

Manual de Procedimientos de Delegaciones del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado Tipo “B”

Tomo 2 Parte 1

**(Subdelegación Médica. Procedimientos 1 a 7 del
Departamento de Programación y Desarrollo y 1 a 5 del
Departamento de Atención Médica)**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado**

Normateca Electrónica Institucional

FICHA TÉCNICA

ACUERDO DEL DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO, POR EL QUE SE REEXPIDEN LOS MANUALES DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO

FECHA DE EXPEDICIÓN: 29 DE MAYO DE 2007

FECHA DE PUBLICACIÓN DEL ACUERDO DE

REEXPEDICIÓN EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF): 20 DE DICIEMBRE DE 2007

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 21 DE DICIEMBRE DE 2007

MODIFICACIONES:

SE ACTUALIZAN LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO INCORPORÁNDOSE EL PROCEDIMIENTO PARA LA VERIFICACIÓN DE SUPERVIVENCIA DE LA POBLACIÓN PENSIONARIA

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 26 DE ABRIL DE 2016

FECHA DE PUBLICACIÓN EN LA NORMATECA ELECTRÓNICA INSTITUCIONAL (NEI): 13 DE JUNIO DE 2016

SE ACTUALIZAN LOS MANUALES DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES TIPOS A Y B DEL INSTITUTO INCORPORÁNDOSE EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)

FECHA DE ACTUALIZACIÓN: 12 DE AGOSTO DE 2016

FECHA DE PUBLICACIÓN EN LA NORMATECA ELECTRÓNICA INSTITUCIONAL (NEI): 22 DE AGOSTO DE 2016



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

No. de Página

21

12

2007

553

**MANUAL
DE
PROCEDIMIENTOS
DE
DELEGACIONES DEL ISSSTE
TIPO "B"
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**(Procedimientos 1 a 7 del Departamento de
Programación y Desarrollo y 1 a 5 del
Departamento de Atención Médica)**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

TIPO B

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

554

ÍNDICE**C) SUBDELEGACIÓN MÉDICA****C.1 DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO**

1. Registro y Control de Asistencia de Médicos, Paramédicos y Personal Administrativo de las Unidades Médicas.
2. Supervisión de la Asistencia y Permanencia del Personal Médico, Paramédicos y Administrativo de las Unidades Médicas.
3. Autorización de Recursos Financieros para el Programa de Diálisis Peritoneal.
4. Solicitud y Recepción de Bolsas de Solución para el Programa de “Diálisis Peritoneal Intrahospitalaria” (DPI).
5. Solicitud y Recepción de Bolsas de Solución para el Programa de “Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria” (DPCA).
6. Incorporación de Pacientes al Programa de Diálisis Peritoneal Automatizada.
7. Trámite de Pago a Proveedores Autorizados del Programa de Diálisis Peritoneal.

C.2 DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

1. Registro y la Apertura del Expediente Clínico.
2. Referencia de Pacientes.
3. Contrarreferencia de Pacientes.
4. Evaluación de las Referencias de Pacientes.
5. Evaluación de las Contrarreferencias de Pacientes

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

TIPO B

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

555

6. Contratación de Servicios Subrogados.
7. Expedición y Control de Licencias Médicas.
8. Abasto y Distribución de Block's de Licencias Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención.
9. Aplicación de Sanciones Administrativas en Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención.
10. Control y Seguridad del Recién Nacido en Cunero o Alojamiento Conjunto.
11. Solicitud y Suministro Directo de Marcapasos Cardiacos y/o Endoprótesis Ortopédicas en las Unidades Hospitalarias.
12. Otorgamiento de Certificados Médicos Iniciales en el Proceso de Dictaminación de Riesgo de Trabajo o Invalidez.
13. Expedición de Certificados de Defunción.
14. Atención Médica a Pacientes No Derechohabientes.
15. Cobro, Registro y Aplicación de Cuotas por Atención Médica a Pacientes No Derechohabientes.
16. Aplicación de los Ingresos Captados por Atención a Pacientes No Derechohabientes.
17. Expedición de Constancia de Tiempo por la Atención Recibida en las Unidades Médicas.
18. Atención Preventiva en la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA).

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

TIPO B



--

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES
SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
556

**DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN
Y DESARROLLO**



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

557



SUBDELEGACIÓN MÉDICA

PRONTUARIO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS DELEGACIONES

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO

Procedimiento1. Registro y Control de Asistencias de Médicos, Paramédicos y Personal Administrativo de las unidades Médicas.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de Área

Jefatura de Servicios

Jefatura de Departamento Jefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

Procedimiento2. Supervisión de la Asistencia y Permanencia del Personal Médico, Paramédico y Personal Administrativo de las unidades Médicas.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de Área

Jefatura de Servicios

Jefatura de Departamento Jefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

Procedimiento3. Autorización de Recursos Financieros para el Programa de Diálisis Peritoneal.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Unidades de 3er. Nivel.

Dr. César Cruz Santiago.
Av. San Fernando, Edif. "A" No. 547 Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.
Tel. 5606-2807

Procedimiento4. Solicitud y Recepción de Bolsas de Solución para el Programa de Diálisis Peritoneal Intrahospitalaria (DPI)

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Unidades de 3er. Nivel.

Dr. César Cruz Santiago.
Av. San Fernando, Edif. "A" No. 547 Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.
Tel. 5606-2807

DEPARTAMENTO DE
PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO

TIPO B



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

558



SUBDELEGACIÓN MÉDICA

PRONTUARIO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS DELEGACIONES

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO

Procedimiento 5. Solicitud y Recepción de Bolsas de Solución para el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

Subdirección o Coordinación General Subdirección General Médica

Subdirección de Área Subdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de Servicios Jefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de Departamento Jefe del Departamento de Unidades de 3er. Nivel.

Dr. César Cruz Santiago.

Av. San Fernando, Edif. "A" No. 547 Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.

Tel. 5606-2807

Procedimiento 6. Incorporación de Pacientes al Programa de Diálisis Peritoneal Automatizada.

Subdirección o Coordinación General Subdirección General Médica

Subdirección de Área Subdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de Servicios Jefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de Departamento Jefe del Departamento de Unidades de 3er. Nivel.

Dr. César Cruz Santiago.

Av. San Fernando, Edif. "A" No. 547 Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.

Tel. 5606-2807

Procedimiento 7. Trámite de Pago a Proveedores Autorizados del Programa de Diálisis Peritoneal.

Subdirección o Coordinación General Subdirección General Médica

Subdirección de Área Subdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de Servicios Jefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de Departamento Jefe del Departamento de Unidades de 3er. Nivel.

Dr. César Cruz Santiago.

Av. San Fernando, Edif. "A" No. 547 Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.

Tel. 5606-2807

DEPARTAMENTO DE
PROGRAMACIÓN Y DESARROLLO

TIPO B



**1. REGISTRO Y CONTROL DE
ASISTENCIAS DE MÉDICOS,
PARAMÉDICOS Y PERSONAL
ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES
MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

559

**1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS,
PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES
MÉDICAS**



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

560

1. OBJETIVO

REGISTRAR Y CONTROLAR LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LOS MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE CONFIANZA Y DE CONFIANZA "B" CON EL FIN DE QUE SE CUBRAN ADECUADAMENTE LOS SERVICIOS Y TURNOS CORRESPONDIENTES EN LAS UNIDADES DEL INSTITUTO.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. EL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD MÉDICA DEBERÁ NOMBRAR A UNA SOLA PERSONA POR TURNO, COMO RESPONSABLE DEL SISTEMA DE REGISTRO Y CONTROL QUE SE ESTABLEZCA (SEA MANUAL O ELECTRÓNICO) PARA EL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO.
2. EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD MÉDICA SERÁ RESPONSABLE DE FORMULAR Y EN SU CASO ANALIZAR LOS REGISTROS DE CONTROL DE ASISTENCIA DEL SISTEMA MANUAL Y AUTOMATIZADO. PARA EL PRIMERO DEBERÁ ELABORAR UN INFORME QUINCENAL Y PARA EL SISTEMA AUTOMATIZADO UN REPORTE DIARIO, MISMOS QUE CONTENDRÁN LOS SIGUIENTES DATOS:
 - NOMBRE DEL SERVICIO
 - NÚMERO DE EMPLEADO
 - HORARIO DE LABORES (ENTRADAS Y SALIDAS)
 - INCIDENCIAS (AUSENCIAS INJUSTIFICADAS, VACACIONES, LICENCIAS, PERMISOS, COMISIONES, BAJAS Y OTROS)
3. EN LAS UNIDADES MÉDICAS LOS REGISTROS DE ASISTENCIA DEBERÁN ESTAR BAJO LA CUSTODIA DEL RESPONSABLE DEL REGISTRO Y CONTROL AUTORIZADO PARA EL TURNO.
4. EL PERSONAL DE BASE TENDRÁ UNA TOLERANCIA DE HORARIO DE DIEZ A TREINTA MINUTOS DESPUÉS DE LA HORA DE ENTRADA Y EL PERSONAL DE CONFIANZA SERÁ AQUEL QUE SE CONVENGA EN EL CONTRATO RESPECTIVO.
5. EL RESPONSABLE DEL CONTROL DE ASISTENCIA, DEBERÁ RETIRAR LAS LISTAS UNA VEZ TRANSCURRIDOS EL TIEMPO DE TOLERANCIA ESTABLECIDO, CANCELANDO CON UNA LÍNEA ROJA LOS ESPACIOS DONDE NO SE FIRMO POR EL PERSONAL. EN EL SISTEMA ELECTRÓNICO, ESTE DEBERÁ ESTAR PROGRAMADO PARA CUMPLIR CON ESTA DISPOSICIÓN.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

561

6. EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA Y EL SUBDIRECTOR MÉDICO, SON LOS ÚNICOS FUNCIONARIOS QUE PUEDEN JUSTIFICAR LAS FALTAS O RETARDOS DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO, EXPLICANDO LOS MOTIVOS QUE LOS ORIGINARON.
7. PARA EFECTOS DE CALIFICACIÓN DE INCIDENCIAS, EL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD MÉDICA DEBERÁ AJUSTARSE A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTÍCULOS 43, 44, 45 Y 46 DE LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL INSTITUTO.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

562

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	Inicia el Procedimiento Elabora el Registro de Asistencia (Anexo I) por cada servicio y turno del personal médico, paramédico y administrativo que labora en la Unidad Médica y lo entrega al responsable designado del control de listas de asistencia.
2	RESPONSABLE DEL CONTROL DE LISTAS DE ASISTENCIA	Recibe Registro de Asistencia de cada Servicio de la Unidad Médica y las dispone al personal par su registro.
3	PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE CONFIANZA Y DE CONFIANZA "B" DE LA UNIDAD MÉDICA	Inicio de Labores Acude a la Unidad Médica de su adscripción, solicita lista de asistencia de su servicio. Identifica su nombre en lista anota hora de entrada y firma.
4	RESPONSABLE DEL CONTROL DE LISTAS DE ASISTENCIA	Retira los Registros de Asistencia una vez transcurrido el tiempo de tolerancia Cancela con una línea roja los espacios en los que no hubo registros de los médicos y paramédicos y personal administrativo de su hora de entrada.
5		Archiva durante el transcurso del turno las listas de asistencia los Registros de Asistencia hasta el término de labores.
6	PERSONAL MÉDICO Y/O PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO	Termino de Labores Acude al control de lista de asistencia, solicitando los Registros de Asistencia de su servicio de adscripción y anota la hora de salida y firma.
7	RESPONSABLE DE CONTROL DE LISTAS DE ASISTENCIA	Retira los Registros de Asistencia al término de la tolerancia establecida del horario del turno. Cancela con una línea roja los espacios en los que no firmaron el personal su hora de salida.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

563

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8	DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS	Entrega en el Departamento de Recursos Humanos los Registros de Asistencia diarias del personal médico, paramédico y administrativo.
9		Recibe los Registros de Asistencia del personal médico, paramédico y administrativo y procede a calificar las incidencias en las que incurran, de acuerdo a su horario de labores.
10		Integra las incidencias del personal médico en el formato RH-5 modificado para que se le realicen los descuentos correspondientes.
11		Envía los formatos RH-5 modificado a la Subdirección de Recursos Humanos de la unidad médica para que realicen los trámites necesarios de descuentos.
Termina el Procedimiento		



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

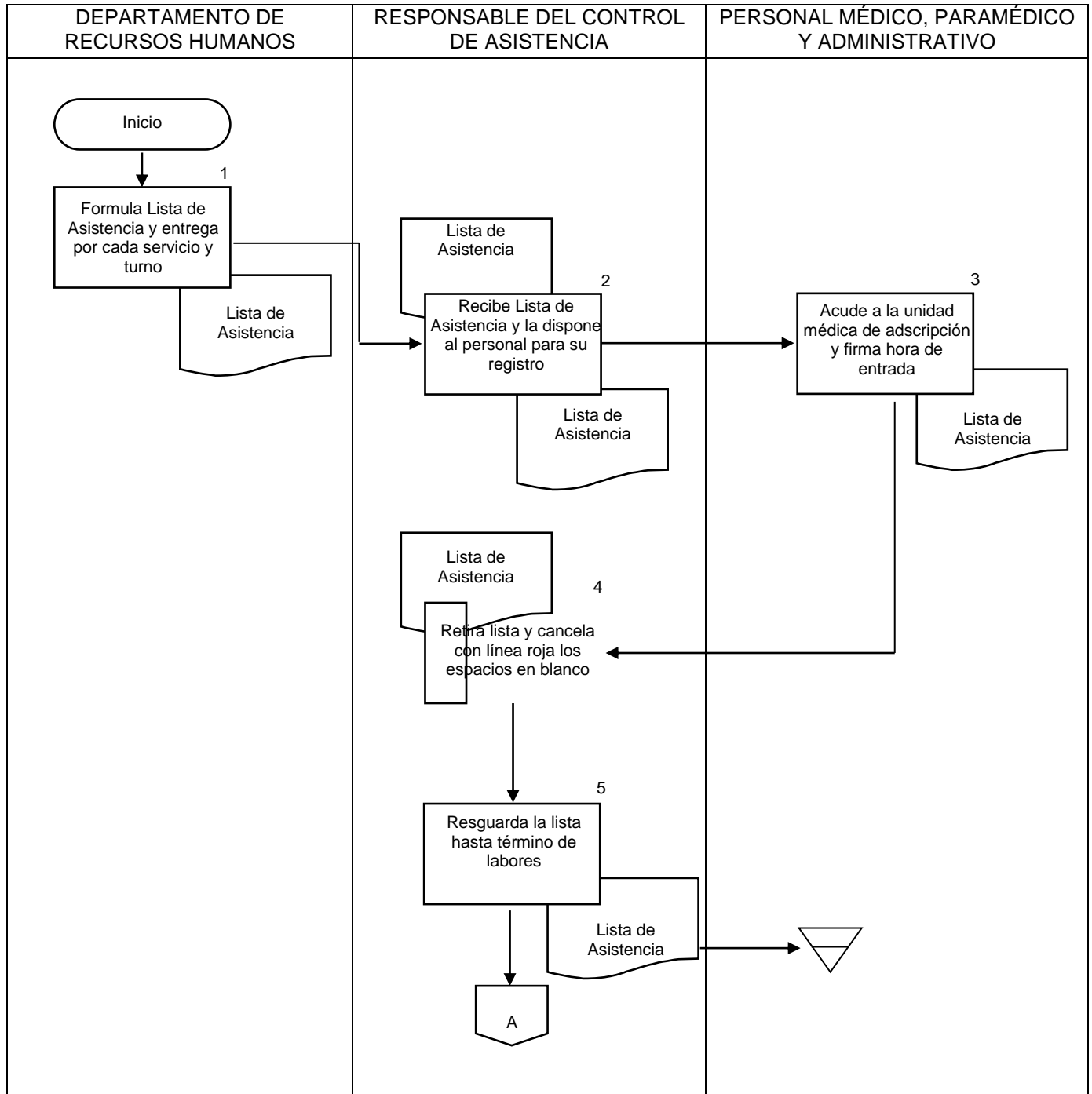
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

564

4. DIAGRAMA DE FLUJO





1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

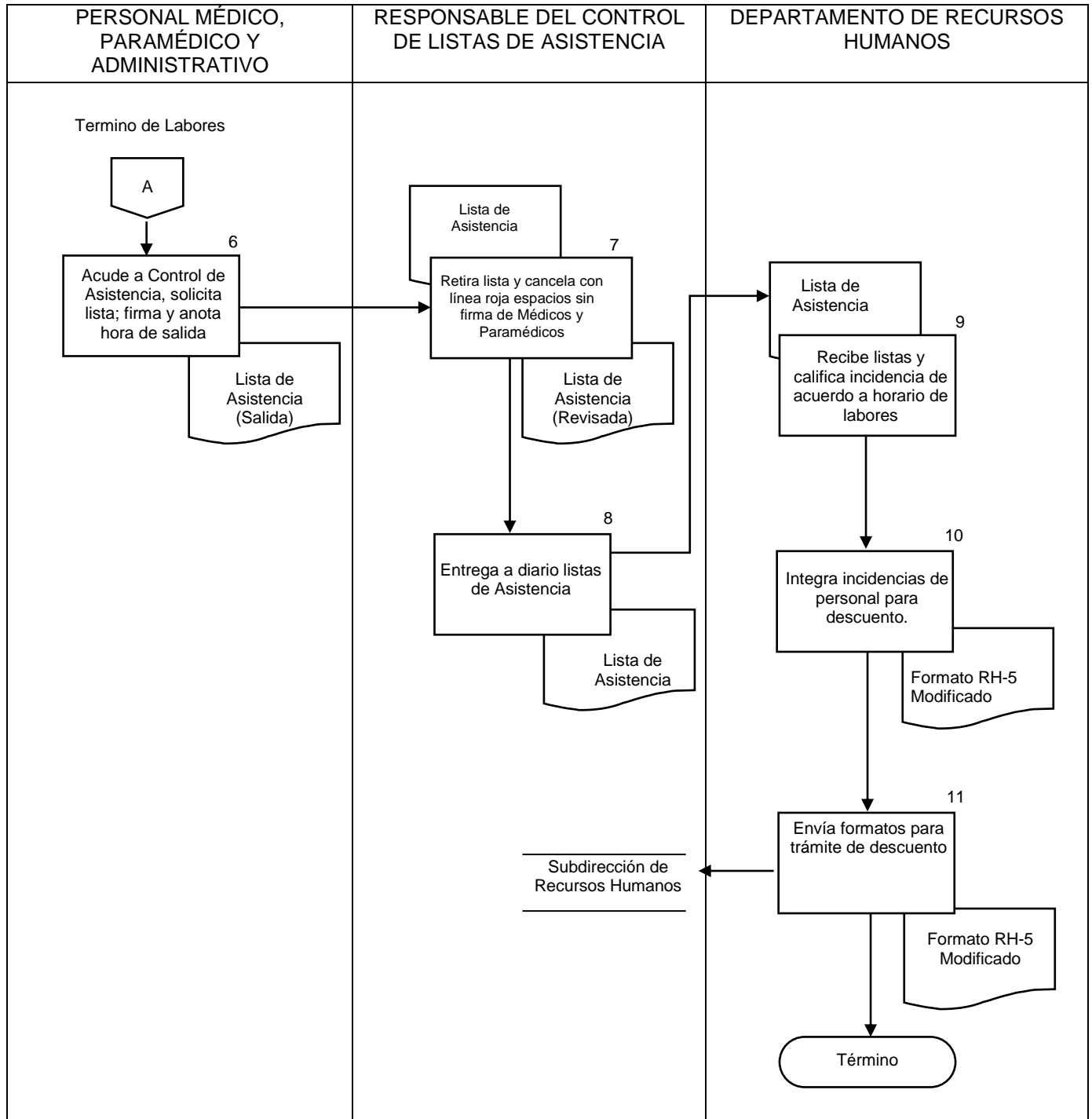
Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

565





1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

566

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
Control de listas de asistencias	Archivo del área de Recurso Humanos	Fecha/Turno /Servicio		Resguardo físico	Solo personal autorizado de Recursos humanos

6. REFERENCIAS

- a. Condiciones Generales de Trabajo del ISSSTE
- b. Obligaciones y Derechos del Personal Médico y Paramédico de Confianza

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

8. ANEXOS

- a. Anexo I Formato Lista de Asistencia
- b. Anexo II Obligaciones y Derechos del Personal Médico y Paramédico de Confianza
- c. Anexo III. Formato RH-5.*

**Solicitar formato e instructivo al Área Normativa correspondiente.*

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------



**1. REGISTRO Y CONTROL DE
ASISTENCIAS DE MÉDICOS,
PARAMÉDICOS Y PERSONAL
ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES
MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

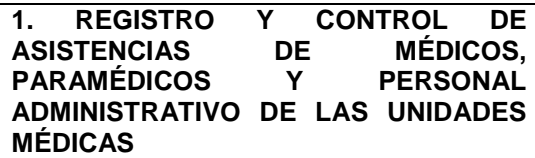
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

567

8. ANEXOS



SUBDELEGACIÓN MÉDICA

568

[illegible]

TIPO B



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

569

Instructivo de formato: Registro de Asistencia

Clave del formato:
S/C

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	UNIDAD MÉDICA	La denominación de la unidades médicas que reporta.
2	JEFATURA DE SERVICIOS	La denominación de la jefatura de servicios correspondiente.
3	FECHA	El día, mes y año que se reporta.
4	NOMBRE	El nombre del empleado.
5	No. DE EMPLEADO	El número de empleado que le corresponde de acuerdo a la nómina.
6	HORARIO	El horario que tiene asignado cada empleado.
7	ENTRADA-SALIDA	La hora de entrada y salida, así como la firma autógrafa de cada empleado.
8	OBSERVACIONES	Los comentarios que considere pertinentes observar el responsable del área.
9	RESPONSABLE DEL ÁREA QUE REPORTA	El nombre y cargo del responsable del área que reporta.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

570

b) Anexo II. Control y Supervisión de la Puntualidad, Asistencia y Permanencia de Médicos, Paramédicos y Personal en Unidades Médicas del Instituto

1. Obligaciones del personal médico y paramédico de confianza y confianza "B"

1. Asistir al desempeño de sus labores con puntualidad, para el efecto deberá:
 - a) Registrar asistencia a la entrada y salida de labores.
 - b) Evitar que su asistencia sea registrada por otra persona y que las listas o tarjetas de control de asistencia sean alteradas o modificadas.
 - c) Evitar registrar asistencia por otros trabajadores, con el propósito de cubrir retardos o faltas injustificadas.
2. Permanecer en su área de trabajo conforme lo indica su horario asignado.
3. Desempeñar las funciones propias de su nombramiento con la intensidad y calidad que se requiera, con el fin de mantener el nivel de productividad y la calidad del servicio.
4. Coadyuvar y participar en el mejoramiento de la productividad y calidad de los servicios médicos, para lo cual debe estar dispuesto, aún después de su jornada ordinaria de trabajo a colaborar en caso de urgencia o siniestros que pongan en peligro la vida de los derechohabientes y la de sus compañeros o la existencia de la unidad de trabajo.
5. Dar aviso de la inasistencia al trabajo dentro de las primeras horas que comprende su horario a la unidad de trabajo de su adscripción. En caso de enfermedad o accidente y al reanudar sus labores, presentar la justificación documentada en su propia unidad de trabajo.
6. Para ausentarse de su trabajo deberá recabar el permiso oficial a través del Formato RH-6 (pase de salida) el cual deberá ser autorizado por el jefe inmediato hasta por 2 horas.

