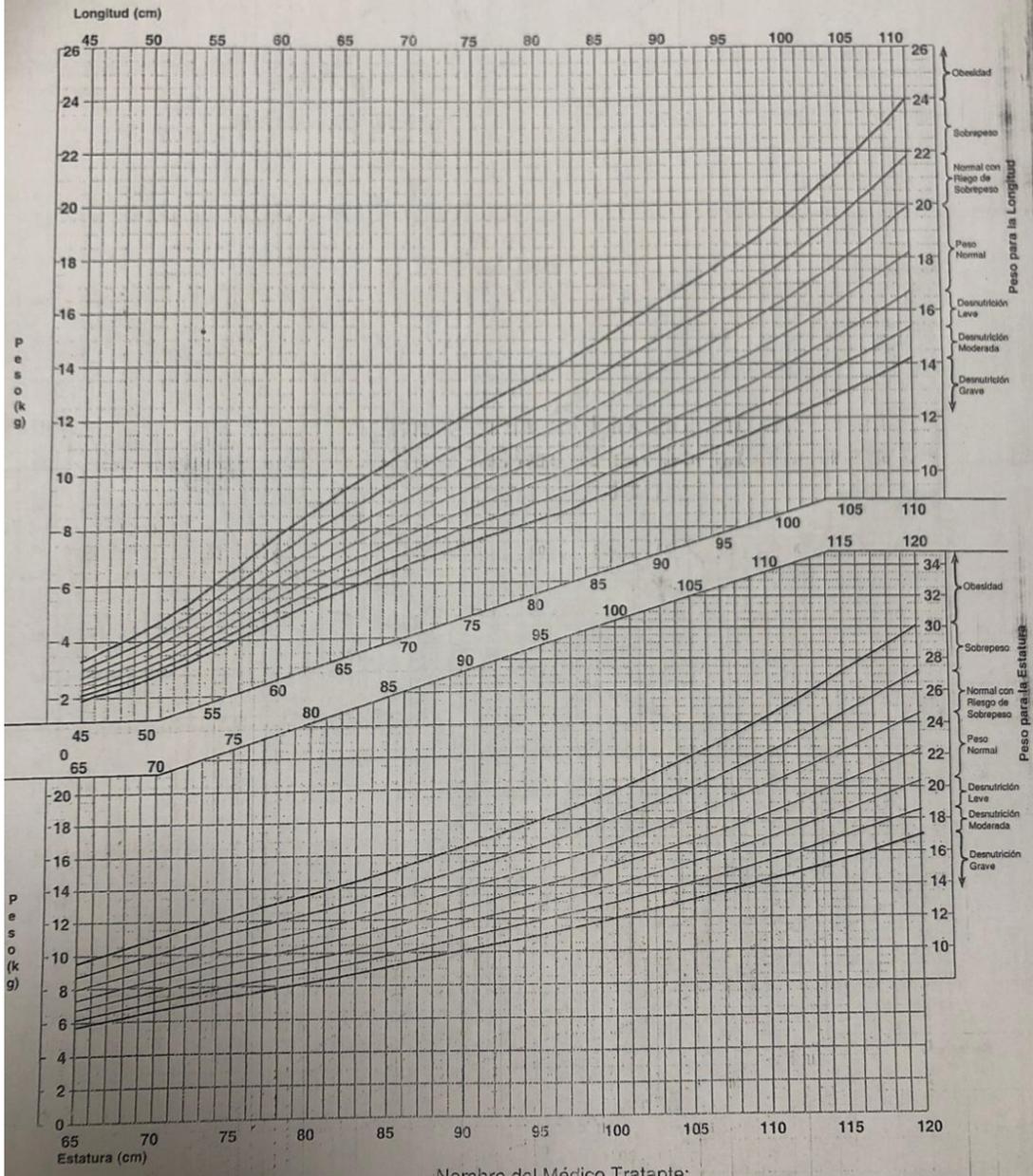
Unidad Médica de Atención: _____ CLUES: _____
Nombre del niño: _____ No de Identificación: _____
Domicilio del niño: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de ingreso a control: ____/____/____



ANVERSO



Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años Gráficas de Peso para la Longitud o Estatura Niño



