



**UNIVERSIDAD  
DE  
SOTAVENTO A.C.**



---

---

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

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

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

LUCERO MARTINEZ CRUZ

ASESORA DE TESIS:  
**LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY**

Coatzacoalcos, Veracruz

MAYO 2021.



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.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por su apoyo incondicional, a mi tío, por su motivación cuando mi padre falleció él me ayudó dándome ánimo para seguir, ya que esa pérdida de mi ser querido la tuve iniciando mis estudios en la licenciatura.

Gracias a todos mis seres queridos por su apoyo y participación en este logro.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios.

Por darme la sabiduría y fuerza para culminar esta etapa académica, por darme unos maravillosos padres que siempre me han apoyado en mis logros.

A nuestra directora de la facultad de la licenciatura en enfermería:

Adela Martínez Perry, por su comprensión paciencia, entrega y valiosos consejos a lo largo de toda la etapa académica, junto con cada uno de los profesores asignados, que siempre se han esforzado y dedicado a que el alumnado tenga los conocimientos necesarios para la etapa profesional.

## INTRODUCCIÓN

Introducción.....	1
Propósito del documento.....	1.1
Alcance del documento.....	1.2
Audiencia objetivo.....	1.3
Contexto de la organización .....	2
Reseña histórica .....	2.1
Misión.....	2.2
Visión.....	2.3
Descripción.....	2.4
Estructura organizacional.....	2.5
Objetivos.....	2.6
Políticas, normas, y restricciones.....	2.7
Procesos y procedimientos.....	3
Mapa de procesos.....	3.1
Procesos y procedimientos de dirección.....	3.2
Procesos de dirección.....	3.2.1
Procedimientos de dirección.....	3.2.2
Procesos y procedimientos sustantivos.....	3.3
Procesos sustantivos.....	3.3.1
Procedimientos sustantivos.....	3.3.2
Procesos de apoyo.....	3.4
Glosario de términos.....	4

## 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.

La consulta externa, es la entrada al Hospital Integral de Isla Mujeres, su objetivo es brindar la atención médica y 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.

## **PROPÓSITO**

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**

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 de 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 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"><li>- Tomar los signos vitales.</li><li>- iniciar la historia clínica actualizando los signos vitales del cliente, será entregada la documentación al médico asignado para posteriormente brindarle la atención necesaria.</li><li>- De acuerdo a la edad y sexo se le realizara, los cuestionarios correspondientes.</li></ul>	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 enfermera 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 los 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 determinaran 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, proporcionara 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 permanecía 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

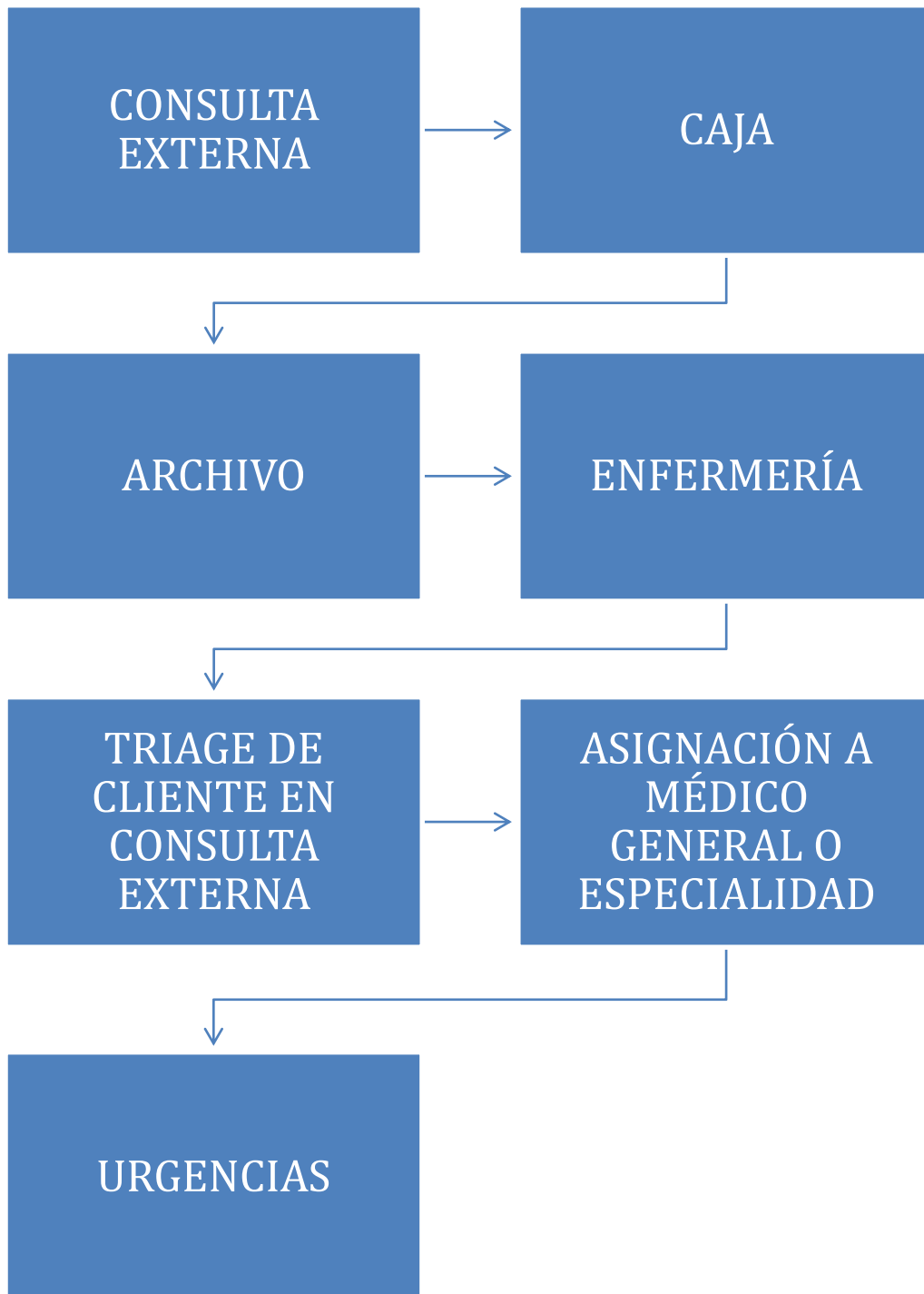
- nom-004-ssa3-2012, del expediente clínico.
- nom-008-ssa3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y obesidad.
- nom-027-ssa3-2013, regulación de los servicios de salud, que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias.
- nom-019ssa3-2013, para la práctica 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