Derechos del Personal:

- Que se acrediten en sus expedientes las notas buenas y de mérito relevante a que se hagan merecedores.
- Recibir los incentivos que establece el presente manual por puntualidad, asistencia y permanencia.

Incentivos al Personal:

El Instituto otorgará al personal médico, paramédico y administrativo que labore en las Unidades Médicas por concepto de puntualidad, asistencia y permanencia los siguientes estímulos

- Estímulo al trabajador del mes
- Estímulo por antigüedad
- Estímulo por nota de asistencia y puntualidad
- Estímulo por nota de desempeño
- Estímulo por nota de mérito relevante
- Evaluación del desempeño (premios, estímulos y recompensas)



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

571

A continuación se definen los lineamientos para su aplicación de acuerdo a la circular 001 (Normatividad para la Administración de Recursos Humanos).

ESTÍMULO AL TRABAJADOR DEL MES

Los lineamientos sobre los cuales deberá otorgarse este estímulo a los trabajadores; así como, las limitantes para su pago son los siguientes:

- El Instituto otorgará al personal médico y paramédico de confianza el estímulo al trabajador del mes, cuando el trabajador sea evaluado con la más alta calificación por sus compañeros de labores y por el Director de la unidad médica.
- El estímulo al empleado del mes consiste en un pago adicional del 30 por ciento del sueldo mensual.
- Las evaluaciones para otorgar este estímulo, se efectuarán dentro de los primeros tres días siguientes al mes que se califica.
- El estímulo será autorizado bajo la responsabilidad del jefe de recursos humanos de la unidad médica conjuntamente con la representación sindical.
- Las Subdelegaciones de Administración y las Subdirecciones de Administración de los Hospitales Regionales se responsabilizarán de enviar la información del pago de estímulo a través del formato RH5-M a más tardar 25 días posteriores a la fecha en que se designa acreedores a estímulos y de no excederse del número de estímulos a que tienen derecho las unidades.
- El reporte en RH5-M, deberá cumplir sin excepción los criterios siguientes:
 - No serán sujetos al pago del estímulo, los trabajadores que incurran en las siguientes situaciones:
 - a) Que disfrute de licencias con o sin goce de sueldo por más de 10 días en el mes que se evalúa.
 - b) Que hayan obtenido licencia médica o licencia por cuidados maternos por más de tres días en el mes que se evalúa.
- La Subdirección de Recursos Humanos, efectuará el pago del estímulo a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciba o capte la información correspondiente al mes que se evalúa.
- Los trabajadores del mes que cumplan con los requisitos de asistencia y puntualidad (5.5.2), con buenas notas de desempeño (5.5.3) y con alta productividad deberán aparecer durante el siguiente mes, en el cuadro de honor de la unidad médica, el cual deberá colocarse en el lugar más visible para la derechohabiente que asiste a la unidad médica.
- Las Subdirecciones de Administración y Subdelegaciones de Administración, proporcionarán a los trabajadores las aclaraciones que soliciten y en su caso, deberán tramitar ante la Subdirección de Recursos Humanos la solicitud de pago o reintegro de percepciones (RH-14), por concepto de estímulos que de acuerdo a los registros resulten procedentes.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

572

ESTÍMULO POR ANTIGÜEDAD

Objetivo.- otorgar al trabajador estímulos adicionales a su antigüedad, así como difundir las limitantes y responsabilidades de las instancias que intervienen en el pago de estímulos.

Normatividad

Este estímulo se concederá de acuerdo a la antigüedad del trabajador conforme a la siguiente tabla:

ANTIGÜEDAD	DIAS DE SUELDO
5 años	10
de 5 a 10 años	15
de 10 a 15 años	20
de 15 a 20 años	25
de más de 20 años	30

- El pago del estímulo se efectuará, de acuerdo a los años de servicio efectivo de los trabajadores en el Instituto.
- El estímulo que corresponda al trabajador será pagado el día 1° de octubre de ese año en curso, junto con su diploma.
- Será responsabilidad de los jefes de Recursos Humanos y/o los Subdelegados de Administración darle trámite a este concepto.

Estímulo por Nota de Asistencia y/o Puntualidad

Objetivo.- Definir las responsabilidades de las diferentes instancias que participan en el otorgamiento y pago de las notas buenas por asistencia y puntualidad.

Normatividad

- Se pagará el estímulo mensual por asistencia al trabajador que asista a sus labores todos los días hábiles del mes que se califique, excepto los siguientes:
 - Licencia por matrimonio
 - Onomástico o cumpleaños
 - Licencia por fallecimiento de un familiar de primer grado
 - Períodos vacacionales
 - Licencia médica o cuidados maternos por más de tres días
 - Permisos con goce de sueldo, hasta un máximo de tres días.
- Se pagará el estímulo mensual por puntualidad al trabajador que no tenga ningún retardo en el mes laborado.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

573

- El trabajador podrá ser acreedor al estímulo de asistencia y/o puntualidad cuando tenga tipo de horario regular conforme al capítulo XI inciso 12 de los lineamientos de operación de la forma RH-5M modificada.
- El trabajador podrá ser acreedor a la nota buena por asistencia cuando cumpla los requisitos siguientes:
 - Que esté sujeto al control de asistencia y sea reportado a través de la forma RH-5M.
 - Que durante el mes que se califica no hubiese generado ninguna falta, ya sea justificada o injustificada.

Para este efecto no se tomaran como falta los días considerados dentro del período vacacional y los días de descanso obligatorio a que se refiere el artículo 47 de las Condiciones Generales de Trabajo.
- El estímulo por puntualidad y asistencia implicará un pago adicional mensual de acuerdo a lo siguiente:
 - Para quien tenga más de seis meses y hasta tres años de antigüedad efectiva en el Instituto, el pago corresponderá a 1.33 días de salario.
 - Para quien tenga más de tres a quince años de antigüedad efectiva en el Instituto 1.50 días de salario.
 - Para quienes tengan más de quince años de antigüedad efectiva en el Instituto, el pago corresponderá a 1.66 días de salario.
- El pago de los estímulos se efectuará conforme a los conceptos antes señalados, tomando como base el concepto sueldo mensual y turno opcional, en el caso que lo tenga asignado.
- La Subdirección de Recursos Humanos emitirá pago automatizado por estímulos de asistencia y puntualidad, con base en la información recibida de las unidades administrativas, a través del Instituto, a través del reporte único quincenal de asistencia y puntualidad R.H-5 M.
- Las Subdirecciones de Administración de las unidades médicas y Subdelegaciones de Administración, se responsabilizan de alimentar el sistema de incidencias a través de la red de teleproceso, así como de proporcionar las aclaraciones respectivas a los trabajadores que presenten inconformidades debiendo analizar las mismas para rectificación o ratificación.
- Los estímulos de asistencia y puntualidad serán acumulables para efecto de pago del estímulo por mérito relevante.
- El pago de los estímulos de asistencia y puntualidad, estará condicionado a que el programa R.H-5 Modificada cuente con el reporte de incidencias de las dos quincenas del mes que se paga.
- Las notas de puntualidad y asistencia serán calificadas por la Subdirección de Recursos Humanos, con base en los controles de asistencia y serán retribuidas al trabajador dentro de los treinta días.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

574

ESTÍMULO DE NOTA POR DESEMPEÑO

Objetivo.- Definir las instancias responsables de autorización y pago de notas buenas por desempeño.

Definir las limitantes para el otorgamiento de la nota buena por desempeño.

Normatividad

- Se otorga a los trabajadores estímulo por desempeño cuando el trabajador haya demostrado esmero y eficiencia en sus labores y mantenga un esfuerzo constante y cortesía en el trato, además de haber sido acreedor de las notas de asistencia y puntualidad.
- La nota de desempeño será evaluada por los Jefes de Departamento, Directores de Unidades Médicas dentro de los primeros cinco días posteriores al fin de cada mes.
- El estímulo por desempeño implicará un pago adicional por parte del Instituto de dos días de salario, tomando como base el sueldo mensual, incluyendo el turno opcional, compensación por riesgos profesionales, compensación por antigüedad y quinquenios, en caso de que el trabajador los tenga asignados.
- El reporte para el no-otorgamiento del estímulo por desempeño, se efectuará en los cinco primeros días siguientes del mes que se califica.
- Las Subdirecciones Administrativas y Subdelegaciones de Administración, se responsabilizarán ante la Subdirección de Recursos Humanos de transmitir la información del personal que en su ámbito de competencia, que se haya hecho acreedor al estímulo por desempeño, a través de la red de teleproceso, a más tardar dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que se reciba o se capte la información correspondiente al mes que se califica.
- La Subdirección de Recursos Humanos, efectuará el pago del estímulo a los treinta días siguientes a la fecha en que se reciba o se capte en el sistema la información correspondiente al mes que se califica.
- El pago del estímulo por desempeño, estará condicionado a que el programa de R.H-5 Modificada, cuente con el reporte de incidencias de las dos quincenas del mes que se califica.
- El estímulo por desempeño será acumulable para efectos del estímulo de mérito relevante.

ESTÍMULO DE NOTA POR MÉRITO RELEVANTE

Objetivo.- Definir las responsabilidades de las diferentes instancias que participan en el otorgamiento y pago de notas de mérito relevante.

Establecer el mecanismo mediante el cual las Unidades Administrativas, solicitarán a la Subdirección de Recursos Humanos, los pagos omitidos que procedan por este concepto.

Normatividad

- El Instituto otorgará a sus trabajadores una nota de mérito relevante por mes, cuando el trabajador acumule en el mes que se califica las notas buenas por asistencia, puntualidad y desempeño.
- La nota de mérito relevante se otorgará mensualmente, mediante pago automático trimestral.
- La nota de mérito relevante implicará un pago adicional al trabajador por parte del Instituto, de dos días y medio de salario, tomando como base el sueldo mensual del trabajador incluyendo turno opcional en el caso de que este lo tenga asignado, compensación por antigüedad en caso de disfrutarla, riesgos profesionales si los tiene asignados y quinquenios.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

575

- El pago de la nota de mérito relevante se efectuará automáticamente a través del Sistema de Cómputo, con base a la información reportada por las Coordinaciones Administrativas y Subdelegaciones de Administración, a través del reporte R.H.-5M.
- La nota de mérito relevante se otorgará mensualmente, mediante pago automático trimestralmente.

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO: PREMIOS, ESTÍMULOS Y RECOMPENSAS

Objetivo.- Dar cumplimiento al marco normativo y a la metodología que establece la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con base en la Ley de Premios, Estímulos y Recompensas Civiles.

- Son sujetos del programa anual de premios, estímulos y recompensas el personal de base y de confianza.

Normatividad

- La participación del personal de base y de confianza será en función a las acciones, establecidas en el Art. 92 de la ley de premios, estímulos y recompensas.
- Por cada candidato se deberá requisitar la cédula de evaluación de desempeño, único elemento de evaluación. Se otorgarán estímulos y reconocimientos únicamente a los servidores que hayan obtenido evaluaciones con calificación de "muy bueno".
- El evaluador será el Jefe inmediato del trabajador, quien calificará los factores que incluye la cédula y la firmará, debiendo ser justo e imparcial y describir brevemente algunas aportaciones que el trabajador ha realizado para mejorar sus procesos de trabajo, además la cédula deberá ser firmada invariablemente por el jefe del evaluador.
- En el supuesto que se presenten servidores públicos con igual calificación, el primer criterio de desempate será el considerar el puntaje anual obtenido en la evaluación del "empleado del mes" y el segundo será la puntualidad, asistencia, licencias y permisos.
- El período a evaluar corresponde al segundo semestre del año anterior y al primer semestre del año que se evalúa.
- De acuerdo a la norma que emite anualmente la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Subdirección de Recursos Humanos notificará a cada unidad administrativa el número de estímulos que le corresponda, así como el número de recompensas a fin de que el Comité Evaluador determine de acuerdo a los numerales que anteceden, los acreedores a estímulos de diez días de vacaciones adicionales y los acreedores a recompensa económica, mismos que deberán ser asentados en acta administrativa y enviados a la Comisión Evaluadora para su autorización.
 - De entre los ganadores de estímulos, el Comité Evaluador seleccionará los acreedores a recompensa.
 - Los trabajos por escrito presentados por el personal participante serán enviados anexos al acta administrativa a fin de que sean revisados por el Jurado Calificador y dictamine los procedentes.
- La Comisión Evaluadora notificará a las unidades administrativas los ganadores a fin de que éstas notifiquen a los trabajadores mediante una constancia por escrito a aquellos que hayan obtenido el estímulo.



1. REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIAS DE MÉDICOS, PARAMÉDICOS Y PERSONAL ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

576

- Los ganadores de recompensas recibirán de la Comisión Evaluadora un diploma, así como un cheque correspondiente a la acreditación de la recompensa.
- De entre los ganadores de las recompensas se podrá seleccionar al postulante al "Premio Nacional de Administración Pública", conforme a la convocatoria y metodología emitida por la SHCP.

PERMANENCIA DE PERSONAL

Este concepto se calificará de acuerdo a las actividades básicas que desarrollan los médicos durante el horario de labores, que tienen asignado en la Unidad Médica de Adscripción y que se refieren a:

- Técnicas (quirúrgicas u otros procedimientos de acuerdo a su especialidad)
- Asistenciales (consulta externa)
- Enseñanza e investigación (docencia en servicio)
- Administrativas (dictámenes médicos, interconsultas entre otros)

El Director o el personal en el que se delegue esta función de evaluación, lo deberá realizar en base a la oportunidad, calidad, calidez y a los indicadores establecidos para cada concepto de los servicios médicos que se otorgan.



2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

577

2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS



2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

578

1. OBJETIVO

SUPERVISAR Y CONTROLAR QUE EL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO CUMPLAN CON LOS HORARIOS DE TRABAJO ESTABLECIDOS Y PERMANEZCAN EN SUS PUESTOS DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO PARA QUE ESTÉN PRESENTES CUANDO SE LES REQUIERA.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE Y EL SNTISSSTE, EN LOS CASOS QUE LE COMPETA, NOMBRARÁN, CADA UNO, UN REPRESENTANTE PARA INTEGRAR GRUPOS DE SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO. LA CUAL PODRÁ REALIZARSE FÍSICAMENTE O MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS REGISTROS QUE GENEREN LOS SISTEMAS MANUAL O ELECTRÓNICO QUE SE ESTABLEZCA.
2. LA SUPERVISIÓN SE DEBERÁ EFECTUAR POR LO MENOS CUATRO VECES AL MES SIN PREVIO AVISO.
3. EL GRUPO DE SUPERVISIÓN, SOLICITARÁ AL ÁREA DE RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD MÉDICA, LAS LISTAS DE ASISTENCIA DE POR LO MENOS 3 SERVICIOS Y VERIFICARÁ FÍSICAMENTE LA PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO EN EL CENTRO DE TRABAJO, PARA SU ANÁLISIS.
4. AL TÉRMINO DE LA VISITA DE SUPERVISIÓN, EL GRUPO DE TRABAJO, DEBERÁ LEVANTAR UNA ACTA DE HECHOS CON LAS INCIDENCIAS OBSERVADAS, MARCANDO COPIA AL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA, AL SUBDELEGADO MÉDICO CORRESPONDIENTE Y A LA CONTRALORÍA INTERNA EN EL INSTITUTO. ES CONVENIENTE DESTACAR QUE LAS ACTAS DE HECHOS QUE SE LEVANTEN DEBERÁN CONTENER, TANTO LAS INCIDENCIAS NEGATIVAS COMO LAS POSITIVAS CON LA FINALIDAD DE OTORGAR LOS INCENTIVOS CORRESPONDIENTES AL PERSONAL QUE SE HAGA ACREEDOR.



2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

579

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	GRUPOS DE SUPERVISIÓN INTEGRADO POR PERSONAL DE LA: SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA SUBDELEGACIÓN MÉDICA REPRESENTANTES SINDICALES	Acude a la Unidad Médica a realizar visita de supervisión y permanencia de Médicos y Paramédicos y solicita al área de Recursos Humanos listas de por lo menos 3 servicios médicos de la Unidad Médica.
2	ÁREA DE RECURSOS HUMANOS (UNIDAD MÉDICA)	Recibe solicitud y entrega lista de asistencia solicitadas por el grupo de supervisión.
3	GRUPOS DE SUPERVISIÓN	Recibe listas y acude a los Servicios Médicos y verifica físicamente la permanencia del personal médico y paramédico de acuerdo a su horario de labores.
4		Realiza supervisión física de Asistencia y Permanencia del Personal Médico, Paramédico y levanta acta de hechos encontrados.
5		Obtiene firma del Director y/o Subdirector Administrativo o Médico en el acta de Hechos.
6		Entrega acta de Hechos de Asistencia y Permanencia de Médicos y Paramédicos en la Unidad Médica a las siguientes instancias: <ul style="list-style-type: none"> - Subdirección General Médica. - Subdelegación Médica. - Contraloría Gral. en el Instituto. - Sindicato. Archiva copia para control
7	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Recibe acta de Hechos de Asistencia y Permanencia de Médicos y Paramédicos en la(s) Unidad(es) Médica(s).
8		Prepara informe mensual de Asistencia y Permanencia de Personal Médico y Paramédico en las Unidades Médicas del Instituto, toma decisiones y lo entrega a la Junta Directiva
		Termina el Procedimiento



2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

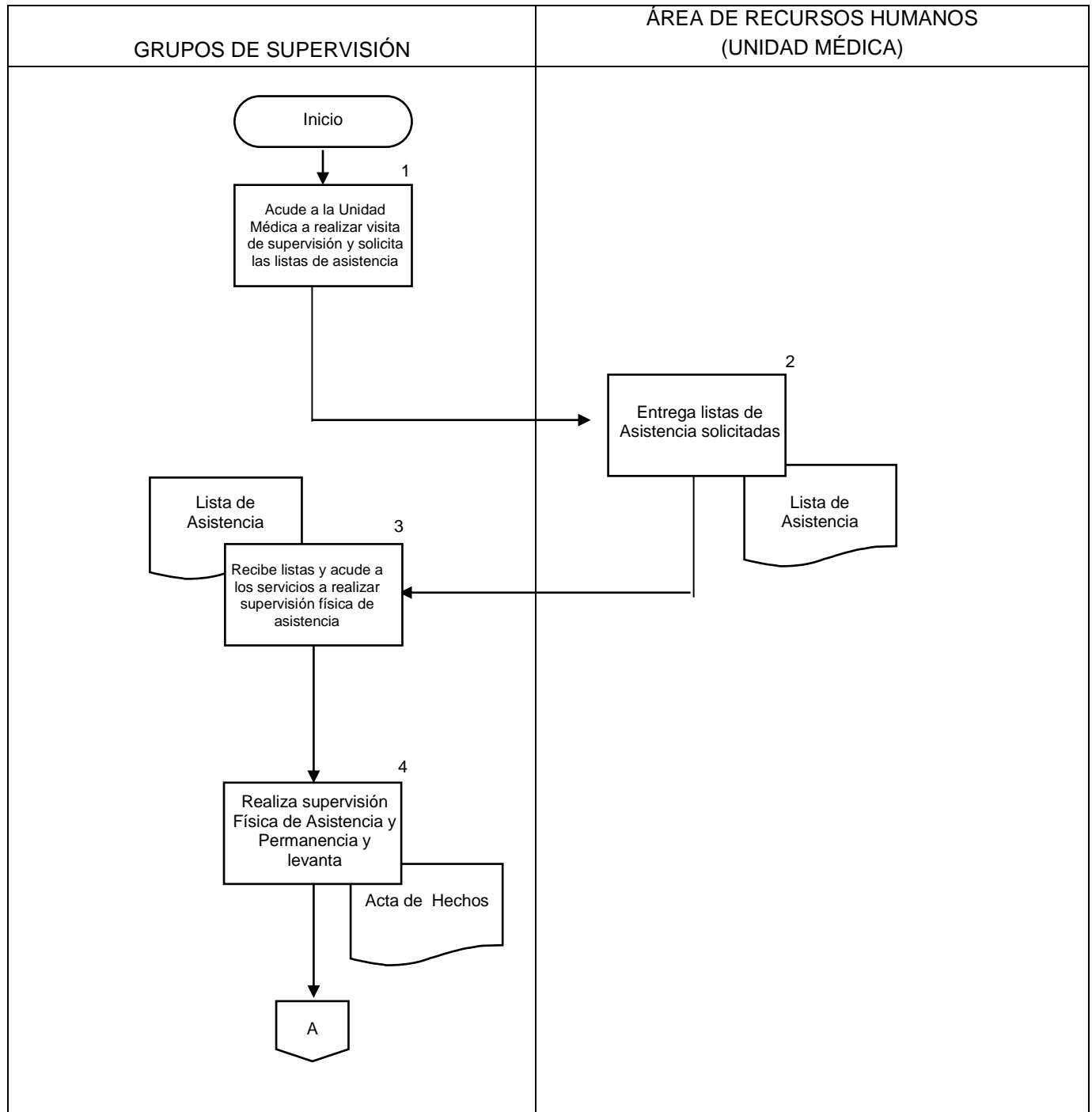
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