Orte: Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS 2006

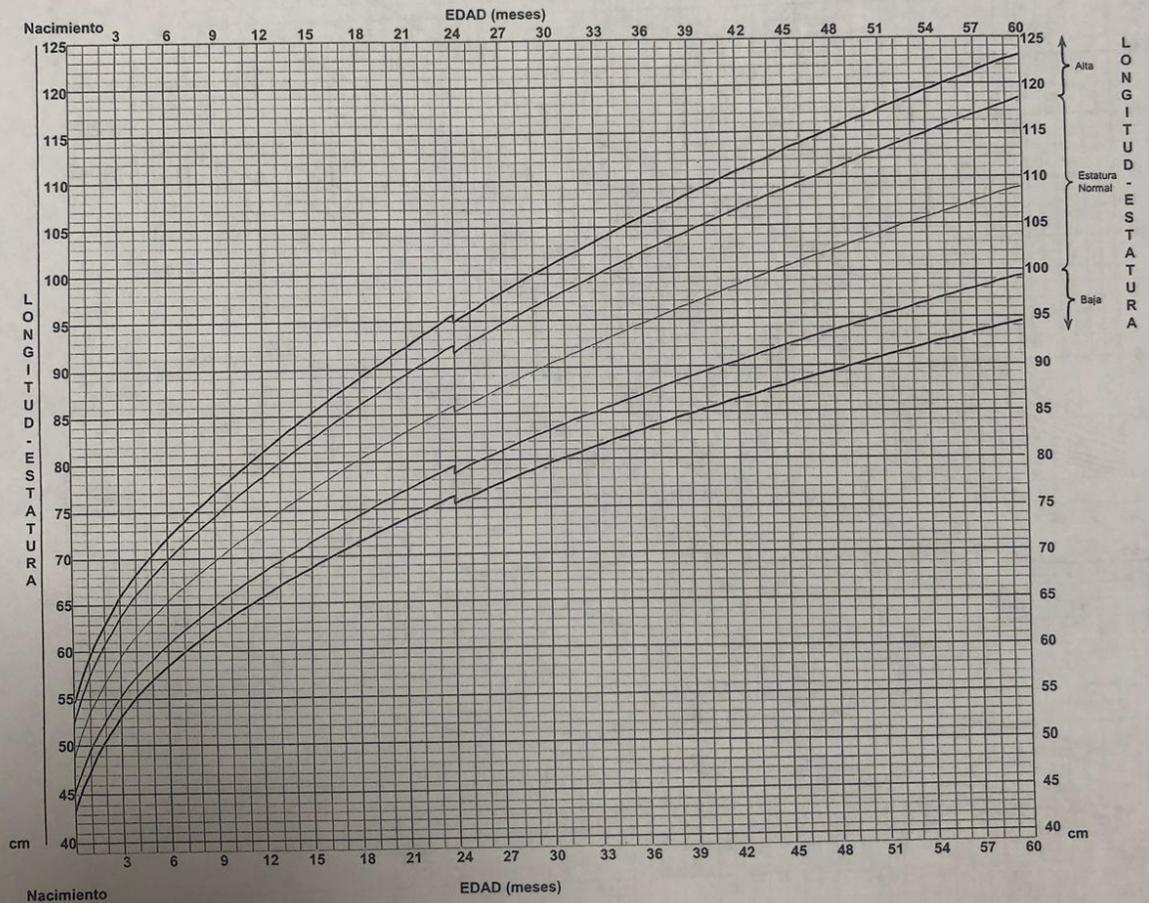
Nombre del Médico Tratante: _____

REVERSO

Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años Gráfica de Longitud / Estatura por Edad