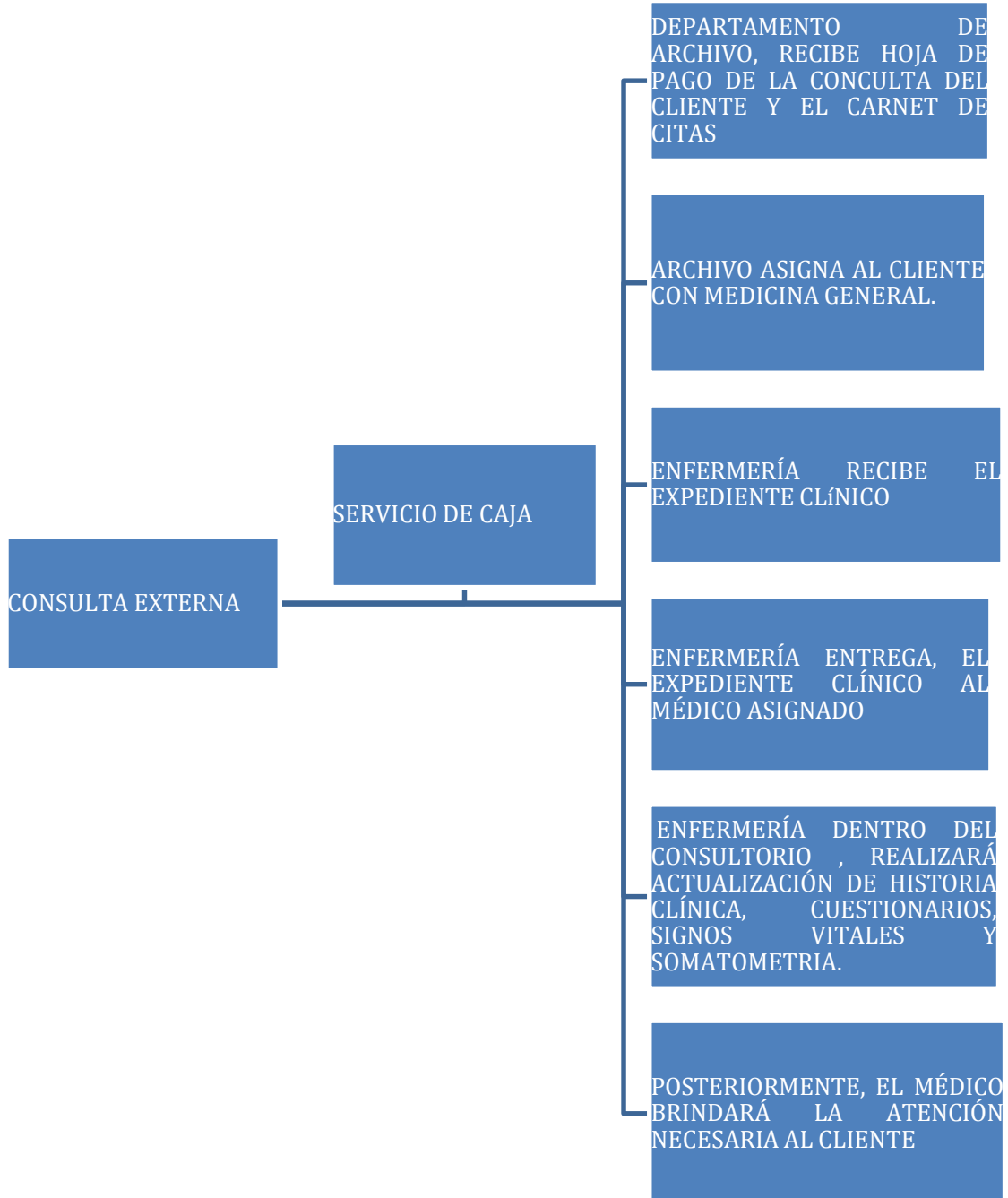
disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica.

- 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.

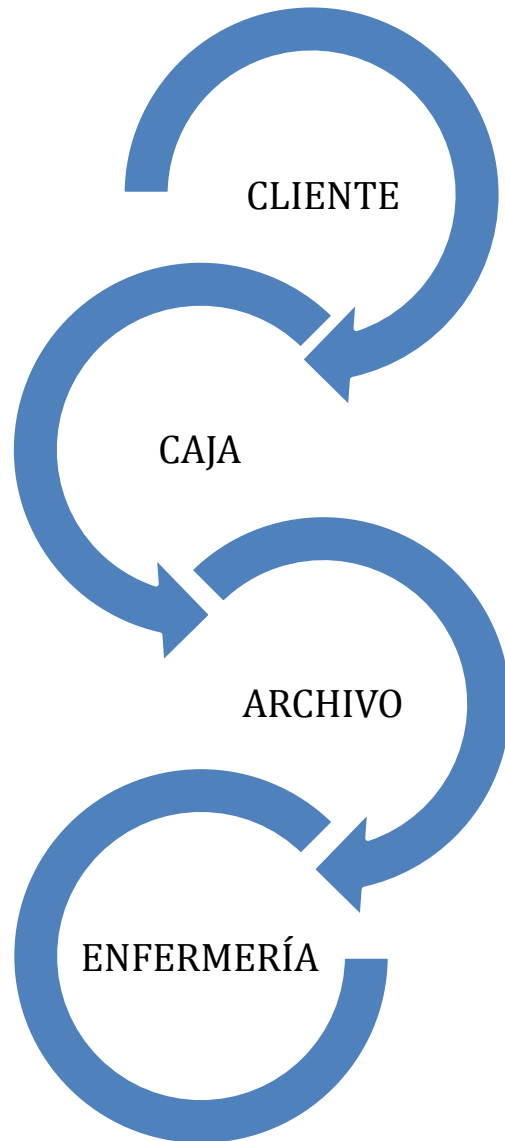
## MAPA DE PROCESOS



### 3.2 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.

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**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:** \_\_\_\_\_