580

4. DIAGRAMA DE FLUJO





2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

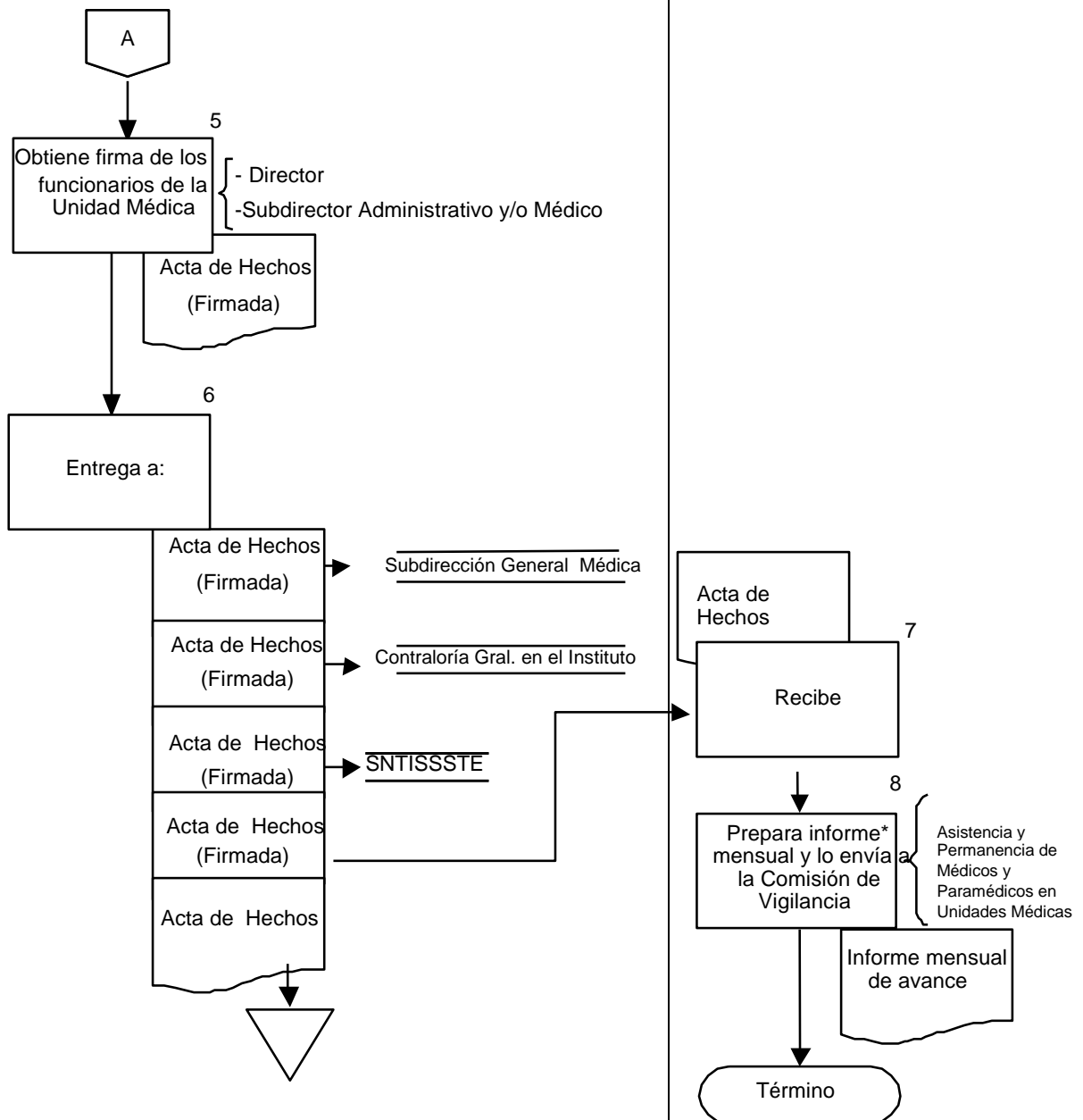
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

581

GRUPOS DE SUPERVISIÓN

SUBDELEGACIÓN MÉDICA





2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

582

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
Actas de Hechos de Asistencia y Permanencia del Grupo de Supervisión (Área de Recursos Humanos)					
Actas de Hechos de Asistencia y Permanencia del Grupo de Supervisión (Subdelegación Médica)					

6. REFERENCIAS

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

8. ANEXOS

a. Anexo I. Acta de Hechos.*

**Solicitar formato e instructivo al Área Normativa correspondiente.*

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------



2. SUPERVISIÓN DE LA ASISTENCIA Y PERMANENCIA DEL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO Y ADMINISTRATIVO DE LAS UNIDADES MÉDICAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

583

8. ANEXOS



**3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS
FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE
DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

584

**3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS
PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**



3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

585

1. OBJETIVO

CONTAR CON RECURSOS FINANCIEROS SUFICIENTES QUE PERMITAN EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE DIÁLISIS PERITONEAL, PARA CUBRIR LOS REQUERIMIENTOS DE LOS PACIENTES NEFRÓPATAS DEL INSTITUTO.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, CON BASE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL, PROYECTARÁ LOS REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES ANUALES, POR PARTIDA PRESUPUESTAL Y LO REMITIRÁ A LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA SU INCLUSIÓN AL PROGRAMA OPERATIVO ANUAL (P.O.A).
2. LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA DEBERÁ INTEGRAR LAS CIFRAS DE LAS CANTIDADES DE BOLSAS PARA DIÁLISIS PERITONEAL DE ACUERDO AL TECHO PRESUPUESTAL AUTORIZADO EN LA PARTIDA 2504008 DEL P. O. A.
3. LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, TENDRÁ QUE LLEVAR A CABO LA SOLICITUD DE LOS RECURSOS ANTE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS INTEGRADOS EN LA PARTIDA 2504008.
4. LA SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, DEBERÁ ANEXAR LAS CIFRAS DE LOS REQUERIMIENTOS DE BOLSAS PARA DIÁLISIS PERITONEAL A LA "SOLICITUD DE REAPROVISIONAMIENTO DE BIENES DE CONSUMO" Y LA REMITIRÁ A LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, PARA QUE A SU VEZ, ÉSTA LA ENVÍE A LA SUBDIRECCIÓN DE ABASTO E INSUMOS MÉDICOS Y SE EFECTÚE EL PROCESO DE LICITACIÓN.
5. LA SUBDIRECCIÓN DE ABASTO E INSUMOS MÉDICOS, TENDRÁ QUE COMUNICAR EN TIEMPO Y FORMA A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, EL RESULTADO DE LAS LICITACIONES EFECTUADAS PARA LA ADQUISICIÓN DE BOLSAS CON SOLUCIÓN.
6. LA SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA, DEBERÁ INFORMAR A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOBRE EL RESULTADO DE LA LICITACIÓN, PARA QUE ÉSTA INFORME A LAS DELEGACIONES Y UNIDADES HOSPITALARIAS SOBRE EL PROVEEDOR AUTORIZADO.



3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	586

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Solicita por oficio a la Subdirección de Administración de Servicios de Salud incorpore al Programa Operativo Anual (P.O.A.), los requerimientos financieros para el Programa de Diálisis Peritoneal.
2	SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Recibe requerimientos del programa de Diálisis Peritoneal y solicita por oficio a la Subdirección General de Finanzas la autorización de recursos financieros, enviándole el (P.O.A.).
3	SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS	Recibe (P.O.A.) y autoriza techo presupuestal de la partida 2504008.
4		Informa mediante oficio a las Subdirecciones Generales Médica y de Abastecimientos el presupuesto autorizado al programa de Diálisis Peritoneal.
5	SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Recibe presupuesto autorizado lo registra en sus controles, informa y lo envía a la Subdirección de Infraestructura.
6	SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Recibe presupuesto autorizado, actualiza anteproyecto y requisita: - Solicitud de Reaprovisionamiento de Bienes de Consumo (ABAST) y turna a la Subdirección de Administración de Servicios de Salud.
7	SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Recibe "Solicitud de Reaprovisionamiento de Bienes de Consumo" (ABAST) y lo envía a la Subdirección Abasto e Insumos Médicos para su licitación y adquisición.
8	SUBDIRECCIÓN DE ABASTO E INSUMOS MÉDICOS	Recibe "Solicitud de Reaprovisionamiento de Bienes de Consumo" (ABAST) y celebra Licitación Pública. Informando a la Subdirección General Médica, por escrito, de los proveedores ganadores y anexa bases de licitación.
9	SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA	Recibe oficio de proveedores autorizados y bases de licitación y le informa por relación a la Subdirección de Regulación de Servicios de Salud.



3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
10	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Recibe relación de proveedores autorizados y envía a las Subdelegaciones Médicas, Regionales y Estatales.
11	SUBDELEGACIÓN MÉDICA REGIONAL Y ESTATAL Y/O HOSPITALES REGIONALES, GENERALES.	Recibe relación de proveedores autorizados e informa a las unidades médicas de su adscripción.
		Termina el Procedimiento



3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

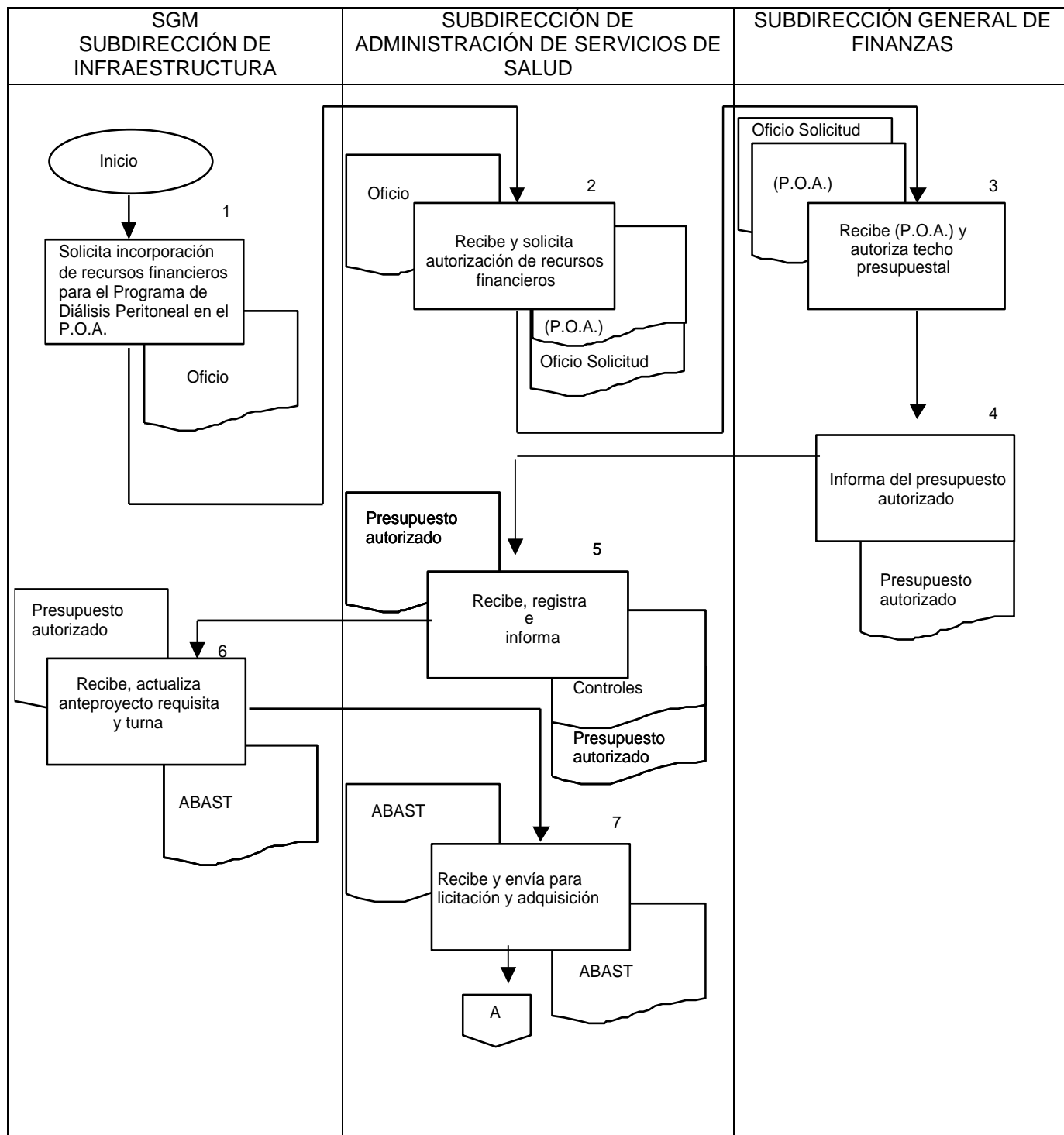
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

588

4. DIAGRAMA DE FLUJO





3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

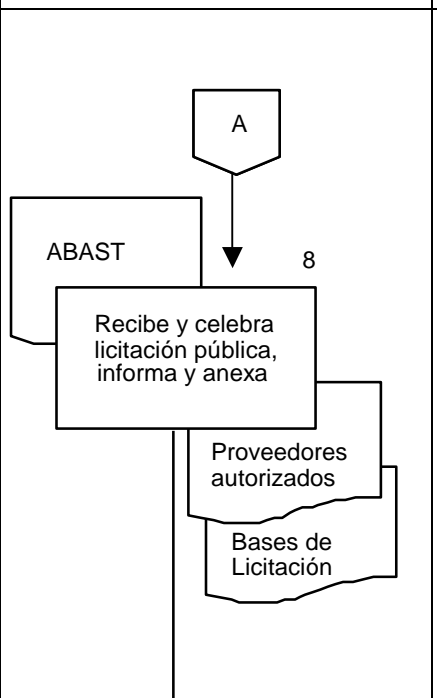
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

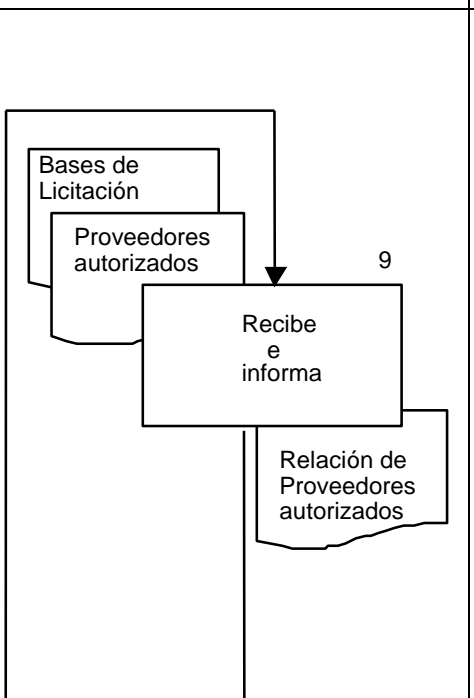
No. de Página

589

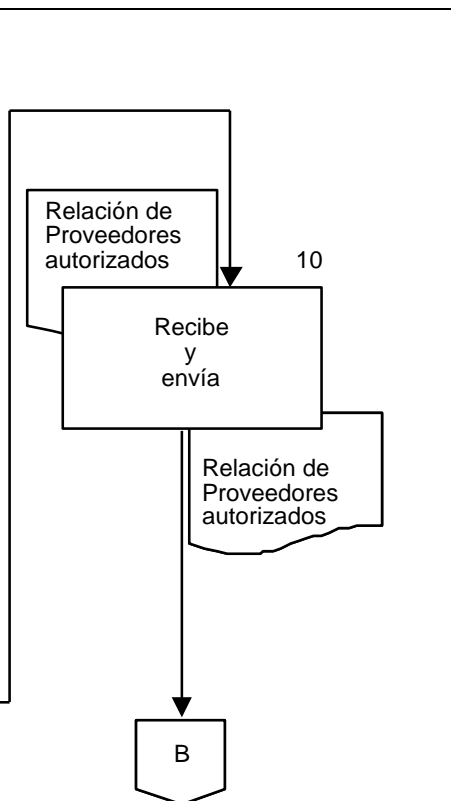
SUBDIRECCIÓN DE ABASTO E INSUMOS MÉDICOS



SUBDIRECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA



SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD





**3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS
FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE
DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

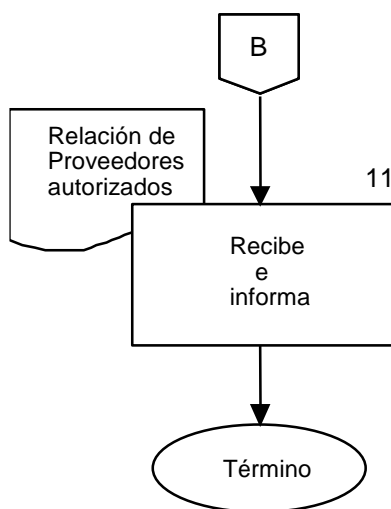
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

590

**SUBDELEGACIONES MÉDICAS
HOSPITALES REGIONALES O GENERALES**





3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

591

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

8. ANEXOS

- a. Anexo I. Formato ABAST "Solicitud de Reaprovisionamiento de Bienes de Consumo".*

* Solicitar formato e instructivo al Área Normativa correspondiente.

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------



**3. AUTORIZACIÓN DE RECURSOS
FINANCIEROS PARA EL PROGRAMA DE
DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

592

8. ANEXOS



4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

593

**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA
EL PROGRAMA DE “DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

594

1. OBJETIVO

EFFECTUAR EL ABASTO OPORTUNO DEL SUMINISTRO DE BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL, A LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO, A FIN DE CUBRIR EN FORMA, TIEMPO Y CANTIDAD LA DEMANDA DE LOS PACIENTES NEFRÓPATAS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL INTRAHOSPITALARIO (DPI).

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, ES LA ÚNICA ÁREA RESPONSABLE DE TRAMITAR ANTE EL PROVEEDOR LAS SOLICITUDES DE BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL QUE REQUIERAN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO.
2. EL REQUERIMIENTO REAL MENSUAL DEBERÁ DETERMINARSE TOMANDO COMO BASE;
 - a) EL NÚMERO DE PACIENTES ADULTOS Y PEDIÁTRICOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL INTRAHOSPITALARIO.
 - b) LA INCIDENCIA DE URGENCIAS.
 - c) LAS VARIACIONES EN LA PRESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES.
 - d) LAS EXISTENCIAS EN ALMACÉN.
 - e) LAS BOLSAS RECUPERADAS DEL PROGRAMA DPCA.
 - f) AL INDICADOR ESTABLECIDO POR LA COMISIÓN TÉCNICA DE NEFROLOGÍA, QUE PARA EL PROGRAMA DPIH ES DE 96 BOLSAS POR PACIENTE POR MES.
3. LAS UNIDADES MÉDICAS, DEBERÁN HACER LAS SOLICITUDES DE BOLSAS PARA DIÁLISIS MEDIANTE EL FORMATO “REQUERIMIENTO DE BOLSAS CON SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL” SGM-RPDI, A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, EL CUAL DEBERÁ SER REQUISITADO EN SU TOTALIDAD. CUALQUIER OMISIÓN OBLIGARÍA A LA DEVOLUCIÓN DEL MISMO PARA SU CORRECTO REQUISITADO.
4. EL PERIODO DE SOLICITUD DE BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS PERITONEAL, SE HARÁ EXCLUSIVAMENTE LA TERCER SEMANA DE CADA MES PARA CUBRIR LOS REQUERIMIENTOS DEL MES SIGUIENTE, CON LA ACLARACIÓN DE QUE NO SE ATENDERÁ NINGUNA SOLICITUD FUERA DE ESTE PERIODO NI SOLICITUDES EXTRAORDINARIAS O URGENTES



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

595

5. LAS UNIDADES MÉDICAS DIRIGIRÁN SUS SOLICITUDES, EN PRIMERA INSTANCIA, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA QUE LES CORRESPONDA, EN LOS DOS PRIMEROS DÍAS DE LA TERCER SEMANA DE CADA MES Y LA SUBDELEGACIÓN A SU VEZ, LAS ENVIARÁ DENTRO DE LOS TRES DÍAS RESTANTES DE LA MISMA SEMANA. A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD.
6. EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”, HOSPITALES REGIONALES, DEBERÁ ENVIAR SUS SOLICITUDES DIRECTAMENTE A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD EN LOS DOS PRIMEROS DÍAS DE LA TERCER SEMANA DE CADA MES.
7. LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, CON BASE EN LAS SOLICITUDES RECIBIDAS, INTEGRARÁ LA GUÍA DE DISTRIBUCIÓN INTRAHOSPITALARIA, FORMATO SGM-GDI EN LA TERCER SEMANA DE CADA MES Y REMITIRLA AL PROVEEDOR PARA SU SURTIMIENTO EL PRIMER DÍA DE LA CUARTA SEMANA DEL MISMO MES.
8. EL PROVEEDOR ESTÁ OBLIGADO A SURTIR LOS INSUMOS QUE SE INDICAN EN LA GUÍA DE DISTRIBUCIÓN INTRAHOSPITALARIA EN LOS PRIMEROS 15 DÍAS POSTERIORES A LA RECEPCIÓN DE LA GUÍA.
9. EL PROVEEDOR SE COMPROMETE A DISTRIBUIR GRATUITAMENTE EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO LAS BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS.
10. EL PROVEEDOR ESTÁ OBLIGADO A HACER LAS ENTREGAS DE LAS BOLSAS ACOMPAÑADAS DE ORIGINAL Y COPIA DE LA REMISIÓN EN LA QUE SE CONSIGNARÁN EL SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ALMACÉN O FARMACIA DE LA UNIDAD MÉDICA.
11. EL DIRECTOR O RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE LAS UNIDADES MÉDICAS FIRMARÁ Y SELLARÁ, DE VO. BO. LA REMISIÓN Y LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE.
12. EN CASO DE QUE LA CANTIDAD DE INSUMOS SURTIDOS NO SEA IGUAL A LO ESTIPULADO EN LA REMISIÓN, EL PROVEEDOR HARÁ ENTREGA DEL PRODUCTO Y SE LE DEVOLVERÁ LA REMISIÓN PARA SU CORRECCIÓN, SITUACIÓN QUE DEBERÁ CORREGIRSE EN UN PLAZO NO MAYOR A 72 HRS. EN CASO DE NO SER ASÍ, LA DIRECCIÓN O RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, DEBERÁ REPORTARLO POR ESCRITO A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, A TRAVÉS DE SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD.
13. EL DIRECTOR O RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE LAS UNIDADES MÉDICAS, DEBERÁN ENVIAR MEDIANTE OFICIO, VÍA FAX 01 (55) 56 06 86 05 A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, COPIA DE LA REMISIÓN DE ENTREGA DE INSUMOS DEBIDAMENTE FIRMADA Y SELLADA, EL MISMO DÍA DE SU RECEPCIÓN.