Niña

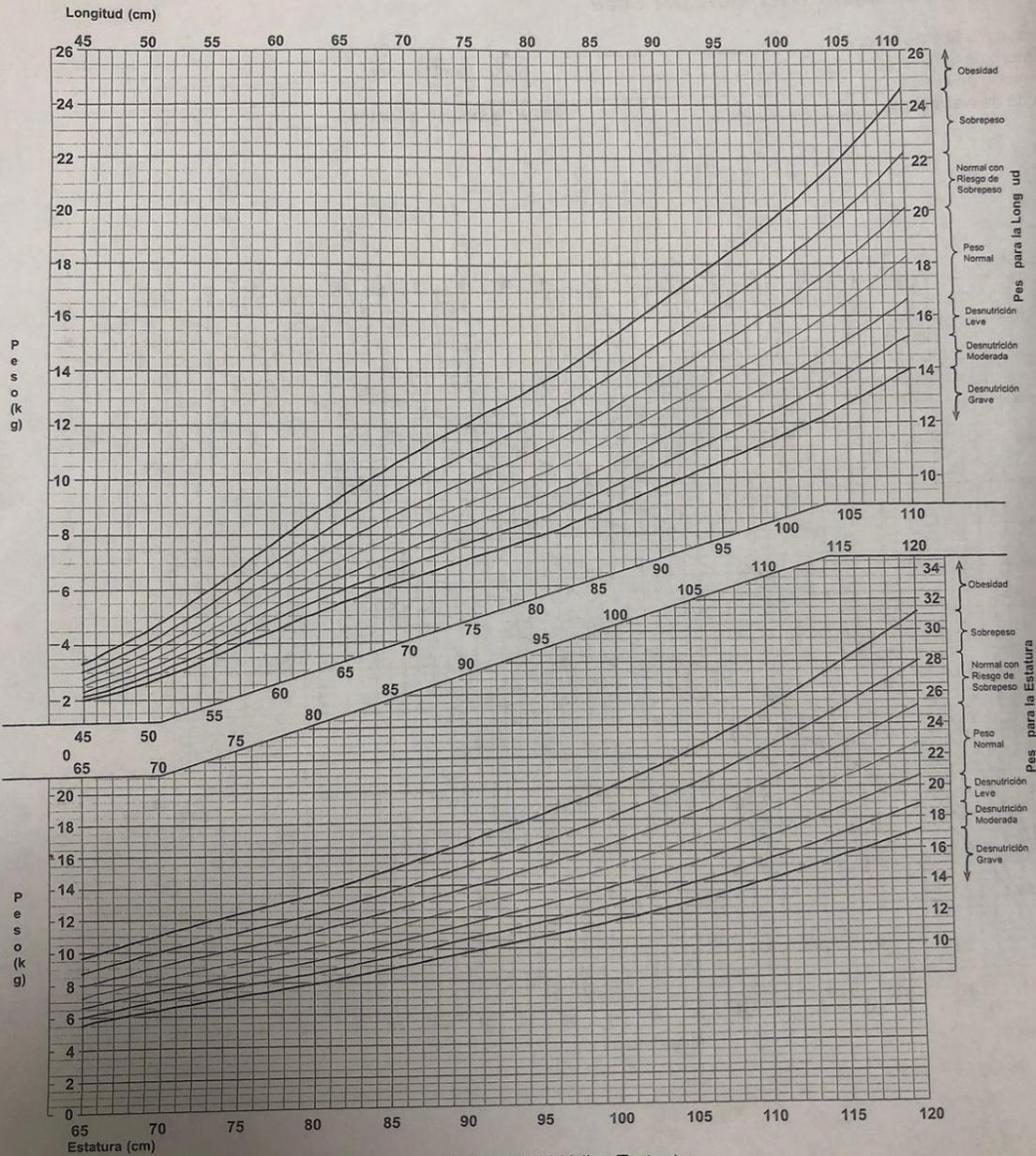
Unidad Médica de Atención: _____ CLUES: _____
Nombre de la niña: _____ No de Identificación: _____
Domicilio de la niña: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de ingreso a control: ____/____/____



ANVERSO

Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años
Gráfica de Longitud / Estatura por Edad

Niña



Fuente: Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS 2006

Nombre del Médico Tratante: _____

REVERSO

CONCLUSIÓN

Dentro de los procedimientos más frecuentes de la consulta externa es brindar la atención médica, permanente y de calidad a los pacientes ambulatorios, que requieren de los diferentes servicios, con lo que cuenta la consulta externa, es importante por su enlace con el servicio de urgencias y hospitalización.

Por medio de este manual que se elaboro es un elemento indispensable para el correcto funcionamiento del servicio en el cual se ejecutan los procedimientos que se deben de llevar acabo. Esto con el fin de cumplir con las prácticas clínicas.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Expediente clínico:

Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Consulta subsecuente:

Consulta periódica, que se otorga al enfermo en consulta externa, una vez que se ha sido aceptado como paciente del instituto.

Interconsulta:

Consulta que un médico especialista

NOM-004-SSA3-2012:

Expediente clínico.

NOM-008-SSA3-2010

Para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad.

NOM-027-SSA3-2013,

Regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias.

NOM-019SSA3-2013:

Para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.

NOM-017-SSA2-2012

Para la vigilancia epidemiológica.

NOM-016-SSA3-2012:

Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM-022-SSA3-2012:

Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión.

NOM-036-SSA2-2012:

Prevención y control de enfermedades.

NOM-006-SSA2-2013:

Para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria a la salud.

NOM-087- ECOL-2002:

Que establece los requisitos para la separación envasado. Almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.

NOM-037-SSA-2012:

Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

NOM-009-SSA2-2013:

Promoción de la salud escolar.

NOM-045-SSA2-2005

Para la vigilancia epidemiológica, prevención de las enfermedades nosocomiales.

NOM-007-SSA3-2011

Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

NOM-015-SSA3-2012

Para la atención integral a personas con discapacidad.

NOM-EM-003-SSA2-2008

Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.

NOM-019-STPS-2011,

Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.

Ginecología: Es la especialidad de la medicina dedicada al sistema del cuidado reproductor femenino; el avance de la tecnología se ha avanzado a la obstetricia que se ocupa en el embarazo, parto, y puerperio

Anestesiología: La práctica de la medicina dedicada al alivio del dolor y cuidado completo e integral del paciente quirúrgico, antes, durante y después de la cirugía.

Cirugía:

Es la rama de la medicina, que se dedica a curar las enfermedades por medio de operaciones.