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



Gobierno del Estado de  
Quintana Roo  
2011-2016

Resultados  
CON BENEFICIOS PARA TODOS

HOSPITAL COMUNITARIO ISLA MUJERES -  
HOJA FRONTAL

NOMBRE.- \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO.- \_\_\_\_\_ SEXO.- \_\_\_\_\_  
NUMERO DE EXPEDIENTE.- \_\_\_\_\_

FECHA	DIAGNOSTICO	NOMBRE, FIRMA Y CED. PROF. DEL PERSONAL QUE ATENDIO

HOSPITAL COMUNITARIO,  
CARRETERA GARRAFON  
MANZANA 193 LOTE 5  
No. 189  
ISLA MUJERES Q. ROO  
C.P. 77400

ANTECEDENTES EN ENFERMEDADES FAMILIARES:

ENFERMEDAD	ABUELO	ABUELA	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA	OTROS
DIABETES							
HIPERTENSION							
ENFERMEDAD CORONARIA							
ASMA							
OTROS							







**6.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:**

MENARCA:				EXAMEN DE MAMAS:						
RITMO:				FECHA ULTIMO PAPANICOLAO:						
EDAD INICIO VIDA SEXUAL ACTIVA:				MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES: SI NO						
FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:				FECHA USO DE ANTICONCEPTIVO:						
GESTA PARA CESÁREA ABORTO				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			
SONRIÓ			SI	NO	
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: \_\_\_\_\_





VII. PERIODONTOGRAMA INICIAL

Superior

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
RE	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3
SAN																
NA																
MOV																

INFERIOR

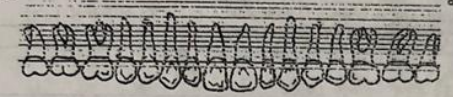
	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
RE	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30
SAN																	
NA																	
MOV																	

RE = Recesión  
Gingival  
SAB = Sangrado  
Gingival  
MA = Nivel adherencia  
MOV = Movilidad  
Dentaria

BUCAL



PALATINO



RE																
SAN																
NA																
MOV																

BUCAL



LINGUAL



RE																
SAN																
NA																
MOV																

VIII. - DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

DIAGNÓSTICO:

PRONÓSTICO:

PLAN DE TRATAMIENTO:

IX. - AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS

RADIOGRAFIAS

ÓRGANOS DENTARIOS

FECHA DE ESTUDIO:

NOMBRE DEL RESPONSABLE:

LABORATORIO

X. - ACTIVIDADES PREVENTIVAS

	SESIÓN UNO FECHA (D/M/A)	SESIÓN DOS FECHA (D/M/A)	SESIÓN TRES FECHA (D/M/A)	SESIÓN CUATRO FECHA (D/M/A)
INSTRUCCIÓN DE HIGIENE ORAL				
LIMPIEZA DENTAL				
ODONTOXESIS				
APLIC. TOP. DE FLÚOR				
TEJIDOS BLANDOS				
FOSETAS Y FISURAS (INDICAR FECHA Y ÓRGANOS DENTARIOS)				

CITAS

FECHA PRIMER CONSULTA							
FECHA CITAS SUBSECUENTES							

NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE DEL CIRUJANO DENTISTA

FIRMA

FIRMA

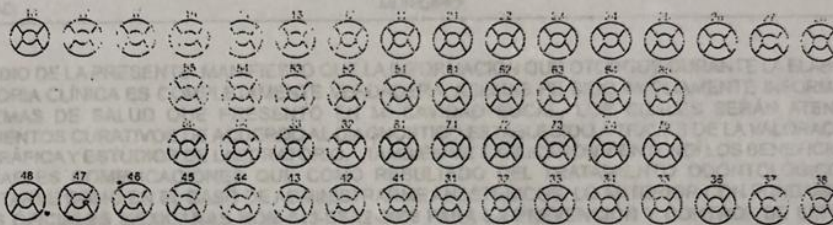


Nombre del paciente \_\_\_\_\_ No. de Expediente \_\_\_\_\_

Odontograma de seguimiento

No. \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

ODONTOGRAMA



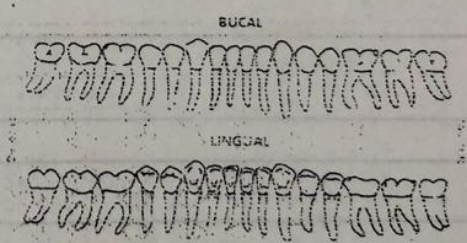
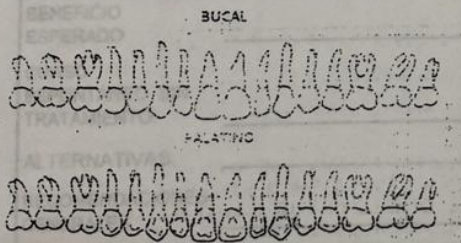
Sano 0 Cariado 1 Ocurrido 2 Ausente 3 Prótesis ↔ Indicado Briqueo X

PERIODONTOCRAMA DE SEGUIMIENTO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38				
RE																																										
SAN																																										
HA																																										
MOV																																										

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	
RE																							
SAN																							
HA																							
MOV																							

RE: Recesión Gingival  
 SAN: Sangrado Gingival  
 HA: Nivel adherencia  
 MOV: Movilidad Dentaria



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38				
RE																																										
SAN																																										
HA																																										
MOV																																										

	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	
RE																							
SAN																							
HA																							
MOV																							

TRATAMIENTO	ORGANO DENTARIO	OBSERVACIONES

NOMBRE Y FIRMA DEL O.D. \_\_\_\_\_  
 REPRESENTANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO DENTISTA \_\_\_\_\_





**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:**

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 PUEDIERAN 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.

**TRATAMIENTO**  **Y**  
**OBJETIVOS:**

**MOLESTIAS**  **RIESGOS**

**BENEFICIO ESPERADO**

**CURSO ESPONTÁNEO SIN TRATAMIENTO:**

**ALTERNATIVAS:**

**RECOMENDACIONES GENERALES:**

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

**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		echa		fecha	
		acción	(día, mes, año)	acción	(día, mes, año)	acción	(Día, mes, año)	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	Fecha (día, mes, año)	Acción	Fecha (día, mes, año)	Acción	Fecha (día, mes, año)	Acción	Fecha (día, mes, año)
1	Realiza exploración física completa.								
2	Toma peso y estatura y los anota en la <b>Cartilla Nacional de Salud Niñas y Niños de 0 a 9 años.</b>								
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 <b>Cartilla Nacional de Salud de la Mujer de 20 a 59 años.</b> Elabora la cartilla sobre cáncer cérvico-uterino								
2	Realiza la medición de la presión arterial y en su caso, prescribe medicamento								
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.								
14	Detecta y refiere casos de violencia familiar o de género.								