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

596

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	UNIDADES MÉDICAS (SERVICIO DE NEFROLOGÍA)	<p>Inicia el Procedimiento</p> <p>Determina la cantidad mensual de bolsas para diálisis peritoneal considerando:</p> <ul style="list-style-type: none">• Número de pacientes adultos y pediátricos del programa DPI de la unidad médica.• Indicador establecido para el programa DPI 96 bolsas por paciente por mes• Margen para pacientes de urgencias
2		<p>Requisita los datos generales y la sección 1 del Formato “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal” SGM-RPDI (Anexo I).</p>
3		<p>Firma de autorizado el Director o del responsable del Programa de la unidad médica el formato “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”.</p>
4		<p>Turna el formato “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal” parcialmente requisitado a la Subdirección Administrativa de la Unidad Médica.</p>
5	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (CLÍNICA HOSPITAL, HOSPITALES REGIONALES Y HOSPITALES GENERALES)	<p>Recibe formato “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal” y complementa la información de las secciones 2 y 3 considerando los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Existencias en almacén- Bolsas recuperadas del programa DPCA
6		<p>Firma de Visto Bueno el Subdirector Administrativo el formato “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”.</p>
7		<p>Envía el formato “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal” conforme a lo siguiente:</p> <p>¿A qué Unidad Médica?</p>
7.1		<p>CLÍNICAS HOSPITAL:</p> <p>Envía a la Subdelegación Médica correspondiente por correo o mensajería.</p> <p>Continúa procedimiento en la actividad No. 8.</p>

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

597

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
7.2	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	HOSPITAL GENERAL Y HOSPITAL REGIONAL: Envía a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud de la Subdirección General Médica, al fax número 01 (55) 56 06 37 68 el formato “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”. Continúa en la actividad No. 13.
8		Recibe de las unidades médicas de su adscripción los formatos “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”.
9		Verifica que las operaciones aritméticas estén correctas y que las firmas correspondan al personal facultado. ¿Los formatos están correctos?
9.1		NO, Informa a la Unidad Médica correspondiente los errores cometidos y solicita le envíen nuevamente el formato corregido. Regresa a la actividad No. 1.
9.2		SÍ, Elabora Oficio de Solicitud donde describe por cada Unidad Médica la cantidad real total a solicitar.
10	SUBDELEGADO MÉDICO	Firma el Oficio de Solicitud.
11		Envía a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud de la Subdirección General Médica, al fax número 01 (55) 56 06 37 68 el Oficio Solicitud con los formatos “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”.
12		Guarda en expediente temporal el oficio de solicitud de insumos y los formatos “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”.
13	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA	Recibe de los hospitales regionales, hospitales generales y de las delegaciones los formatos “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal” y en su caso los Oficios de Solicitud.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

598

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
14	PROVEEDOR.	Elabora “Guía de Distribución Intrahospitalaria” formato SGM-GDI (Anexo II) , en base a la información de los formatos “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”.
15		Recaba las firmas correspondientes en la “Guía de Distribución Intrahospitalaria”
16		Envía al proveedor correspondiente la “Guía de Distribución Intrahospitalaria” al fax número 00 00 00 00.
17		Recibe “Guía de Distribución Intrahospitalaria” acusa de recibido mediante nombre y firma y devuelve vía fax a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.
18	ALMACÉN O FARMACIA DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO	Entrega las bolsas para diálisis peritoneal en el almacén de las unidades médicas conforme a la “Guía de Distribución Intrahospitalaria”.
19		Recibe y cuenta las Bolsas para Diálisis Peritoneal que le esta entregando el proveedor conforme a la correspondiente Remisión.
		¿Son iguales?
19.1		NO, Acepta la cantidad de bolsas entregadas y devuelve al proveedor la Remisión para su corrección. Regresa a la actividad No. 17.
19.2		SÍ, Firma y sella de recibido la Remisión (Original y Copia) y entrega el original al proveedor.
20	PROVEEDOR.	Recibe original de la Remisión (sellada y firmada) y recaba firmas de Vo. Bo. del Subdirector Administrativo de la Unidad Médica. Continúa procedimiento de pago No 27.
21	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO.	Recibe original de la Remisión, firma de Vo. Bo. y obtiene fotocopia.
22		Envía por fax a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud al número 01 (55) 56 06 37 68 la Remisión debidamente sellada y firmada.
Termina el Procedimiento		

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

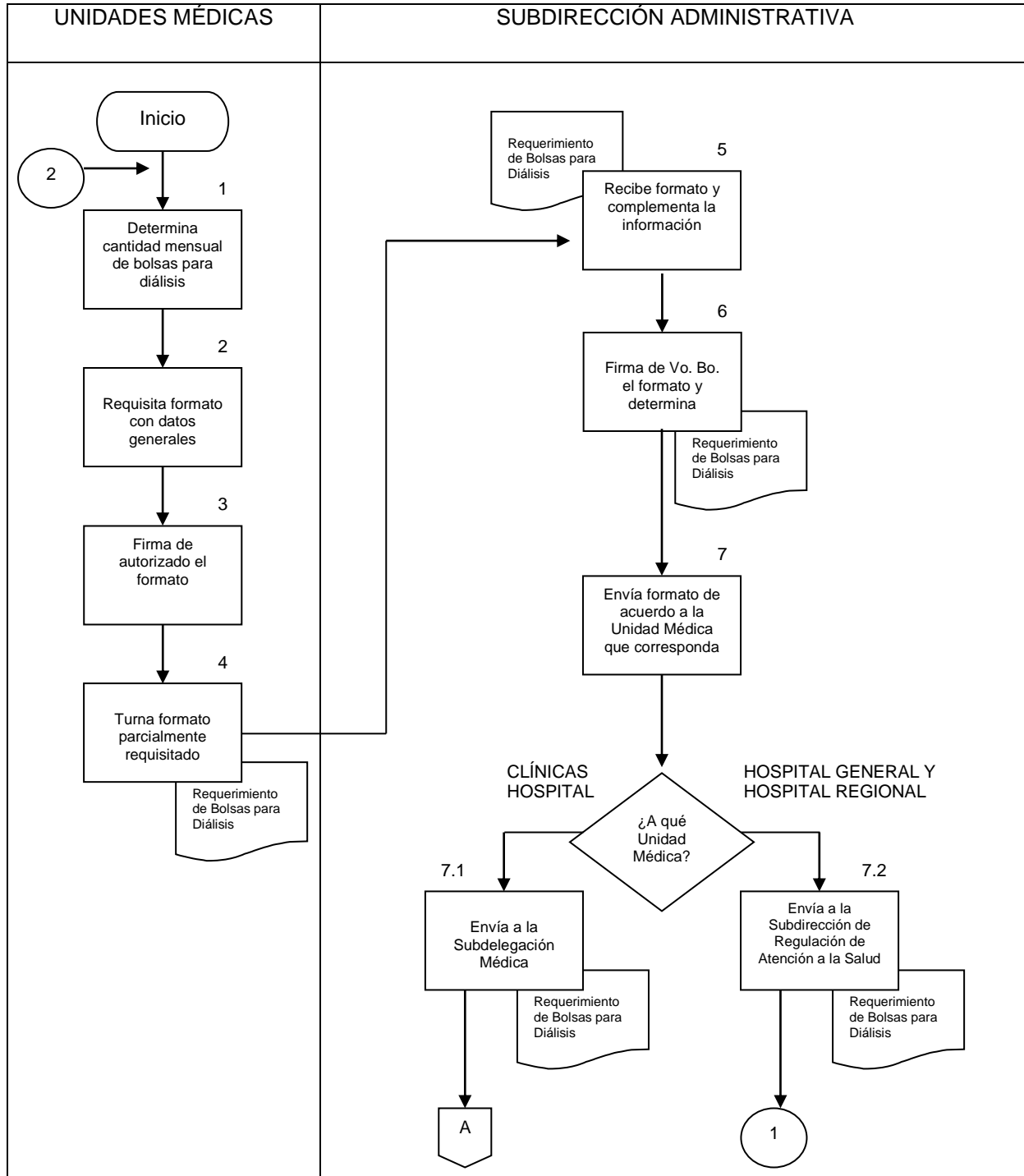
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

599

4. DIAGRAMA DE FLUJO





4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL PROGRAMA DE “DIÁLISIS PERITONEAL INTRAHOSPITALARIA” (DPI)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

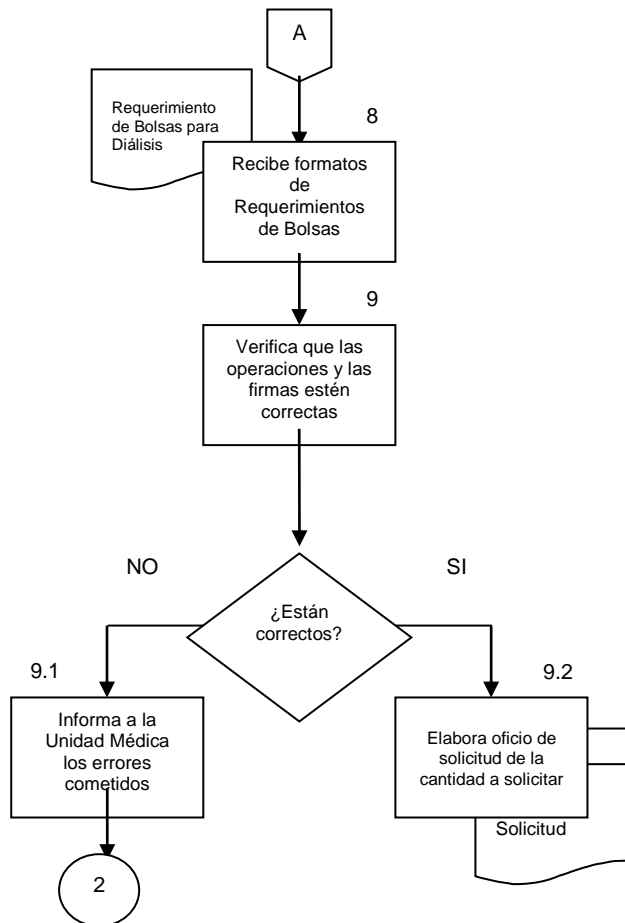
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

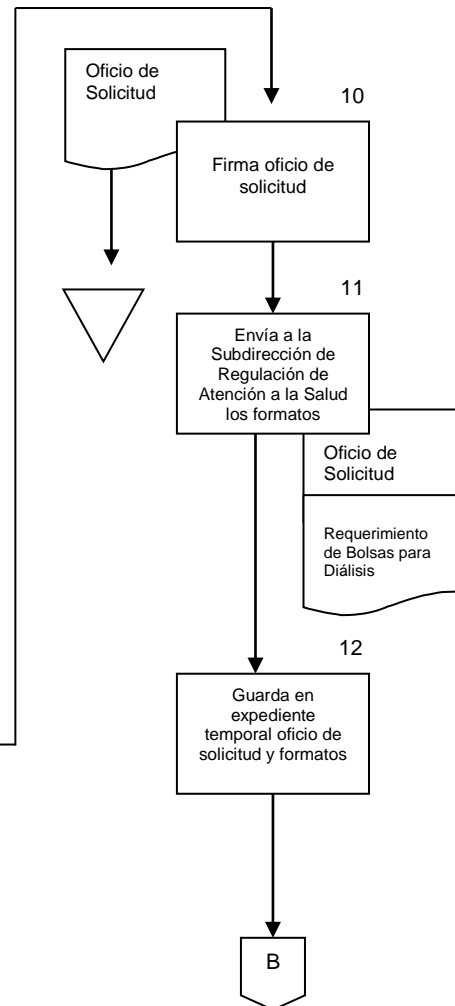
No. de Página

600

SUBDELEGACIÓN MÉDICA



SUBDELEGADO MÉDICO





**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

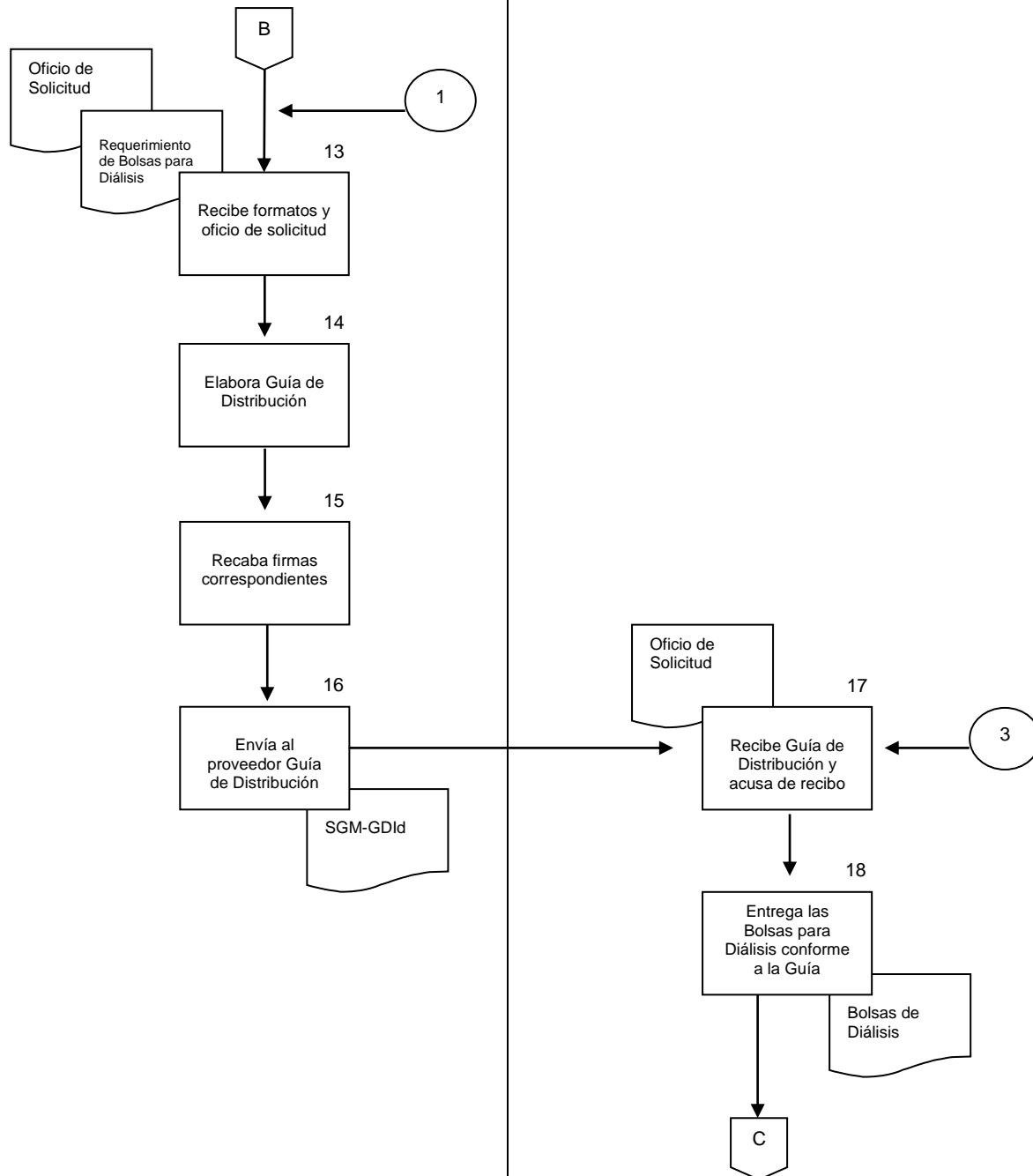
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

601

**SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE
ATENCIÓN A LA SALUD**

PROVEEDOR





**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

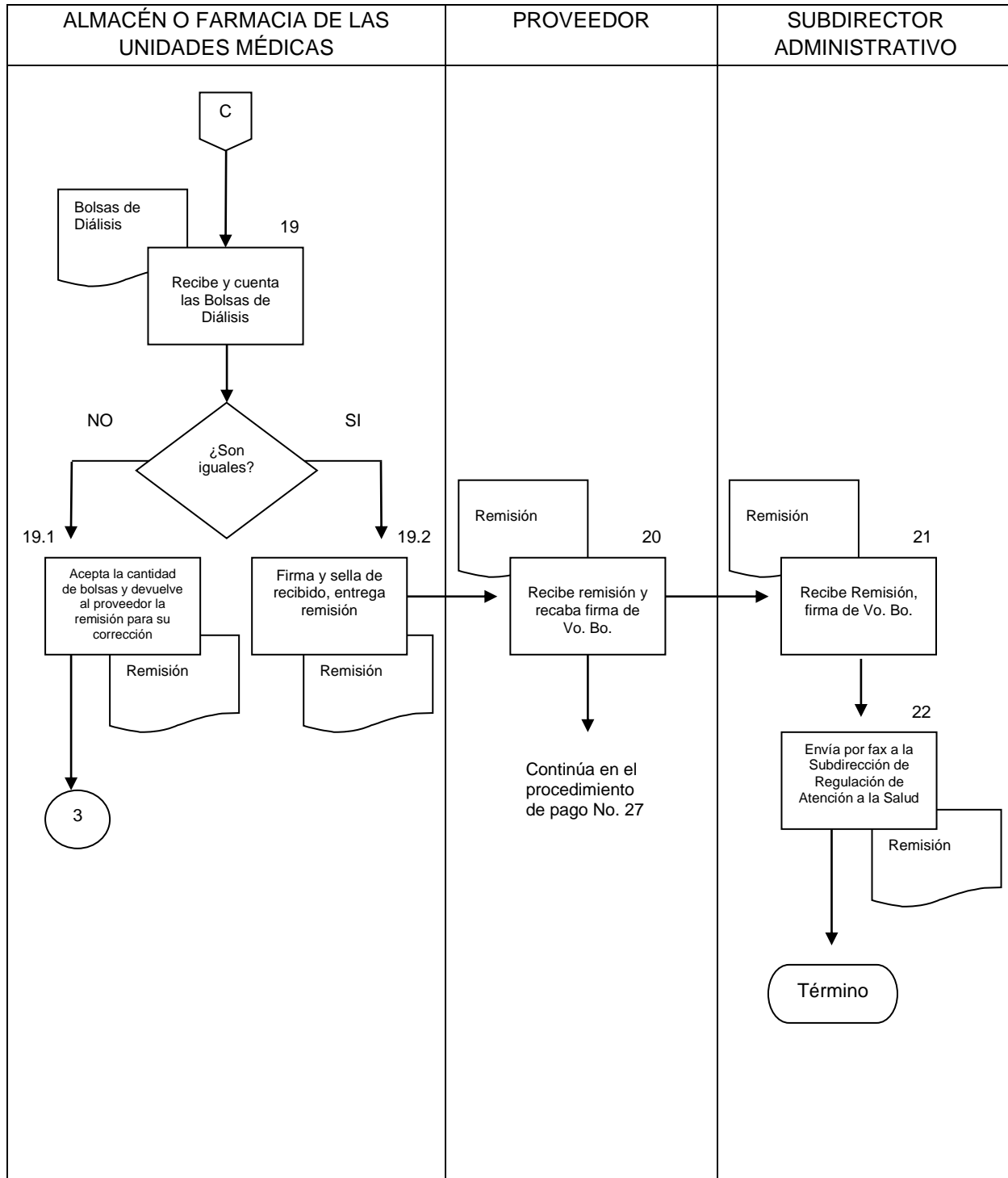
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

602





**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

603

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
Solicitudes de Bolsas para Diálisis Peritoneal (En unidades médicas)					
Solicitudes de Bolsas para Diálisis Peritoneal (En Delegaciones)					

6. REFERENCIAS

Guía de la Comisión Técnica de Nefrología

**7. TERMINOS Y
DEFINICIONES**

DPHI: Diálisis Peritoneal Intrahospitalaria
DPCA: Diálisis Peritoneal Continúa Ambulatoria

8. ANEXOS

Anexo I : Formato SGM-RPDI “Requerimiento de Bolsas para Diálisis Peritoneal”
Anexo II: Formato SGM-GDI “Guía de Distribución Intrahospitalaria”

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

604

8. ANEXOS



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

605

Anexo I

REQUERIMIENTO DE BOLSAS CON SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS

DELEGACIÓN _____ 1 _____

UNIDAD MÉDICA _____ 2 _____

NÚMERO DE PACIENTES _____ 3 _____ SOLICITUD CORRESPONDIENTE AL MES DE _____ 4 _____

INFORMACIÓN	CLAVES			
	2348	2349		
EXISTENCIAS DEL MES ANTERIOR	5			
EXISTENCIAS POR RECUPERACIÓN DEL PROGRAMA DPCA.*	6			
TOTAL DE EXISTENCIAS	7			
CONSUMO REAL	8			
REQUERIMIENTO REAL MENSUAL	9			

ELABORO:

NOMBRE _____ 10 _____ FIRMA _____

CARGO _____ TELÉFONO _____

FECHA DE ELABORACIÓN _____ 11 _____

Vo.Bo
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

12

* DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

NOTA: Este formato deberá elaborarse mensualmente y enviarse la tercera semana de cada mes, para que su surtimiento se realice en los 15 días posteriores a la semana de recepción.
Fax 606 37 68 Jefatura de Servicios de Insumos para la Salud.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

606

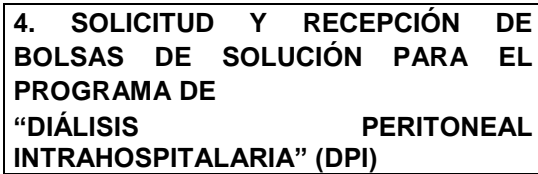
**Instructivo de formato: REQUERIMIENTOS DE BOLSAS CON SOLUCIÓN
PARA DIALISIS**

**Clave del formato:
SGM-RPDI**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	A la que pertenece la Unidad Médica.
2	UNIDAD MÉDICA	El Nombre completo de la unidad médica, de acuerdo al Catálogo de Unidades Responsables y Centros de Trabajo.
3	NÚM. DE PACIENTE	El total de pacientes sometidos a diálisis Intrahospitalaria.
4	SOLICITUD CORRESPONDIENTE AL MES	Mes para el cual se realiza la solicitud.
5	EXISTENCIAS	Bolsas sobrantes de cada clave del mes por concluir
6	EXISTENCIAS POR RECUPERACIÓN DEL PROGRAMA DE DPCA	Cantidad de bolsas recolectadas del domicilio del paciente del programa DPCA con entrega domiciliaria, que por algún motivo causaron baja.
7	TOTAL DE EXISTENCIAS	La suma de las Existencias, más Existencias por Recuperación.
8	CONSUMO REAL	La cantidad utilizada de cada clave durante el mes.
9	REQUERIMIENTO REAL MENSUAL	Prescripción médica del responsable del servicio de Medicina Interna o de Nefrología, considerando el número de pacientes del punto 3 de este instructivo.
10	NOMBRE, FIRMA, CARGO, TELÉFONO	Nombre completo de la persona que elabora el formato, su firma, su cargo y teléfono.
11	FECHA DE ELABORACIÓN	Día, mes y año de elaboración del formato.
12	Vo.Bo.	Firma de autorización del Subdirector Administrativo

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



SUBDELEGACIÓN MÉDICA

607

CENTRO DE TRABAJO	2341 DPIH	2348 DPIH	2349 DPIH	TOTALES
2		3		4
TOTALES		5		

Jefe de Servicios de Insumos
y Recursos para la Salud

TIPO B



**4. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL
INTRAHOSPITALARIA” (DPI)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

608

Instructivo de formato: GUÍA DE DISTRIBUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Clave del formato:

SGM-GDI

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	MES	Mes para el que se esta haciendo el requerimiento de bolsas para diálisis peritoneal
2	CENTRO DE TRABAJO	Nombre de la unidad médica u hospital que está requiriendo las bolsas para diálisis peritoneal
3	(CLAVE DE PRESCRIPCIÓN)	Cantidad de bolsas por cada unidad médica de acuerdo a la especificación de concentración y presentación de las bolsas de solución
4	TOTALES	Sumatoria de las cantidades requeridas por cada especificación y por cada unidad médica
5	TOTALES	Sumatoria de las cantidades requeridas por cada especificación
6	FECHA DE ELABORACIÓN	Fecha en la que se elabora el formato
7	ELABORÓ	Nombre y firma del Jefe de Oficina de Diálisis
8	REVISÓ	Nombre y firma del Jefe de Departamento de recursos para la Operación
9	AUTORIZÓ	Nombre y firma del Jefe de Servicios de Insumos y Recursos para la Salud

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

609

**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE BOLSAS DE SOLUCIÓN
PARA EL PROGRAMA DE “DIÁLISIS PERITONEAL
CONTINUA AMBULATORIA” (DPCA)**



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

610

1. OBJETIVO

EFFECTUAR LA ENTREGA A LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) CONFORME A LOS LINEAMIENTOS MÉDICOS ESTABLECIDOS Y SUMINISTRARLES, EN SUS DOMICILIOS EN FORMA Y TIEMPO LAS BOLSAS NECESARIAS CON SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS QUE SATISFAGAN SU DEMANDA.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA (DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA O DE MEDICINA INTERNA), Y EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE, SON LOS ÚNICOS FACULTADOS PARA DETERMINAR LA INCORPORACIÓN DE PACIENTES NEFRÓPATAS AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) CON ENTREGA DOMICILIARIA.
2. LA COMISIÓN TÉCNICA DE NEFROLOGÍA DEL INSTITUTO, ESTABLECE PARA EL PROGRAMA DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA) COMO INDICADOR DE SUMINISTRO, 120 BOLSAS DE SOLUCIÓN AL MES POR PACIENTE.
3. EL SERVICIO DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE DEBERÁ PROPORCIONAR CAPACITACIÓN AL PACIENTE Y A UN FAMILIAR SOBRE EL MÉTODO DE MANEJO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN DOMICILIO.
4. EL FORMATO SGM-RCPDA “RECETA CONSOLIDADA” REPRESENTARÁ ADMINISTRATIVAMENTE EL PEDIDO AL PROVEEDOR PARA LA ENTREGA DOMICILIARIA DE BOLSAS CON SOLUCIÓN Y SE INTEGRARÁ EXCLUSIVAMENTE CON LOS NOMBRES DE LOS PACIENTES QUE SEAN REPORTADOS A TRAVÉS DE LOS FORMATOS SGM-RPI “INGRESO DEL PACIENTE” Y SGM-MDPA “MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O BAJA DEL PACIENTE”.
5. LA ACTUALIZACIÓN DE LA “RECETA CONSOLIDADA” LO LLEVARÁ A CABO, EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA O DE NEFROLOGÍA Y EL PROVEEDOR, CONSIDERANDO LOS MOVIMIENTOS QUE SE REPORTARON MEDIANTE LOS FORMATOS “INGRESO DEL PACIENTE” Y “MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O BAJA DEL PACIENTE”.
6. LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA ENVIARÁ MENSUALMENTE AL PROVEEDOR EL FORMATO SGM-IDPA “INGRESO DEL PACIENTE” PARA SU INCORPORACIÓN A LA RECETA CONSOLIDADA, ASÍ COMO A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, PARA SU CONOCIMIENTO.
7. EL FORMATO SGM-MDPA “MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O BAJA DEL PACIENTE”, SE ENVIARÁ AL PROVEEDOR VÍA FAX, EL MISMO DÍA DEL MOVIMIENTO, AVALADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA O DE NEFROLOGÍA Y AUTORIZADO POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA.



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

611

8. EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA O DE NEFROLOGÍA SERÁ EL RESPONSABLE DE VALIDAR Y FIRMAR DE VO. BO. LA “RECETA CONSOLIDADA” QUE EL PROVEEDOR PRESENTE EN CADA CICLO PARA SU SUMINISTRO.
9. LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE CADA UNIDAD MÉDICA SERÁ LA ÚNICA ÁREA FACULTADA PARA REALIZAR ANTE EL PROVEEDOR LAS ALTAS, BAJAS, RECUPERACIÓN, ETC., QUE SE DERIVEN DEL DPCA.
10. LOS DIRECTORES DE LAS UNIDADES MÉDICAS SERÁN RESPONSABLES DE AUTORIZAR LA “RECETA CONSOLIDADA” QUE SE GENERE PARA EL PROGRAMA DE (DPCA) Y ENVIAR UNA COPIA A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, PARA CONOCIMIENTO.
11. EL PROVEEDOR, CON ANTICIPACIÓN DE TRES DÍAS ANTES DE INICIAR EL SURTIMIENTO DOMICILIARIO, DEBERÁ INFORMAR TELEFÓNICAMENTE A CADA PACIENTE LA FECHA EXACTA Y HORA APROXIMADA DE LA ENTREGA.
12. EL PROVEEDOR REALIZARÁ LA ENTREGA DE BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA DIÁLISIS EN CADA DOMICILIO, TENDRÁ QUE PRESENTAR LA ORDEN DE EMBARQUE EN ORIGINAL Y COPIA.
13. EL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA PARA RECIBIR LAS BOLSAS DE DIÁLISIS, DEBERÁ VERIFICAR LA CANTIDAD RECIBIDA, CONTRA LO CONSIGNADO EN LA ORDEN DE EMBARQUE. SI EXISTEN DIFERENCIAS, FIRMARÁ AL REVERSO DEL ORIGINAL DE LA ORDEN DE EMBARQUE, ACLARANDO LA CANTIDAD REAL RECIBIDA E INFORMARÁ TELEFÓNICAMENTE A LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA QUE LO TRATA, EN CASO DE NO EXISTIR DIFERENCIAS EN LAS CANTIDADES O QUE YA SE HAYAN CORREGIDO, EL PACIENTE O PERSONA AUTORIZADA FIRMARÁ EL FRENTE DE LA REMISIÓN, ANOTANDO SU NOMBRE COMPLETO, FECHA Y HORA DE LA RECEPCIÓN Y DEBERÁ CONSERVAR COPIA DE LA REMISIÓN PARA SU RESGUARDO.
14. EL PROVEEDOR SE DEBERÁ COMPROMETER A SOLUCIONAR LAS IRREGULARIDADES QUE SE PRESENTEN EN LA ENTREGA EN UN PLAZO NO MAYOR A 72 HORAS.
15. EL PROVEEDOR DEBERÁ ELABORAR UN RESUMEN DE LAS ENTREGAS DOMICILIARIAS CON LOS NOMBRES DE LOS PACIENTES, NÚMERO DE AFILIACIÓN, CLAVE, FECHA DE ENTREGA, CANTIDAD POR CONCEPTO, COSTO UNITARIO Y EL TOTAL ENTREGADO A CADA PACIENTE. AL FINAL DE ESTE RESUMEN, SE INDICARÁ EL TOTAL GENERAL DE CADA CONCEPTO. ESTE RESUMEN DEBERÁ ELABORARLO POR CADA UNIDAD MÉDICA, EN CADA CICLO DE ENTREGA, Y TURNAR COPIA A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.
16. CON BASE EN EL RESUMEN ANTERIOR, EL PROVEEDOR ELABORARÁ LA FACTURA CORRESPONDIENTE Y DEBERÁ PRESENTARLA PARA REVISIÓN Y FIRMA DE VISTO BUENO, ANTE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA, ANEXANDO LAS CORRESPONDIENTES ÓRDENES DE EMBARQUE ASÍ COMO EL RESUMEN DE ENTREGAS DOMICILIARIAS EN ORIGINAL Y COPIA.



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

612

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y/O MEDICINA INTERNA DE LA UNIDAD MÉDICA	Valora médicamente al paciente con insuficiencia renal crónica, para incorporarlo al PDPCA.
2		Elabora y envía solicitud para el Servicio de Trabajo Social para verificar las condiciones de la vivienda del paciente.
3		SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL
4		
5	MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y/O MEDICINA INTERNA DE LA UNIDAD MÉDICA	Entrega informe del estudio al Servicio de Nefrología y/o Medicina Interna.
6		Recibe informe del estudio y si procede requisita el formato SGM-IDPA “Ingreso del Paciente” (Anexo I)
7		Firma de Vo.Bo. el coordinador o jefe de medicina interna o médico nefrólogo de base
8		Envía a la Dirección de la Unidad Médica el formato “Ingreso del Paciente” (Anexo I) debidamente requisitado, anexando dos formatos en blanco “Reconocimiento de Firmas” SGM-RFIDA (Anexo IV) para el Director y Subdirector Administrativo.
9	DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe y firma de autorizado los formatos de Ingreso del Paciente
10		Firma y recaba firma del Subdirector Administrativo en el formato Reconocimiento de Firmas.
11		Turna los formatos mencionados a la Subdirección Administrativa para su gestión.
	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Recibe formatos “Ingreso del Paciente” y “Reconocimiento de Firmas” y distribuye de la siguiente forma:
		Subdirección General Médica - Copia “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA (Anexo I), vía fax. - 2 Originales de “Reconocimiento de Firmas (Anexo IV).

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	613

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
12	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA	Continúa en la actividad No. 13. Subdelegación Médica o Subdirección Médica - Copia “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA (Anexo I) Continúa en la actividad No. 14 Proveedor - Copia “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA (Anexo I), vía fax. Continúa en la actividad No. 15 Servicio de Nefrología y/o Medicina Interna - Copia “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA (Anexo I) Continúa en la actividad No. 16. Archiva original del “Ingreso del Paciente” para su control.
13		Recibe para su conocimiento y control vía fax el formato de “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA (Anexo I) y los originales del formato “Reconocimiento de firma” SGM-RFIDA
14		Recibe formato de “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA, para su conocimiento y control.
15		Recibe vía fax, formato de “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA (Anexo I) e incorpora al paciente al programa de entrega domiciliaria en la “Receta Consolidada” SGM-REPDA (Anexo III).
16		Recibe copia del formato “Ingreso del Paciente” SGM-IDPA debidamente autorizado e ingresa movimiento a la “Receta Consolidada” SGM-REPDA (Anexo III). ¿Existen cambios de prescripción o baja de pacientes?
16.1		NO, Toma nota y continúa en la actividad No. 22.
16.2		SÍ, Elabora formato “Modificación de Prescripción o Baja del Paciente” SGM-MDPA (Anexo II) lo turna a la Subdirección Administrativa para su autorización y trámite
17		Recibe formato “Modificación de Prescripción o Baja del Paciente” SGM-MDPA (Anexo II) recaba firma de autorización del Director y distribuye de la siguiente forma:



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	614

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
18	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.	Subdirección de Regulación de Atención a la Salud. - Modificación de Prescripción o Baja del Paciente, vía fax. Continúa en la actividad No. 18. Subdelegación Médica o Subdirección Médica - Modificación de Prescripción o Baja del Paciente Continúa en la actividad No. 19. Servicio de Nefrología y/o Medicina Interna - Modificación de Prescripción o Baja del Paciente Continúa en la actividad No. 20. Proveedor - Modificación de Prescripción o Baja del Paciente, vía fax. Continúa en la actividad No. 21.
19	SUBDELEGACIÓN MÉDICA Y/O SUBDIRECCIÓN MÉDICA	Recibe formato “Modificación de Prescripción o Baja del Paciente” SGM-MDPA (Anexo II) para su conocimiento y control.
20	MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y/O MEDICINA INTERNA DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe formato “Modificación de Prescripción o Baja del Paciente” SGM-MDPA (Anexo II) y actualiza “Receta Consolidada” SGM-REPDA (anexo III).
21	PROVEEDOR.	Presenta la “Receta Consolidada” SGM-REPDA (anexo III) modificada por los formatos “Ingreso del Paciente” y “Modificación de Prescripción o Baja del Paciente” SGM-MDPA (Anexo II) al Servicio de Nefrología o Medicina Interna para validación de la entrega del próximo ciclo.
22	MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DEL SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y/O MEDICINA INTERNA DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe y revisa “Receta Consolidada” SGM-REPDA (anexo III) modificada del Proveedor contra sus registros actualizados en su “Receta Consolidada” SGM-REPDA (anexo III). ¿Son correctos los datos?
22.1		NO, Concilia con el Proveedor y le requiere las correcciones necesarias a la “Receta Consolidada” SGM-REPDA (anexo III). Regresa a la actividad No. 21.



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

615

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
22.2		Sí, Anexa “Receta Consolidada” SGM-REPDA (anexo III) modificada del proveedor a la del servicio, firma de verificación y autorización y turna a la Subdirección Administrativa.
23	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.	Recibe “Receta Consolidada”, requisita autorización del Director, entrega al Proveedor para su surtimiento y envía por fax a: Subdirección General Médica. Subdelegación Médica.
24	PROVEEDOR.	Recibe “Receta Consolidada” SGM-REPDA (anexo III) autorizada y realiza las entregas domiciliarias a paciente(s), presentándole orden de embarque en original y copia.
25	PACIENTE	Recibe dotación de bolsas para diálisis peritoneal y acusa de recibido en la orden de embarque, original para el Proveedor, quedándose con copia para su control.
Termina el Procedimiento		

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

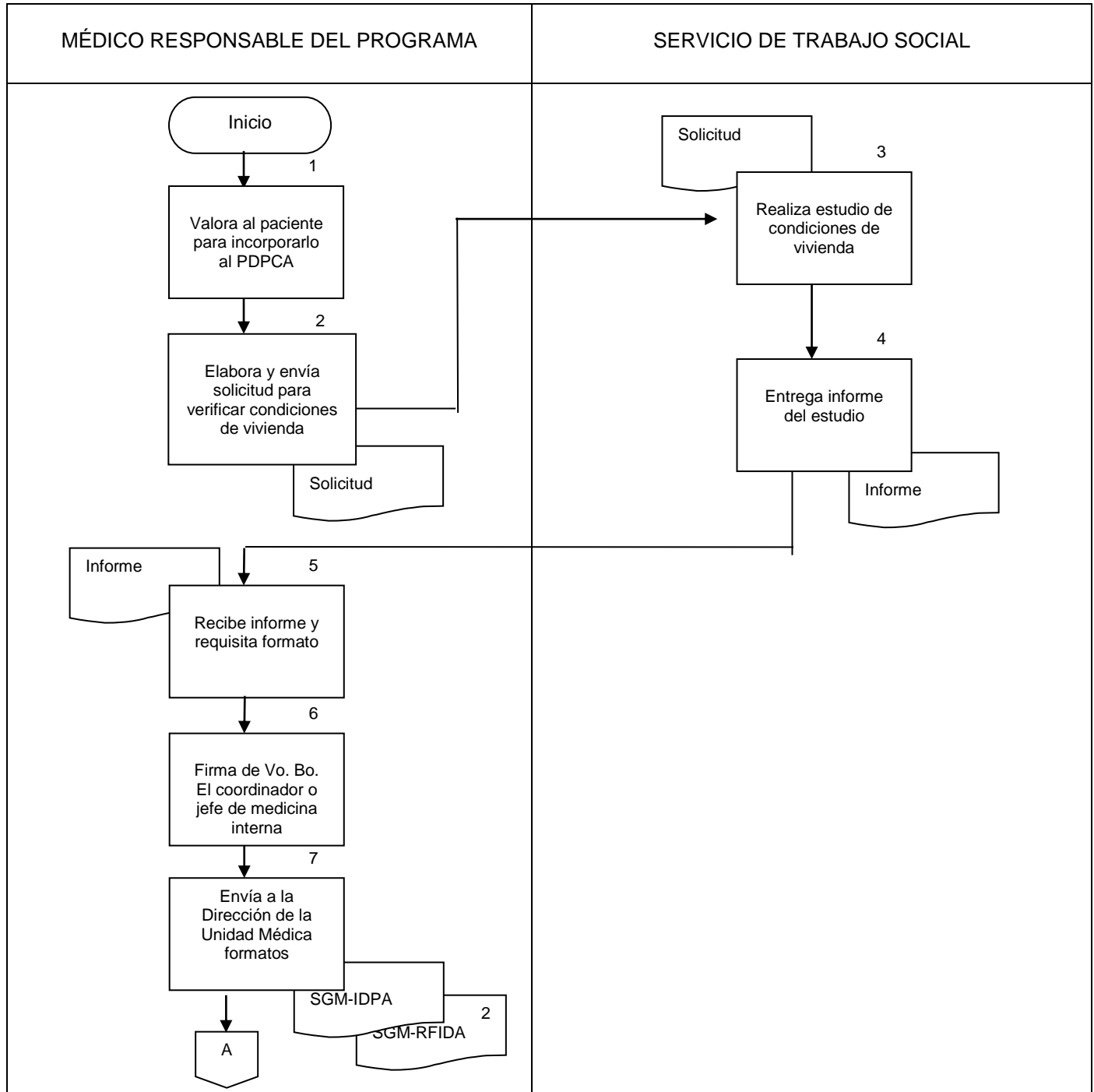
Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