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 \_\_\_\_\_





Este color significa ALERGA. (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

CLAP-OPS/OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL																																															
NOMBRE				EDAD años		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL																																					
DOMICILIO				menor de 15 años		si no		ning. sec. años aprob.		casada unión estable																																					
LOCALIDAD				mayor de 35 años		no		prim. univ.		soltera otro																																					
TELÉFONO										LUGAR DE CONTROL PRENATAL (ORIGEN)																																					
										LUGAR DE PARTO (ESTABLECIMIENTO)																																					
										NUMERO H.C.																																					
ANTECEDENTES PERSONALES			OBSTETRICOS			ESTADOS VIVOS			FIN ANTERIOR EMBARAZO																																						
FAMILIARES diabetes <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			gestas <input type="checkbox"/>			nacidos vivos <input type="checkbox"/>			viven <input type="checkbox"/>																																						
TBC pulmonar <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			aborts <input type="checkbox"/>			vaginales <input type="checkbox"/>			menos de 6 meses <input type="checkbox"/>																																						
hipertensión <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			ningún o más de 3 partos algún RN menor de 2500 g algún prematuro gemelares <input type="checkbox"/>			partos <input type="checkbox"/>			más de 5 años <input type="checkbox"/>																																						
otros <input type="checkbox"/>			TBC <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			cesáreas <input type="checkbox"/>			RN con mayor peso <input type="checkbox"/>																																						
			diabetes <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			nacidos muertos <input type="checkbox"/>			muertos 1° sem. <input type="checkbox"/>																																						
			hipertensión <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			después 1° sem. <input type="checkbox"/>			fin anterior embarazo mes año																																						
			cirugía pélvica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																																												
			infertilidad <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																																												
			VIH + <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>																																												
			otros <input type="checkbox"/>																																												
EMBARAZO ACTUAL				DUDAS				ANTITETANICA				ANTIRUBEOLA				GRUPO Rh				CIGARRILL POR DIA				ALCOHOL				DROGAS				HOSPITALIZACIÓN EN EMBARAZO															
PESO ANTERIOR Kg				TALLA (cm)				no si				previa actual 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9°				no sabe no				no si				no si				no si				no si				no si											
EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				EX. ODONT. normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				PELVIS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				PAPANIC normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				CERVIX normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				VDRL día mes				VDRL día mes				FTA día mes				HIV solicitado día mes				Hb día mes				Hb día mes			
fecha de la consulta				semanas de amenorrea				peso (Kg)				tensión arterial Máx./mín. (mm Hg)				alt. Uterina pubis fondo presen. Cef./Pelv./Tr.				F.C.F. (lat./min.) mov. fetal.				Bacteriuria <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				Proteinuria <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				Folato <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				Hierro <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>				indicados <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>							
PARTO				ABORTO				CANTIDAD DE CONSULTAS PRENATALES				CORTICOIDES ANTIBIOTICOS				EDAD GEST. sem.				PRES. cef. pelv. tran.				INICIO esp. ind. ces. elect.				MEMBRANAS fecha ruptura																			
Responsible del ingreso				en el hosp. si no				con carnet si no				completo incompleto no se hizo				INGRESO día mes año				menor 37 mayor 41				orden				int. hora min. día mes																			
hora				tensión arterial máx./mín. (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 embarazo múltiple hipertensión previa preeclampsia eclampsia cardiopatía diabetes infección urinaria				otras infecciones parasitosis R.C.I.U. amenaza parto prem. desprop. cef. pelv. hemorragia 1° trim. hemorragia 2° trim. hemorragia 3° trim.				anemia crónica rot. pre. memb. infección puerp. hemor. puerp. otras															
TERMINACION espontánea forceps cesárea otra				hora min día mes año				NIVEL DE ATENCION 3° 2° 1° domic. otro				ACOMPANANTE EN TRAB. PARTO patra familiar otro ninguno				N° H.C./RN nombre RN																															
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION				ATENDIO medico enf/obst. auxil. empie. otro				PARTO responsable				NEONATO responsable																																			
MUERTE intraut. no emb. si no				EPISIOTOMIA espontáneo/expectante				ALUMBRAMIENTO espontáneo/expectante				PLACENTA completa				MEDICACION EN PARTO ninguna anest. regional anest. general analges. tranquil. oitoc. antibiomaticos corticoides antenatais otros																															
RECIENTE NACIDO				LONGITUD				EDAD POR EX. FISICO				PESO E.G.				APGAR 1° minuto 5°				REANIM. RESPIR. máscara tubo				VDRL				PUERPERIO																			
En aborto y MF sólo sexo y peso				cm				sem.				adec. peq. gde.				6 o menor				no +				horas o días post parto o aborto																							
SEXO PESO AL NACER				PER. CEFALICO				menor de 37 años												temperatura																											
EXAMEN FISICO				ninguna Hemorragia neurologicas																pulsos (lat./min.)																											
normal				memb. hialina hiperbilirrub. metab./nutric. VIH +																tensión arterial máx./mín.(mmHg)																											
anormal				sind. aspirat. otras hematom. infcciones sind. abstinencia																invol. uterina																											
				apnea otros SDR defectos cong.																loquios/hemorragia																											
EGRESO RN				ALIMENTO				PESO AL EGRESO				EGRESO MATERNO				ANTIRUBEOLA POST PARTO				ANTICONCEPCION condón DIU pildora otro																											
hora día mes				sano traslado con patol. fallece				g				sana traslado con patol. fallece				no si				ninguna referida																											
Responsible																				ligadura tubaría ritmo otro																											

HCPES-07/07/01

## 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	
		Realizó	Acción	Realizó	Acción
		(día, mes/año)	(día, mes/año)	(día, mes/año)	(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 PREVENCIÓN 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 PREVENCIÓN PARA UNA MEJOR SALUD "

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NO. EXPEDIENTE** \_\_\_\_\_

**SEGUNDA CONSULTA**

NO.	Acciones que debes realizar	acción	Fecha		acción	fecha		acción	fecha	
			día/mes/año	acción		/día/mes/año	acción		día/mes/año	acción
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	
			día/mes/año	acción		/día/mes/año	acción		día/mes/año	acción
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	
		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	

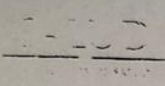
La combinación de dos o más de los siguientes antecedentes o características se traducirá como de **ALTO RIESGO OBSTÉTRICO**, marque con una **X** si la paciente presenta alguna:

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)	Acción	(día, mes, año)	Acción	(día, mes, año)	Acción	(día, mes, año)
1	Entrega y/o equaliza 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 PROMOCION 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 antineumococica 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:** \_\_\_\_\_





GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD



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

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



SESA  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

GOBIERNO DEL ESTADO DE QUINTANA ROO  
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

LABORATORIOS

Y

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

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

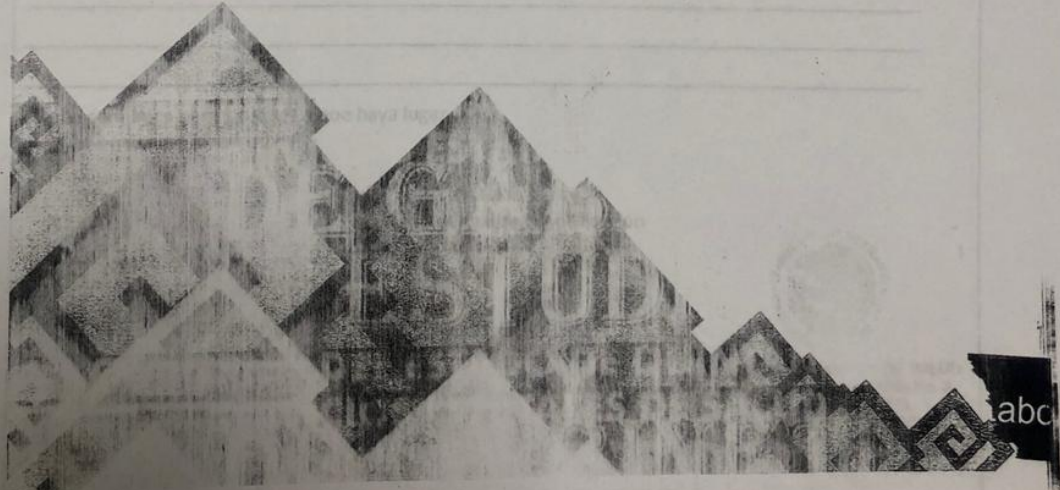
Al Servicio de Urgencias de este Hospital

ESTUDIOS

De \_\_\_\_\_ años de edad de sexo \_\_\_\_\_

Y quien declara su domicilio en \_\_\_\_\_

DE GABINETE



abc



**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





**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 SANITARIA No. 2  
HOSPITAL INTEGRAL  
ISLA MUJERES, Q. ROO  
DIRECCION



**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



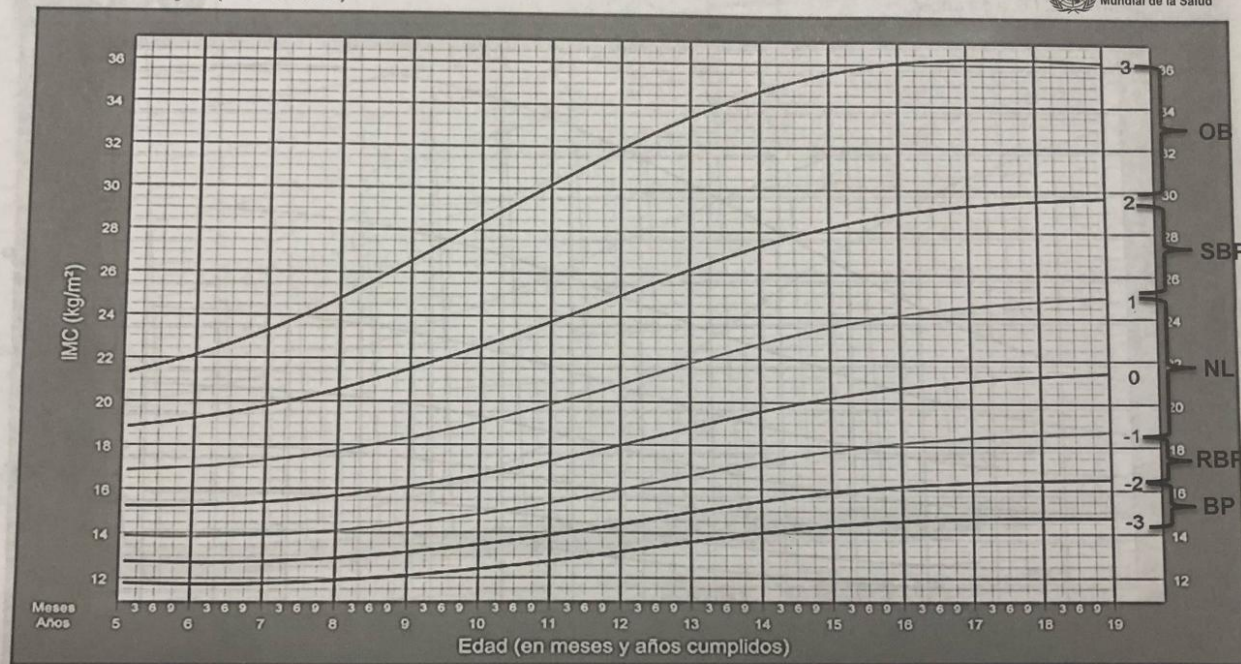


## IMC para la edad NIÑAS

Puntaje Z (5 a 19 años)



Organización  
Mundial de la Salud



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

### ABREVIATURAS DEL DX NUTRICIONAL:

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

\*Si él/la 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.