616

4. DIAGRAMA DE FLUJO





**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

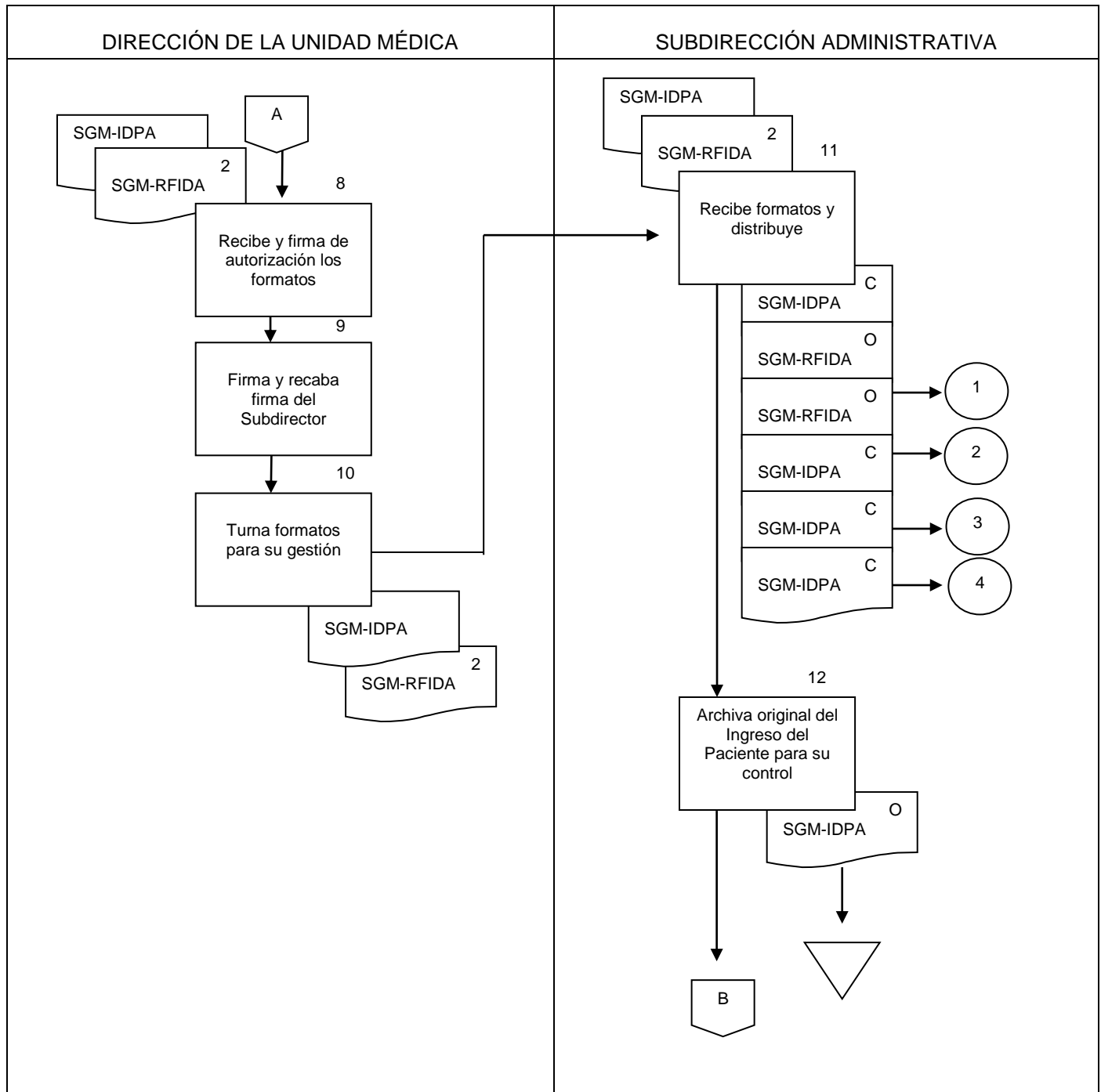
Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

617





**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

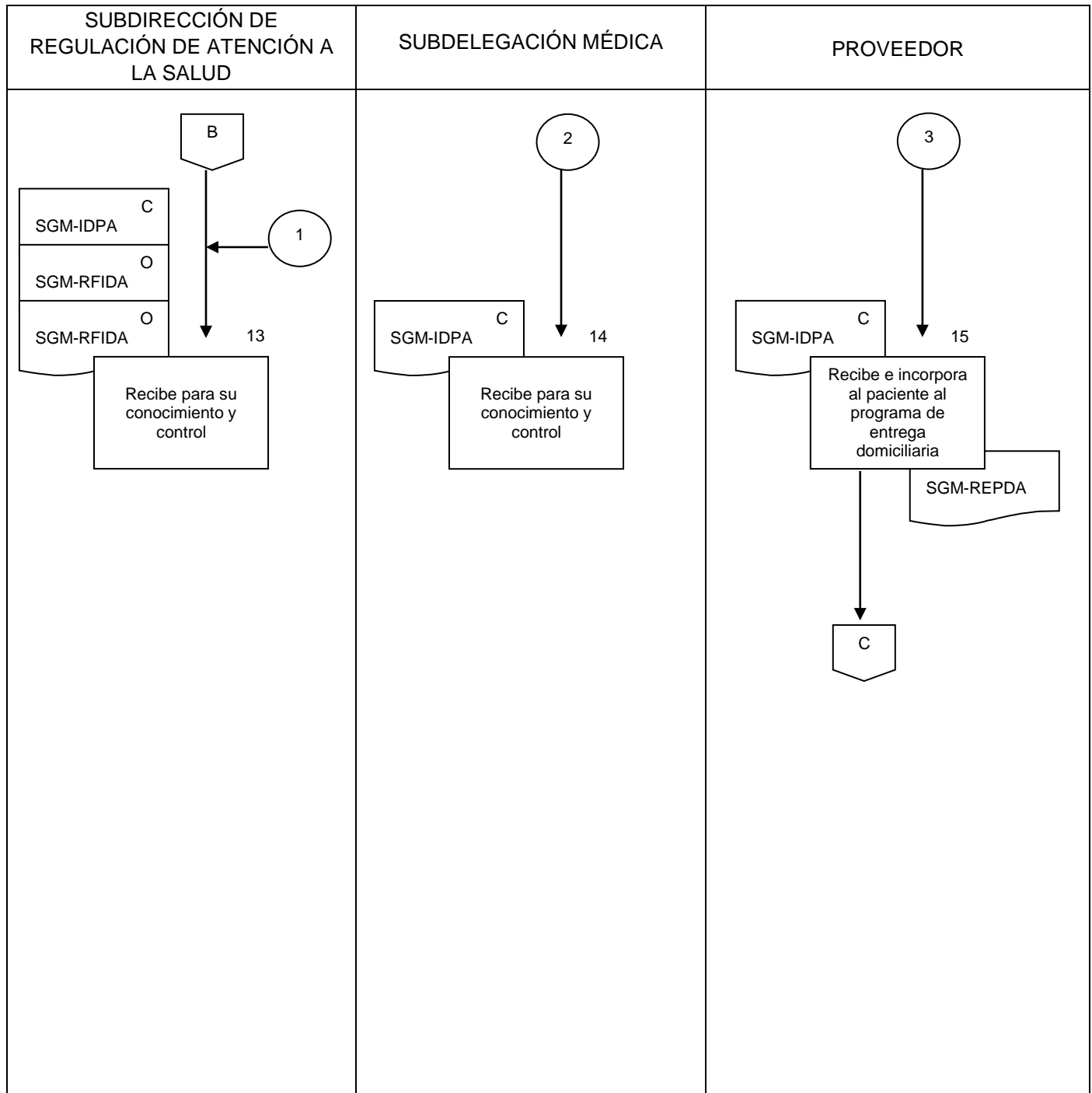
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

618





**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

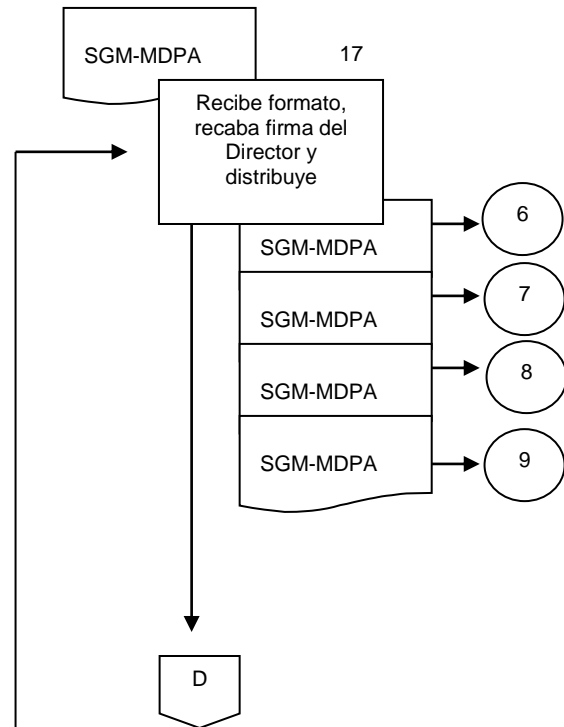
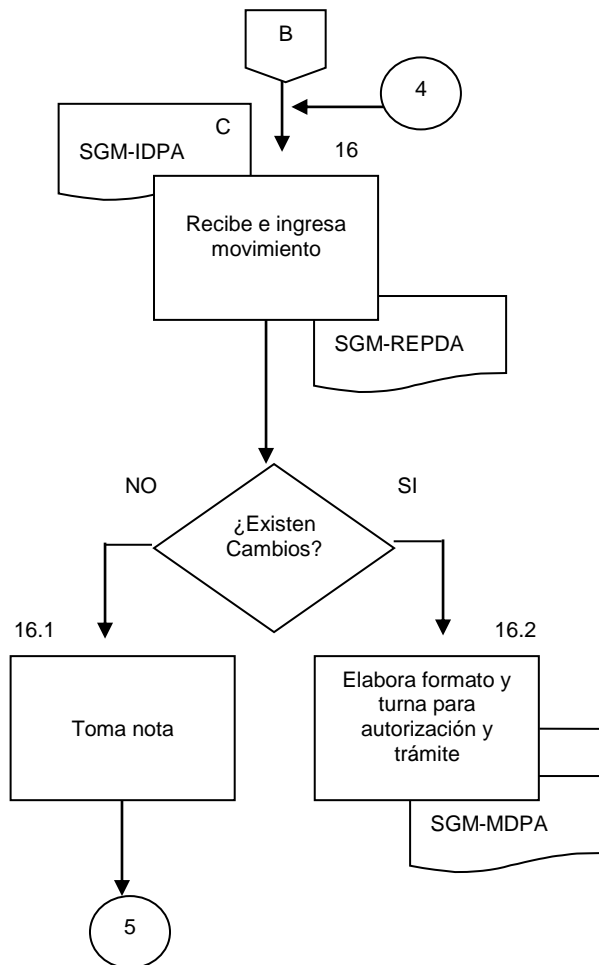
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

619

MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA





**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

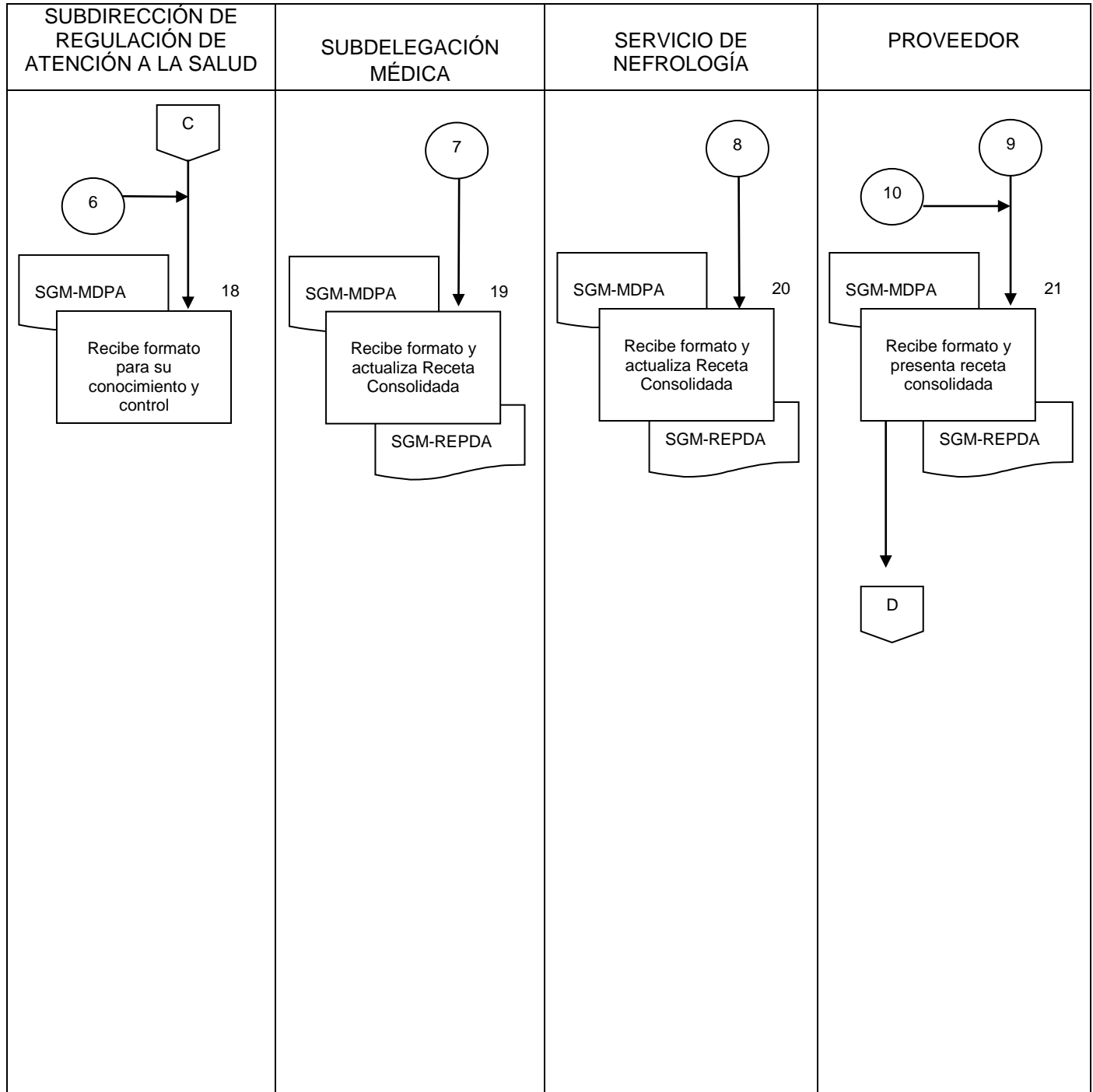
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

620



DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

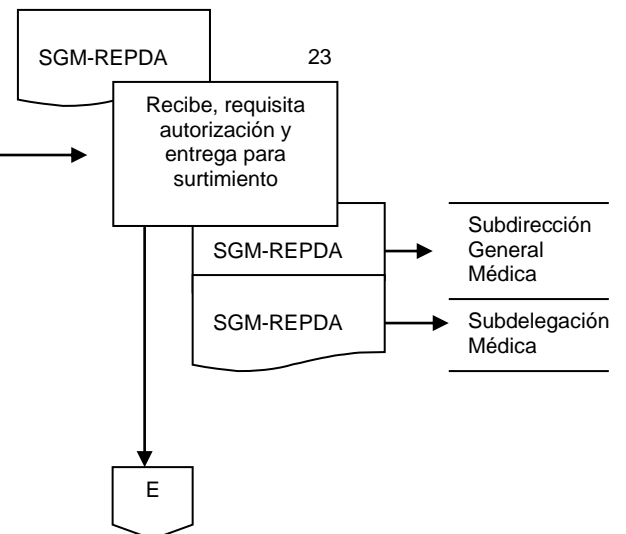
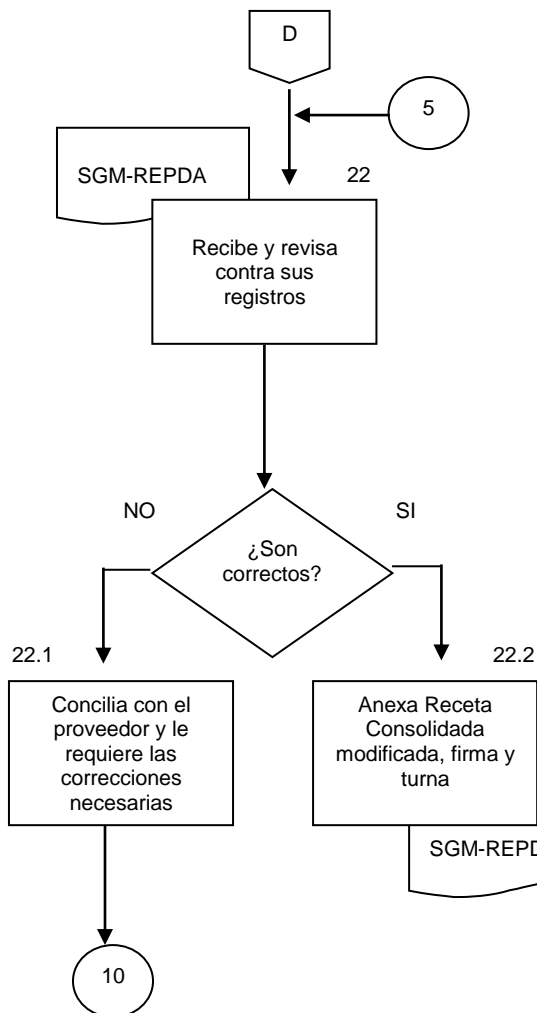
21 12 2007

No. de Página

621

MÉDICO RESPONSABLE DEL PROGRAMA

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA





**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

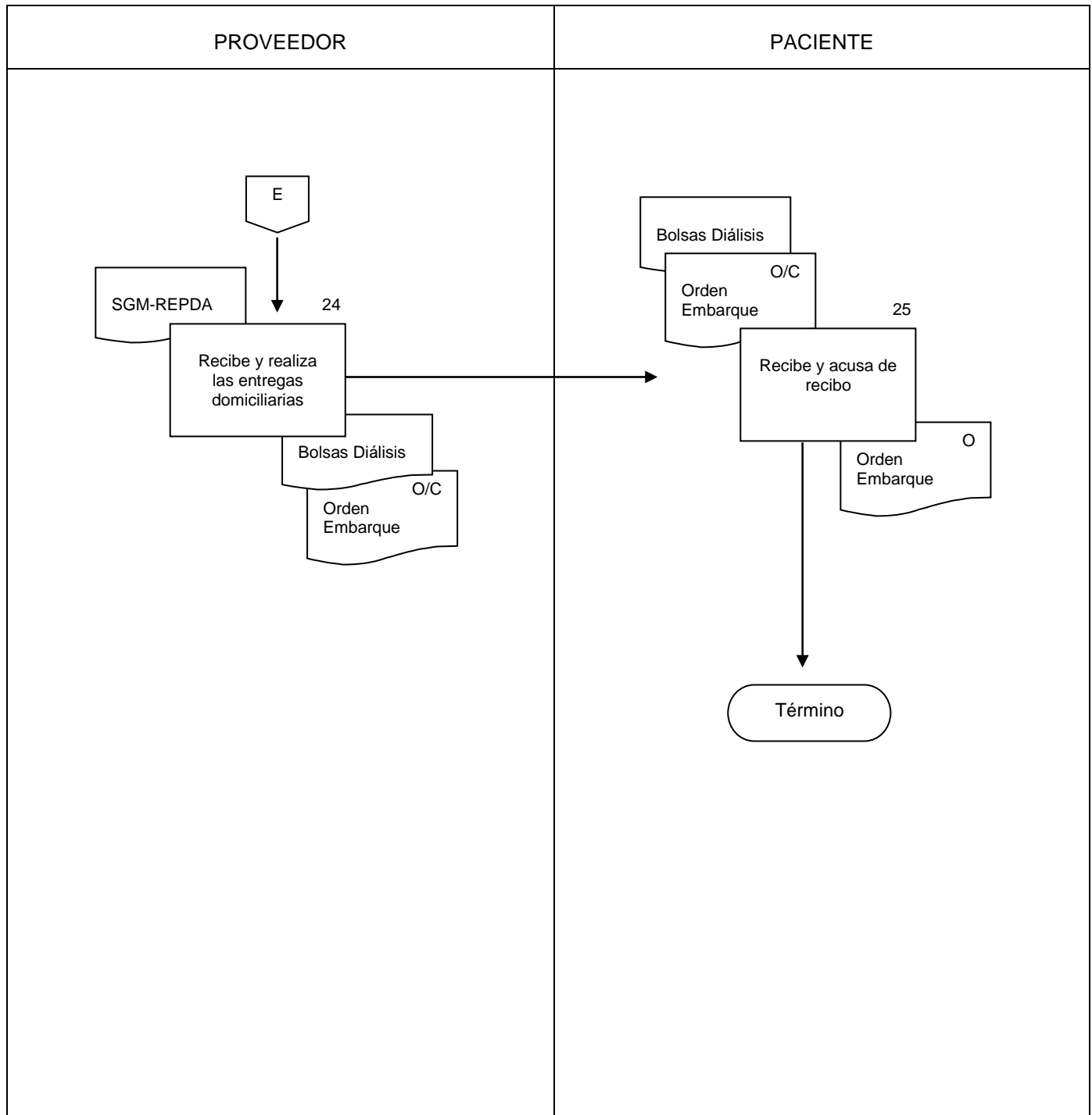
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

622





**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

623

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
Control de suministro domiciliario de bolsas para diálisis (Servicio de Nefrología/Medicina interna)					
Control de suministro domiciliario de bolsas para diálisis (Subdirección Administrativa de la Unidad Médica)					
Control de suministro domiciliario de bolsas para diálisis (Subdelegación Médica)					

6. REFERENCIAS

a. Guía Técnica.

**7. TÉRMINOS Y
DEFINICIONES**

DPCA: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.

8. ANEXOS

- d. Anexo I Formato SGM-IDPA Ingreso del Paciente.
- e. Anexo II Formato SGM-MDPA Modificación de Prescripción o Baja del Paciente.
- f. Anexo III Formato SGM-REPDA Receta Consolidada.
- g. Anexo IV Reconocimiento de Firma.