SALUD

Programa de Atención a la Salud de la Infancia y la Adolescencia

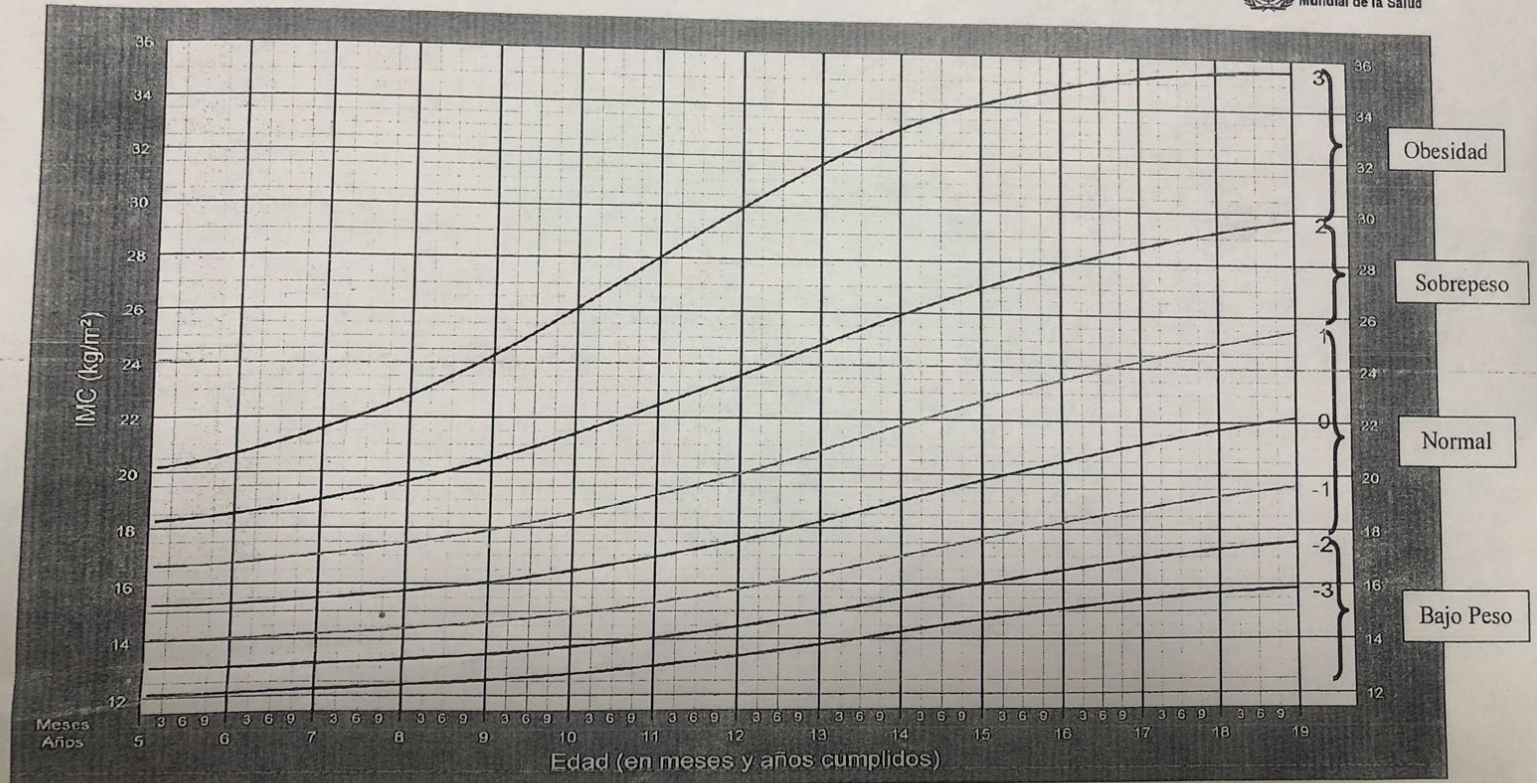
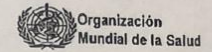


SECRETARÍA DE SALUD

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











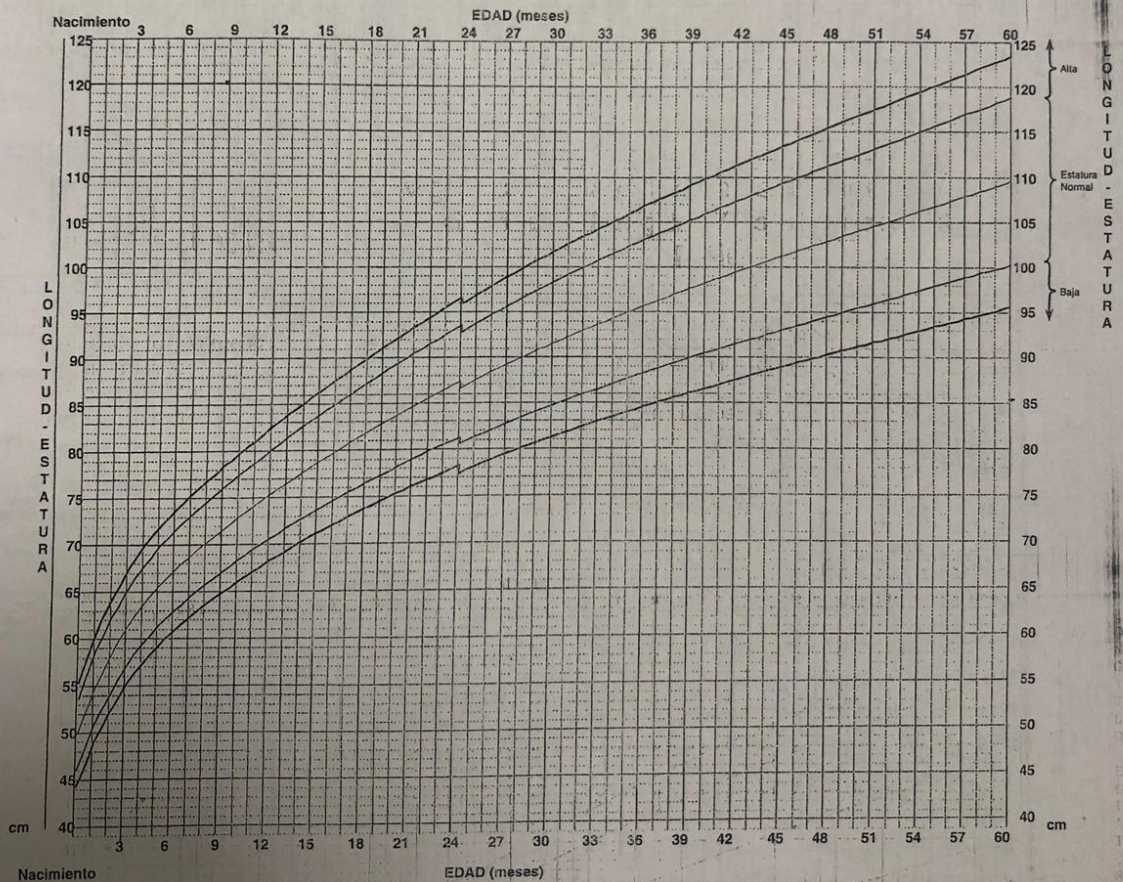


# Vigilancia de la nutrición del menor de 5 años

## Gráfica de Longitud / Estatura por Edad

### Niño

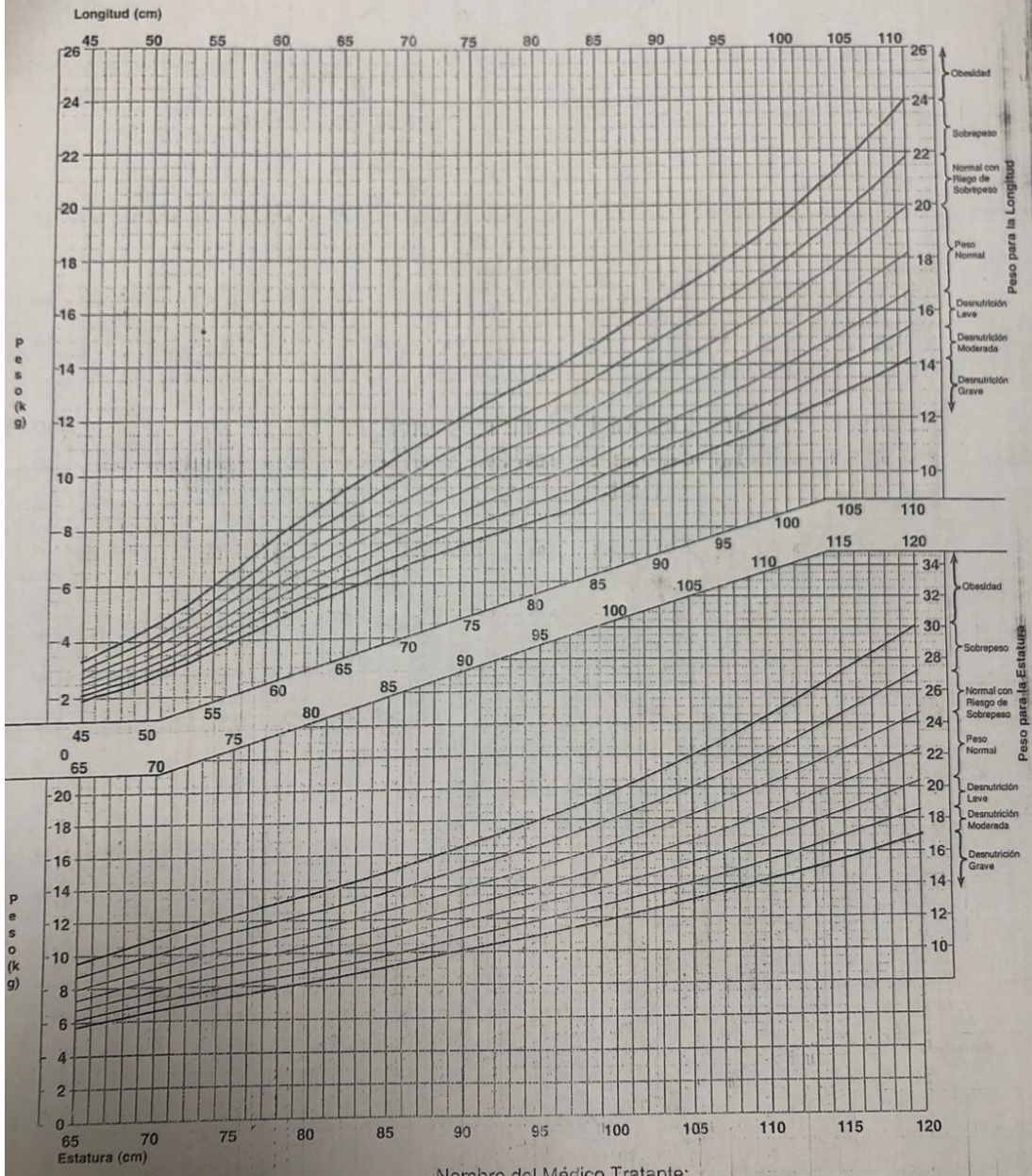
Unidad Médica de Atención: \_\_\_\_\_ CLUES: \_\_\_\_\_  
Nombre del niño: \_\_\_\_\_ No de Identificación: \_\_\_\_\_  
Domicilio del niño: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de ingreso a control: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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: \_\_\_\_\_