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

624

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

625

8. ANEXOS



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

626

Anexo I Formato SGM-IDPA INGRESO DEL PACIENTE



**Subdirección General Médica
Subdirección de Desarrollo
Programa de DPCA con Entrega Domiciliaria**

SGM-IDPA

FOLIO

ISSSTE

INGRESO DEL PACIENTE

Fecha de elaboración

HOSPITAL Ciudad Estado

MODALIDAD DEL PROGRAMA

☐ DIH

☐ DPCA

☐ DPA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° de Afiliación al ISSSTE <input type="text"/>			
Nombre del Paciente <input type="text"/>			
Apellido Paterno <input type="text"/>		Apellido Materno <input type="text"/>	
Domicilio <input type="text"/>			
Colonia <input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>	Estado <input type="text"/>
Entre <input type="text"/>	y <input type="text"/>	Delegación <input type="text"/>	
Teléfono <input type="text"/>		Puntos de Referencia <input type="text"/>	
Nombre de un vecino, a quién dejar su dotación en caso de que usted no se encuentre el día de la entrega.			
Nombre <input type="text"/>			
Dirección <input type="text"/>		Teléfono <input type="text"/>	
Calle <input type="text"/>		N° Exterior <input type="text"/>	N° Interior <input type="text"/>

CONTACTOS DEL PACIENTE

Nombre <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>
Nombre <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Parentesco <input type="text"/>

OTROS

Paciente Activo	<input type="checkbox"/> Sí () <input type="checkbox"/> No ()	Ocupación <input type="text"/>	Jubilado <input type="checkbox"/> Sí () <input type="checkbox"/> No ()
Edad <input type="text"/>		Sexo <input type="text"/>	Pensionado <input type="checkbox"/> Sí () <input type="checkbox"/> No ()

DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico <input type="text"/>	Asistencia para Diálisis <input type="checkbox"/> Sí () <input type="checkbox"/> No ()	Fecha de Inicio en DPCA <input type="text"/>
----------------------------------	--	--

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Clave S. Salud	Descripción	Cantidades por mes en unidades	Unidades por caja
2341	Sol. Para Diálisis al 1.5% de 2 Lts.	<input type="text"/>	8 bolsas
2346	Sol. Para Diálisis al 1.5% de 5 Lts.	<input type="text"/>	2 bolsas
2347	Sol. Para Diálisis al 4.25% de 5 Lts.	<input type="text"/>	2 bolsas
2348	Sol. Para Diálisis al 1.5% de 2 Lts. Doble Bolsa	<input type="text"/>	8 bolsas
2349	Sol. Para Diálisis al 4.25% de 2 Lts. Doble Bolsa	<input type="text"/>	8 bolsas

INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

Nombre completo del Médico que ordena la incorporación <input type="text"/>	Autorización del Director de la Unidad <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma <input type="text"/>	

Por medio de la presente hago constar que he sido capacitado para la operación del equipo para Diálisis Peritoneal Automatizada. Entendiendo los beneficios, limitaciones y riesgos que entrañan la operación de este equipo y me comprometo a seguir las instrucciones de operación al pie de la letra, así como hacer buen uso del equipo. Estoy de acuerdo en que será mi exclusiva responsabilidad si no sigo las instrucciones de operación o si cambio la programación del equipo (la cual he verificado y coincide con la prescripción de mi médico). Así mismo entiendo que el proveedor y el ISSSTE se reservan el derecho de retirarme el equipo en caso de que no cumpla con todo lo anterior.

Nombre Completo

Apellido Paterno

Apellido Materno

Firma

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

627

Instructivo de formato: INGRESO DEL PACIENTE

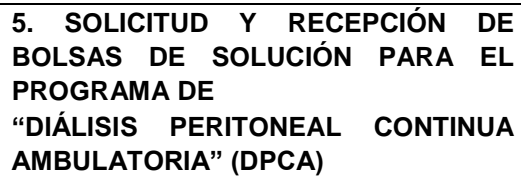
Clave del formato:

SGM-IDPA

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO	El número progresivo.
2	FECHA	Día, mes y año de elaboración.
3	HOSPITAL	Nombre completo de la Unidad Médica.
4	CIUDAD	Nombre de la localidad de la Unidad Médica.
5	ESTADO	Nombre de la Entidad Federativa.
6	MODALIDAD DEL PROGRAMA	Marcar con una “X” en el cuadro que corresponda. DIH-Diálisis Intrahospitalaria. DPCA-Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. DPA-Diálisis Peritoneal Automatizada
7	NÚMERO DE AFILIACIÓN AL ISSSTE	El número otorgado por vigencia de derechos.
8	NOMBRE DEL PACIENTE.	Apellidos Paterno, Materno y Nombre(s).
9	DOMICILIO	Nombre completo de la calle, número exterior, en su caso número interior, colonia y código postal, del sitio donde vive el paciente, agregar datos que ayuden a su pronta localización.
10	NOMBRE DE UN VECINO	El nombre de un vecino al que pueda dejársele la dotación.
11	DIRECCIÓN	Nombre completo de la calle, número exterior, en su caso número interior, colonia y número telefónico.
12	CONTACTOS DEL PACIENTE	Nombres completos, números de teléfono y tipo de parentesco que lo une al paciente.
13	OTROS	La situación actual del paciente, para valorar su ingreso a DPA.
14	DATOS CLÍNICOS	Nombre completo del diagnóstico principal. Marque con una “X” según corresponda en caso de asistencia para diálisis. Mes y año de inicio a DPCA
15	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	La cantidad de bolsas prescritas de cada clave.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



SUBDELEGACIÓN MÉDICA

628

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

629

Anexo II Formato SGM-MPDA “MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O BAJA DEL PACIENTE”



**Subdirección General Médica
Subdirección de Desarrollo
Programa de DPCA con Entrega Domiciliaria**

SGM-MDPA

1

Firma del Director del Hospital

ISSSTE

MODIFICACION DE PRESCRIPCION O BAJA DEL PACIENTE Fecha de elaboración **2**

HOSPITAL

3

Ciudad

4

Estado

5

6

7

Nombre del Paciente

Número de Afiliación al ISSSTE

Señale con una “X” la modificación que desea hacer e indique el detalle en el renglón modificado

CAMBIO A LA PRESCRIPCIÓN ☐ **8**

Mes de Aplicación

Clave

Descripción

Unidades por mes

2346

Sol. para Diálisis al 1.5% bolsa con 5 Lts.

2347

Sol. para Diálisis al 4.25% bolsa con 5 Lts.

2348

Sol. para Diálisis al 1.5% 2 Lts. Doble bolsa

2349

Sol. para Diálisis al 4.25% 2 Lts. Doble bolsa

CAMBIO DE AFILIACIÓN ☐ **9**

Nuevo # de Afiliación

Cambio de Domicilio ☐ **11**

Mes de Aplicación

Calle

Nº Ext.

Nº Int.

Col.

Ciudad

Estado

C.P.

Teléfono

SALIDA TEMPORAL ☐ **10**

Fecha de Salida

Mes de Aplicación

MOTIVO:

Reingreso Hospitalario ()

Diagnóstico

Hemodiálisis ()

Exceso Producto ()

Otros

BAJA DEFINITIVA ☐ **12**

Mes de Aplicación

MOTIVO:

Hemodiálisis ()

Trasplante ()

Defunción ()

Otros

RECUPERACION DE BOLSAS:

2346

2347

2348

2349

13

14

Nombre completo del Médico que indica la modificación

FIRMA

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

630

Instructivo de formato: “MODIFICACIÓN DE PRESCRIPCIÓN O BAJA
DEL PACIENTE”

Clave del formato:
SGM-MPDA

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FIRMA DEL DIRECTOR DEL HOSPITAL	Nombre y firma de autorización.
2	FECHA	Día, Mes y Año de Elaboración
3	HOSPITAL	Nombre completo de la Unidad Médica.
4	CIUDAD	Nombre de la localidad de la Unidad Médica.
5	ESTADO	Nombre de la Entidad Federativa
6	NOMBRE DEL PACIENTE	Apellidos paterno, materno y nombre(s)
7	AFILIACIÓN AL ISSSTE	Número otorgado por Vigencia de Derechos ante el ISSSTE.
8	CAMBIO A LA PRESCRIPCIÓN	Según prescripción médica marque con una “X” y escriba con número el mes de su aplicación y cantidad de unidades de cada clave.
9	CAMBIO DE AFILIACIÓN.	Nuevo número de afiliación al ISSSTE.
10	SALIDA TEMPORAL.	Según instrucción médica, día, mes y año de la baja. Marcar con “X” el motivo y especificar el diagnóstico motivo del internamiento.
11	CAMBIO DE DOMICILIO.	Datos completos que ayuden a su pronta localización.
12	BAJA DEFINITIVA.	Según prescripción médica, día, mes y año de la baja definitiva. Marcar con una “X” el motivo.
13	RECUPERACIÓN DE BOLSAS.	En caso de baja del paciente, temporal o definitiva, escriba el número de bolsas de cada clave sobrantes por recuperar del domicilio del paciente.
14	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE.	Nombre completo del médico y firma de autorización.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

631

Anexo III Formato SGM-RCPDA RECETA CONSOLIDADA



Subdirección General Médica
Subdirección de Desarrollo
Programa de Entrega Domiciliaria para pacientes en DPCA

SGM-RCPDA

ISSSTE

RECETA CONSOLIDADA DEL MES DE: 1 DE

HOSPITAL 2

SUBDELEGACION MEDICA 3

N°	N° DE AFILIACION	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	CLAVES PRESCRITAS				TOTAL
			2346	2347	2348	2349	
4	5	6			7		8
9	TOTAL			10			11

AUTORIZACION

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA O NEFROLOGIA	DIRECCION DE LA UNIDAD MEDICA
12 _____ Nombre y Firma _____ Cargo	13 _____ Nombre y Firma

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

632

Instructivo de formato: RECETA CONSOLIDADA

**Clave del formato:
SGM-REPDA**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	MES DE:	Nombre del mes y año al que corresponde el requerimiento.
2	HOSPITAL	Nombre completo de la Unidad Médica y localidad donde está ubicada.
3	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Nombre de la Delegación Estatal o Regional a la que pertenece la Unidad Médica.
4	NÚMERO	El número progresivo de paciente
5	NÚMERO DE AFILIACIÓN.	La afiliación ante el ISSSTE.
6	NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE.	Apellidos paterno, materno y nombre(s).
7	CLAVES PRESCRITAS.	La cantidad en números de cada clave.
8	TOTAL	La suma de las dos claves prescritas, de cada paciente.
9	TOTAL	El total de pacientes que contiene la receta.
10	TOTAL	El total por clave.
11	TOTAL	El total global, que ampara la receta.
12	SERVICIO DE MEDICINA INTERNA O NEFROLOGÍA.	Apellidos paterno, materno y nombres(s) del médico Jefe de Medicina Interna o Nefrología y firma.
13	DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Nombre completo y firma del Director de la Unidad Médica

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

633

Anexo IV Formato SGM-RFDA “RECONOCIMIENTO DE FIRMA”

SGM-RFPDA



**Subdirección General Médica
Subdirección de Desarrollo
Programa de Entrega Domiciliaria para Paciente con DPCA**

ISSSTE

RECONOCIMIENTO DE FIRMAS

Unidad Médica 1 Ciudad 2
Subdelegación Médica 3 Fecha 4

DIRECTOR	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
Nombre <u>5</u>	Nombre <u>7</u>
<u>6</u>	<u>8</u>
Firma	Firma

SGM-RFPDA



**Subdirección General Médica
Subdirección de Desarrollo
Programa de Entrega Domiciliaria para Paciente con DPCA**

ISSSTE

RECONOCIMIENTO DE FIRMAS

Unidad Médica 1 Ciudad 2
Subdelegación Médica 3 Fecha 4

DIRECTOR	SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO
Nombre <u>5</u>	Nombre <u>7</u>
<u>6</u>	<u>8</u>
Firma	Firma

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**5. SOLICITUD Y RECEPCIÓN DE
BOLSAS DE SOLUCIÓN PARA EL
PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA
AMBULATORIA” (DPCA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

634

Instructivo de formato: “RECONOCIMIENTO DE FIRMA”

Clave del formato:

SGM-RFDA

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	UNIDAD MÉDICA	Nombre completo de la unidad hospitalaria a la que está adscrito el paciente.
2	CIUDAD	Nombre de la localidad donde está ubicada la unidad médica.
3	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	A la que pertenece la unidad médica.
4	FECHA	Fecha de requisitado del formato
5	NOMBRE	Apellidos paterno, materno y nombre(s) del Director de la Unidad Médica.
6	FIRMA	Nombre completo y rúbrica del Director de la Unidad Médica.
7	NOMBRE	Apellidos paterno, materno y nombre(s) del Subdirector Administrativo de la Unidad Médica.
8	FIRMA	Nombre completo y rúbrica del Subdirector Administrativo de la Unidad Médica.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
AUTOMATIZADA (DPA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

635

**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL PROGRAMA DE
“DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA”
(DPA)**



**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
AUTOMATIZADA (DPA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	636

1. OBJETIVO

INTEGRAR AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA) A LOS PACIENTES QUE POR SUS CONDICIONES NEFROTICAS REQUIERAN SER TRATADOS BAJO ESTE PROGRAMA Y QUE PROVENGAN DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA (DPCA), ASÍ MISMO, DOTARLOS DEL EQUIPO NECESARIO PARA PODER LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO EN SU DOMICILIO.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, SERÁ LA ÚNICA INSTANCIA QUE DETERMINE LAS UNIDADES MÉDICAS QUE PODRÁN INTEGRARSE AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA), ASÍ COMO DETERMINARA EL NÚMERO DE EQUIPOS DIALIZADORES QUE SE ASIGNARÁN.
2. TODO PACIENTE QUE INGRESE AL PROGRAMA DE DIÁLISIS AUTOMATIZADA (PDA) DEBERÁ PROCEDER DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS CONTINUA AMBULATORIA (PDCA), LO QUE FACILITARÁ SU CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DEL EQUIPO DIALIZADOR, ASÍ MISMO PERMITIRÁ LA VALORACIÓN MÉDICA COMPARATIVA DE SU EVOLUCIÓN.
3. EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, DETERMINARÁ LAS CONDICIONES DE VIVIENDA (ENERGÍA ELÉCTRICA Y TELÉFONO) Y GRADO DE ESCOLARIDAD DEL PACIENTE. ÉSTOS SON FACTORES DETERMINANTES PARA INGRESAR AL PACIENTE AL PROGRAMA DE DIÁLISIS AUTOMATIZADA (PDA).
4. LAS UNIDADES MÉDICAS CONSIDERADAS DENTRO DE ESTE PROGRAMA, A TRAVÉS DE SU SERVICIO DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA Y EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL, CUIDARÁN QUE LA ASIGNACIÓN DE LOS EQUIPOS DIALIZADORES A LOS PACIENTES, SE REALICE CONFORME A LOS "CRITERIOS DE SELECCIÓN" (ANEXO II).
5. EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA O MEDICINA INTERNA, LLEVARÁ A CABO LA SELECCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS, DE IGUAL FORMA, SERÁ RESPONSABLE DE REQUISITAR EL FORMATO DE INGRESO DE PACIENTES AL (PDA).
6. LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA SERÁ LA RESPONSABLE DE REQUERIR AL PROVEEDOR LA DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS DIALIZADORES.
7. CUANDO EL PACIENTE CAUSE BAJA DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS AUTOMATIZADA, EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA O DE NEFROLOGÍA, DEBERÁ COMUNICAR A LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA MEDIANTE MEMORÁNDUM O MEDIANTE EL FORMATO DEL PROVEEDOR, ESPECIFICANDO NOMBRE, AFILIACIÓN, DOMICILIO Y FECHA DE LA BAJA DEL PACIENTE.



**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
AUTOMATIZADA (DPA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

637

8. LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA, MEDIANTE OFICIO O EL FORMATO DEL PROVEEDOR, COMUNICARÁ LA BAJA DEL PACIENTE AL PROVEEDOR, PARA QUE SE ENCARGUE DE RETIRAR EL EQUIPO DIALIZADOR DEL DOMICILIO DEL PACIENTE.
9. LA PETICIÓN DE INCREMENTO EN EL NÚMERO DE DIALIZADORES AUTOMATIZADOS, DEBERÁ DIRIGIRLA EL DIRECTOR DE LA UNIDAD HOSPITALARIA A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD PLENAMENTE JUSTIFICADA, CON LA PRESENTACIÓN DEL CASO DEL PACIENTE CANDIDATO.



6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	638

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y/O MEDICINA INTERNA (CLÍNICA HOSPITAL, HOSPITAL REGIONAL O HOSPITAL GENERAL)	Inicia el Procedimiento
2		Valora, según la guía médica correspondiente, las condiciones de salud del paciente del Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (PDPCA) para incorporarlo al Programa de Diálisis Automatizada (PDA).
3	SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL.	Solicita al Servicio de Trabajo Social, verifique los requisitos del paciente conforme a los "Criterios de Selección para el Programa de Diálisis Automatizada" (Anexo II): <ul style="list-style-type: none">– Que el paciente esté en activo (comprobante de pago)– acredite la escolaridad mínima requerida (Secundaria)– Se encuentre en condiciones psicológicas adecuadas– Que la vivienda contenga las condiciones adecuadas de funcionamiento los servicios de energía eléctrica, agua potable y drenaje
4	SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y/O MEDICINA INTERNA.	Recibe solicitud y elabora reporte de la visita respondiendo a cada punto de los "Criterios de Selección para el Programa de Diálisis Automatizada" (Anexo II) y lo entrega al área de Servicio de Nefrología o de Medicina Interna.
4.1		Recibe reporte con respuesta de los "Criterios de Selección para el Programa de Diálisis Automatizada" y analiza: ¿Procede incorporación?
4.2		NO, Comunica al paciente la improcedencia y archiva el reporte de respuesta de los Criterios de Selección para el Programa de Diálisis Automatizada.
5		SÍ, Requisita el formato "Ingreso del Paciente" SGM-IDPA (Anexo I) y obtiene firma de autorización del Director de la Unidad Médica
		Envía el formato "Ingreso del Paciente" SGM-IDPA (Anexo I) y el repote de los Criterios de Selección al Programa DPA como se indica: <ul style="list-style-type: none">– Original a la Subdirección Administrativa para trámite.– Copia a la Subdelegación Médica que corresponda– Copia al Proveedor



**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
AUTOMATIZADA (DPA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

639

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.	Recibe formatos de "Ingreso del Paciente" SGM-IDPA (Anexo I), firma de Vo.Bo. y lo remite al proveedor vía fax.
7	PROVEEDOR	Recibe formato de "Ingreso del Paciente" SGM-IDPA (Anexo I), lleva a cabo la valoración y capacitación al paciente y a un familiar en coordinación del Servicio de Medicina Interna o de Nefrología.
8		Traslada equipo dializador al domicilio del paciente y lo deja en condiciones de operación
9		Archiva "Ingreso del Paciente" SGM-IDPA (Anexo I) para su respectivo control.
Termina el Procedimiento		

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACION Y
DESARROLLO

TIPO B



6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

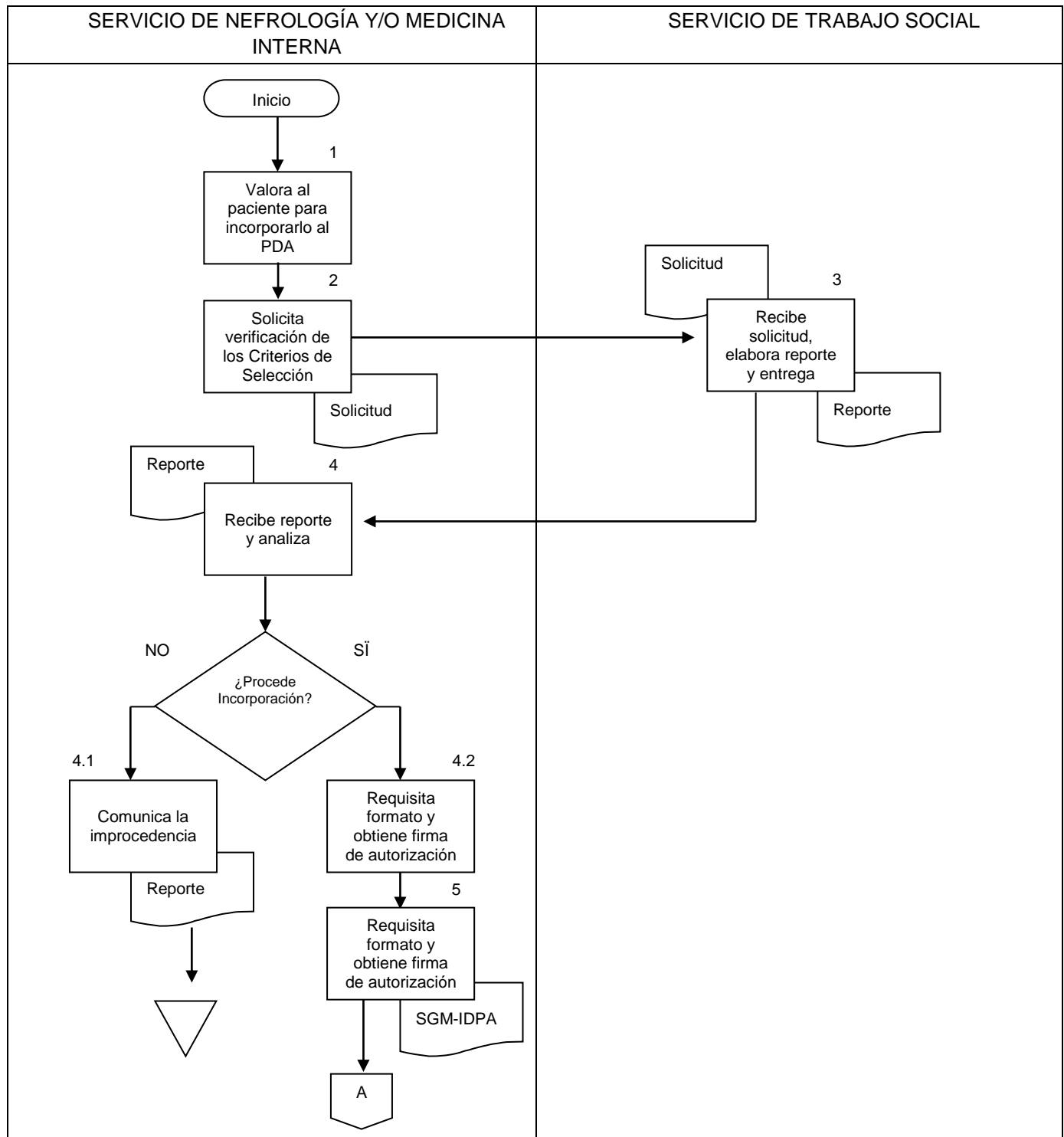
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