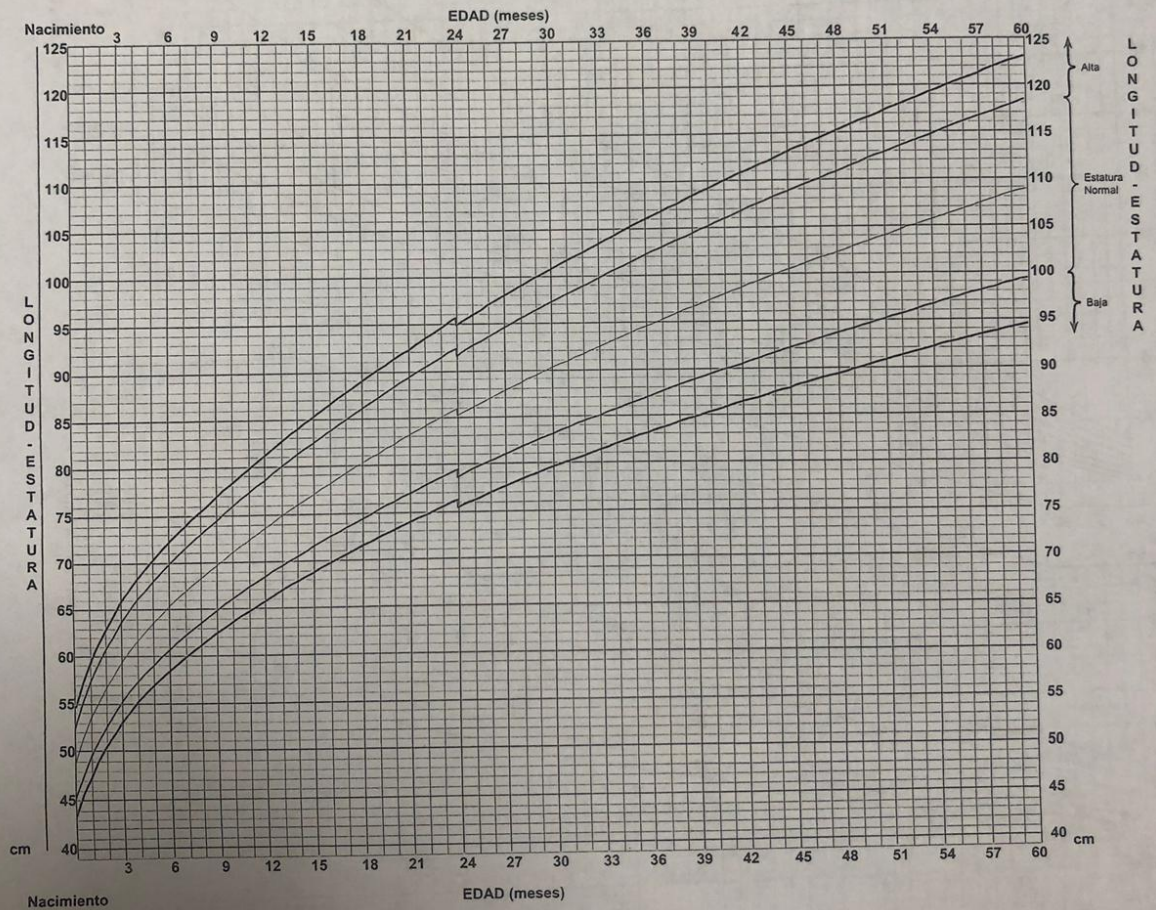
REVERSO



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

Niña

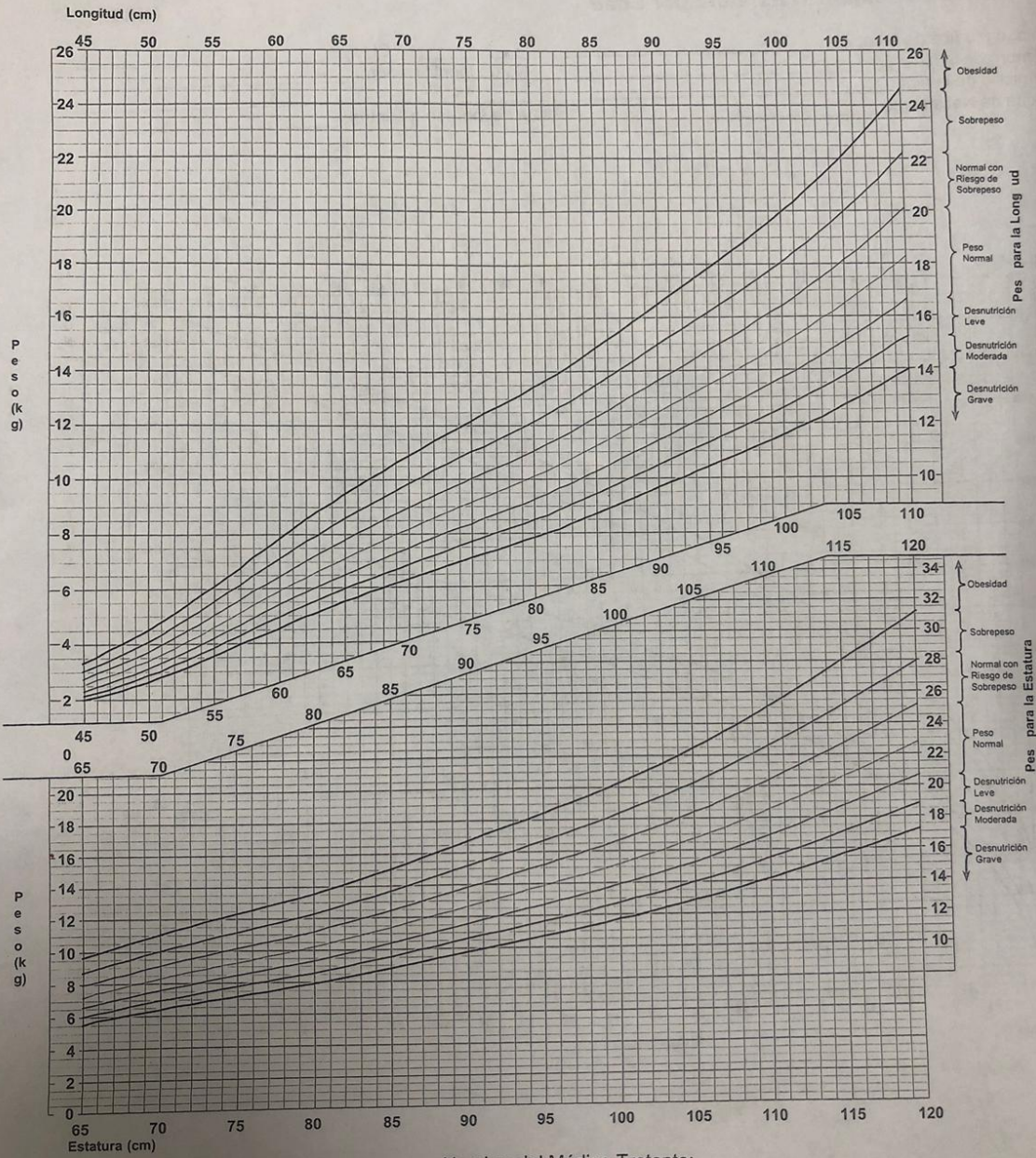
Unidad Médica de Atención: \_\_\_\_\_ CLUES: \_\_\_\_\_  
Nombre de la niña: \_\_\_\_\_ No de Identificación: \_\_\_\_\_  
Domicilio de la niña: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de ingreso a control: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



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

# **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.