640

4. DIAGRAMA DE FLUJO





**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
AUTOMATIZADA (DPA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

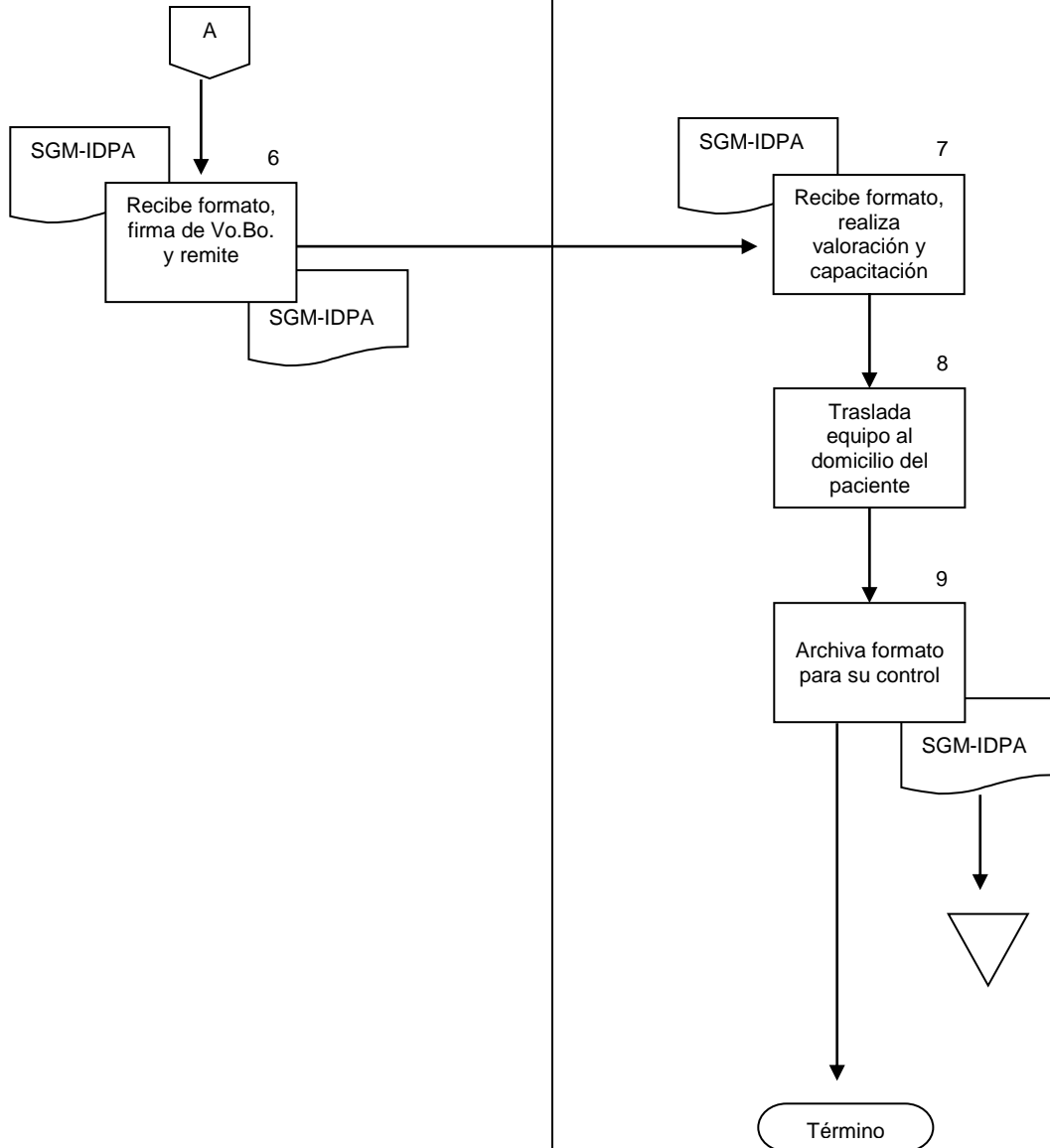
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

641

SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA

PROVEEDOR





6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	642

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
Control de pacientes incorporados al DPA (Servicio de Nefrología o Medicina Interna)					
Control de pacientes incorporados al DPA (Subdirección Administrativa de la Unidad Médica)					
Control de pacientes incorporados al DPA (Subdelegación Médica)					

6. REFERENCIAS

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

DPA: Diálisis Peritoneal Automatizada

8. ANEXOS

- h. Anexo I Formato DGM-IDPA "Ingreso del Paciente"
 - i. Anexo II Criterios de Selección para el Programa de Diálisis Automatizada.*
- * Solicitar formato e instructivo al Área Normativa correspondiente.*



**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
AUTOMATIZADA (DPA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

No. de Página

21

12

2007

643

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó



**6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL
AUTOMATIZADA (DPA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

644

8. ANEXOS



6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

No. de Página

21

12

2007

645

Anexo I Formato SGM-IDPA "INGRESO DEL PACIENTE"



Subdirección General Médica
Subdirección de Desarrollo
Programa de DPCA con Entrega Domiciliaria

ANEXO I

SGM -IDPA

FOLIO

ISSSTE

INGRESO DEL PACIENTE

Fecha de elaboración

HOSPITAL

Ciudad

Estado

MODALIDAD DEL PROGRAMA

DIH

DPCA

DPA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° de Afiliación al ISSSTE

Nombre del Paciente

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Domicilio

Colonia

C.P.

Ciudad

Estado

Entre

y

Delegación

Teléfono

Puntos de Referencia

Nombre de un vecino, a quién dejar su dotación en caso de que usted no se encuentre el día de la entrega.

Nombre

Dirección

Calle

N° Exterior

N° Interior

Teléfono

CONTACTOS DEL PACIENTE

Nombre

Teléfono

Parentesco

Nombre

Teléfono

Parentesco

OTROS

Paciente Activo Si () No ()

Ocupación

Jubilado

Si () No ()

Edad

Sexo

Pensionado

Si () No ()

DATOS CLINICOS

Diagnóstico

Asistencia para Diálisis

Si () No ()

Fecha de Inicio en DPCA

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Clave S. Salud	Descripción	Cantidades por mes en unidades	Unidades por caja
2341	Sol. Para Diálisis al 1.5% de 2 Lts .		8 bolsas
2346	Sol. Para Diálisis al 1.5% de 5 Lts .		2 bolsas
2347	Sol. Para Diálisis al 4.25% de 5 Lts .		2 bolsas
2348	Sol. Para Diálisis al 1.5% de 2 Lts . Doble Bolsa		8 bolsas
2349	Sol. Para Diálisis al 4.25% de 2 Lts . Doble Bolsa		8 bolsas

INCORPORACIÓN AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

Nombre completo del Médico que ordena la incorporación

Autorización del Director de la Unidad

Firma

Por medio de la presente hago constar que he sido capacitado par riesgos que entrañan la operación de este equipo y me comprometo en que será mi exclusiva responsabilidad si no sigo las instrucc mi médico). Así mismo entiendo que el proveedor y el ISSSTE s

a la operación del equipo para Diálisis Peritoneal Automatizada. a seguir las instrucciones de operación al pie de la letra, así iones de operación o si cambio la programación del equipo (la cu e reservan el derecho de retirarme el equipo en caso de que no c

Entendiendo los beneficios, limitaciones y como hacer buen uso del equipo. Estoy de acuerdo al he verificado y coincide con la prescripción de umpla con todo lo anterior.

Nombre Completo

Apellido Paterno

Apellido Materno

Firma

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACION Y DESARROLLO

TIPO B



6. INCORPORACIÓN DE PACIENTES AL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL AUTOMATIZADA (DPA)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	646

Instructivo de formato: INGRESO DEL PACIENTE	Clave del formato: SGM-IDPA
--	---------------------------------------

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO	El número progresivo.
2	FECHA	Día, mes y año de elaboración.
3	HOSPITAL	Nombre completo de la Unidad Médica.
4	CIUDAD	Nombre de la localidad de la Unidad Médica.
5	ESTADO	Nombre de la Entidad Federativa.
6	MODALIDAD DEL PROGRAMA	Marcar con una "X" en el cuadro que corresponda. DPIH-Diálisis Intrahospitalaria. DPCA-Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. DPA-Diálisis Peritoneal Automatizada
7	NÚMERO DE AFILIACIÓN AL ISSSTE	El número otorgado por vigencia de derechos.
8	NOMBRE DEL PACIENTE	Apellidos Paterno, Materno y Nombre(s).
9	DOMICILIO	Nombre completo de la calle, número exterior, en su caso número interior, colonia y código postal, del sitio donde vive el paciente, agregar datos que ayuden a su pronta localización.
10	NOMBRE DE UN VECINO	El nombre de un vecino al que pueda dejársele la dotación.
11	DIRECCIÓN	Nombre completo de la calle, número exterior, en su caso número interior, colonia y número telefónico.
12	CONTACTOS DEL PACIENTE	Nombres completos, números de teléfono y tipo de parentesco que lo une al paciente.
13	OTROS	La situación actual del paciente, para valorar su ingreso a DPA.
14	DATOS CLÍNICOS	Nombre completo del diagnóstico principal. Marque con una "X" según corresponda en caso de asistencia para diálisis. Mes y año de inicio a DPCA
15	PRESCRIPCIÓN MÉDICA	La cantidad de bolsas prescritas de cada clave.

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACION Y DESARROLLO		TIPO B
---	--	--------



SUBDELEGACIÓN MÉDICA

647

No. de Página
647

TIPO B



**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

648

**7. TRÁMITE DE PAGO A PROVEEDORES AUTORIZADOS
DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**



**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

649

1. OBJETIVO

TRAMITAR EL PAGO QUE EL PROVEEDOR REALIZARÁ ANTE LAS AUTORIDADES DEL INSTITUTO, POR CONCEPTO DE ENTREGA DE BOLSAS PARA DIÁLISIS PERITONEAL, INTRAHOSPITALARIA Y EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. PARA TRÁMITE DE PAGO, EL PROVEEDOR DEBERÁ PRESENTAR ANTE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN PARA REVISIÓN:

POR ENTREGA EN ALMACENES DELEGACIONALES Y UNIDADES MÉDICAS.

1. GUÍA DE DISTRIBUCIÓN INTRAHOSPITALARIA (COPIA).
2. FACTURA ORIGINAL.
3. REMISIÓN ORIGINAL CON SELLO Y FIRMA.
4. FOTOCOPIA DEL CONTRATO.
5. FOTOCOPIA DE LA FIANZA.

POR ENTREGA EN DOMICILIO DEL PACIENTE.

1. FACTURA ORIGINAL.
 2. RESUMEN MENSUAL DE ENTREGAS DOMICILIARIAS (COPIA DE FAX) CON SELLO Y VO. BO. DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.
 3. ORDEN DE EMBARQUE ORIGINAL POR FIRMADA EL PACIENTE
 4. FOTOCOPIA DEL CONTRATO.
 5. FOTOCOPIA DE LA FIANZA.
2. LOS HORARIOS Y DÍAS DE RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA SU REVISIÓN, SERÁN PROPORCIONADOS POR LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.
 3. LA REMISIÓN, ADEMÁS DEL SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE DEL ALMACÉN DEL HOSPITAL, DEBERÁ TENER EL VO.BO. DEL SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO.
 4. EL RESUMEN MENSUAL DE ENTREGAS DOMICILIARIAS DEBERÁ CONSIGNAR EL VISTO BUENO DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA O DE NEFROLOGÍA, ASÍ COMO DE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL.



**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

650

5. LA PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN PARA REVISIÓN Y TRÁMITE DE PAGO, EN EL CASO DE ENTREGAS INTRAHOSPITALARIAS, DEBERÁ SER MENSUAL, Y EL TOTAL NACIONAL ESTARÁ INTEGRADO POR LA CANTIDAD DE INSUMOS QUE RECIBIÓ CADA UNIDAD MÉDICA. PARA LA ENTREGA DOMICILIARIA, LA DOCUMENTACIÓN TOTAL SE PRESENTARÁ POR CICLOS.
6. SOLO SE DARÁ TRÁMITE A LA DOCUMENTACIÓN QUE CUMPLE CON TODAS LAS POLÍTICAS ANTES ENUNCIADAS.



**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

651

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	PROVEEDOR.	Entrega documentación para revisión y trámite de cobro, en la Subdirección General Médica de acuerdo a los insumos de diálisis peritoneal entregados.
2	SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA. SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Recibe documentación y analiza que cumpla con los requisitos administrativos y fiscales vigentes: ¿Es correcta?
2.1		NO, Aclara errores u omisiones de la documentación con el proveedor. Regresa a la actividad No. 1.
2.2		SÍ, Establece compromiso y elabora: <ul style="list-style-type: none">• Cuenta por liquidar certificada (C.L.C.).• Relación.• Contrarecibo(s).
3		Envía documentación mencionada a la Subdirección General de Finanzas para trámite de pago.
4	SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS. SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO.	Recibe documentación, afecta partida presupuestal correspondiente y autoriza contrarecibo(s).
5		Envía original de contrarecibo(s) autorizado(s) a la Subdirección General Médica.
6	SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA	Recibe contrarecibo(s) autorizado(s) y realiza afectación presupuestal.
7	SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	Cancela compromiso(s) y entrega contrarecibo(s) autorizado(s) al proveedor.
8	PROVEEDOR.	Recibe contrarecibo(s) autorizado(s) y acude a la Tesorería del Instituto en la fecha y horario estipulado, para trámite de cobro.
		Termina el Procedimiento

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

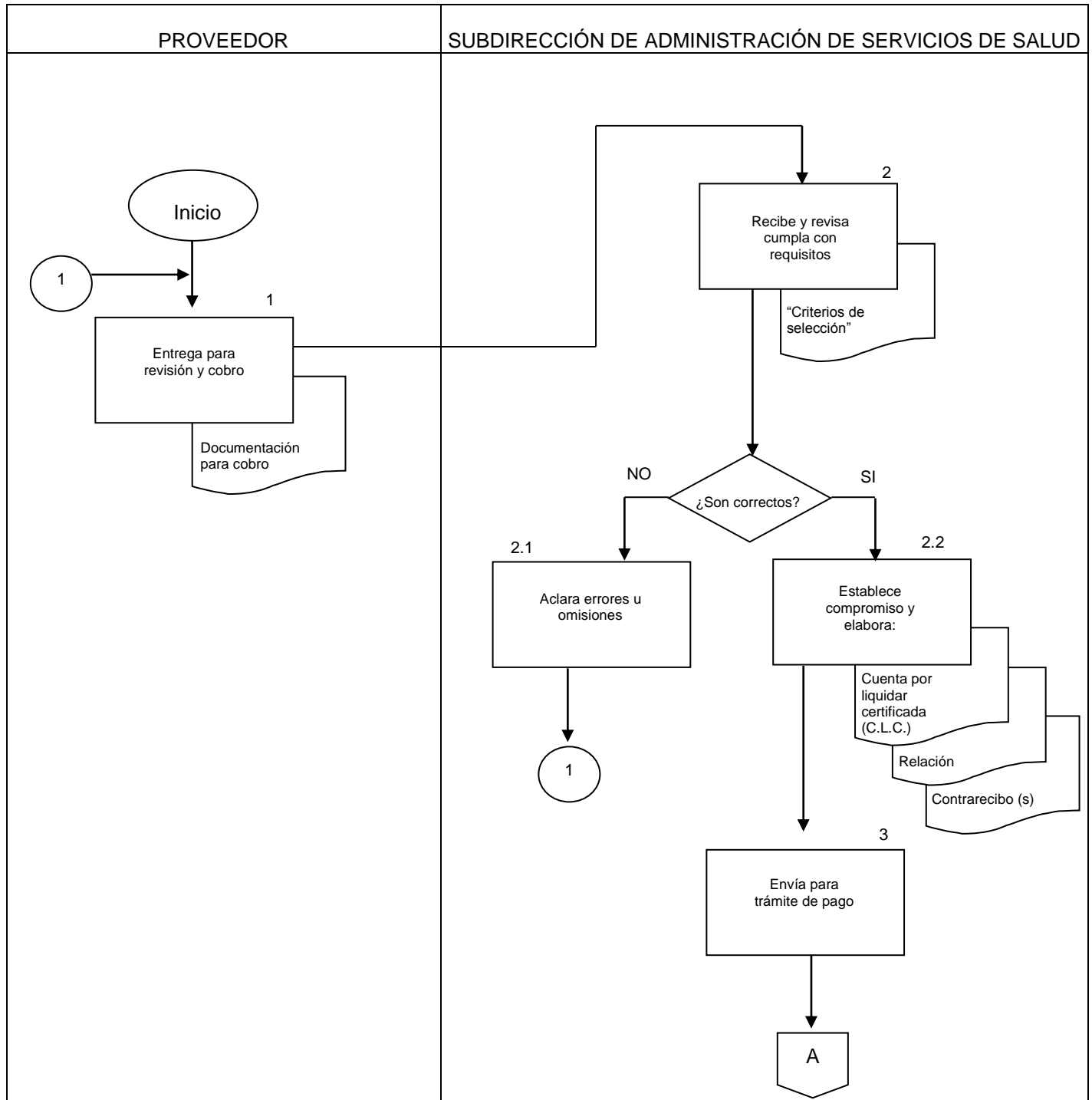
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

652

4. DIAGRAMA DE FLUJO





**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

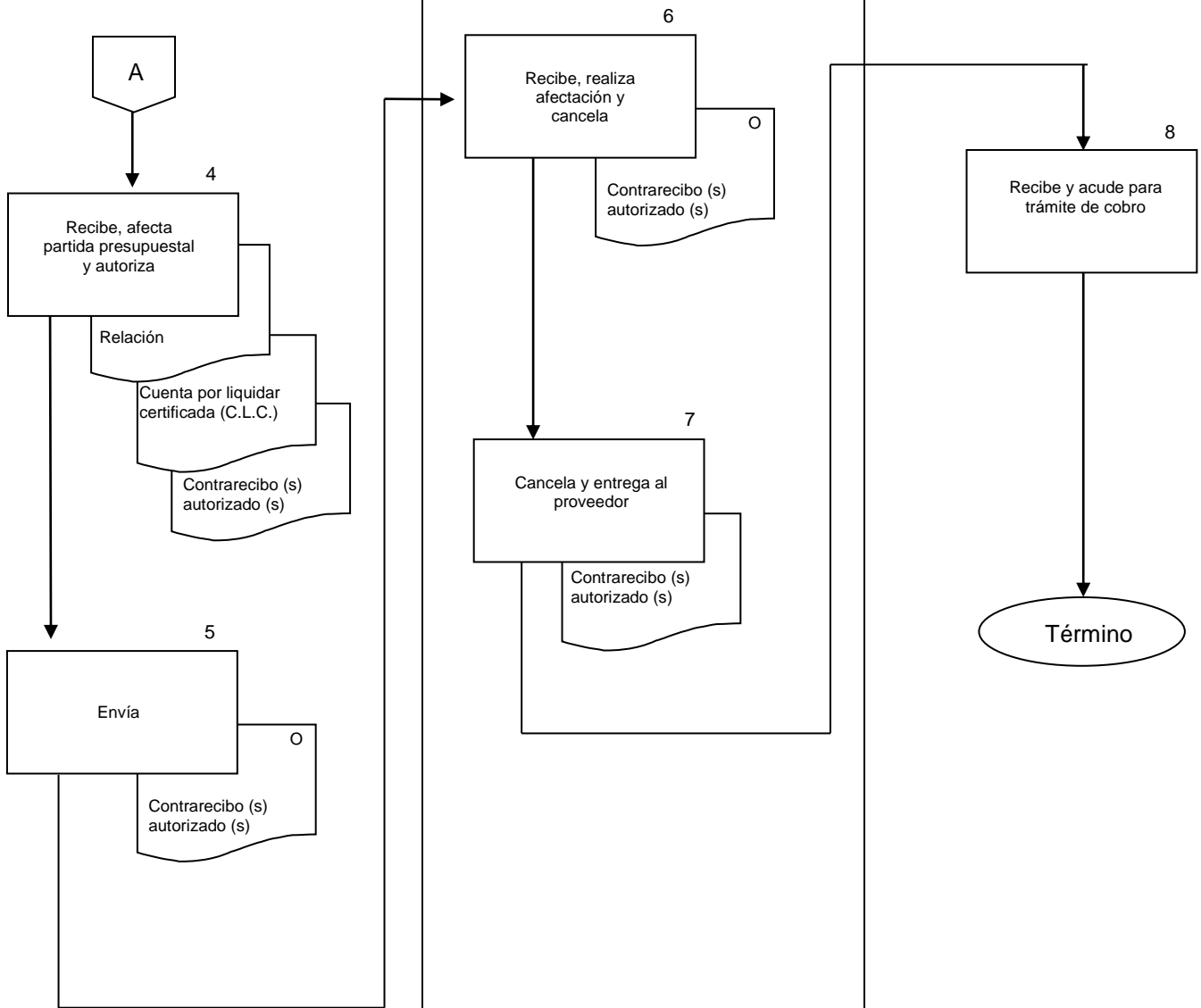
No. de Página

653

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
FINANZAS (SUBDIRECCIÓN DE
PROGRAMACIÓN Y
PRESUPUESTO)**

**SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA
(SUBDIRECCIÓN DE
ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD)**

PROVEEDOR



**DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO**

TIPO B



**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

12

2007

No. de Página

654

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS

**7. TÉRMINOS Y
DEFINICIONES**

8. ANEXOS

- a. Anexo I. Cuenta por Liquidar Certificada.*
b. Anexo II. Criterios de Selección para el Programa de Diálisis Automatizada.*

* Solicitar formatos e instructivos al Área Normativa correspondiente.

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó

DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN Y
DESARROLLO

TIPO B



**7. TRÁMITE DE PAGO A
PROVEEDORES AUTORIZADOS DEL
PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

655

8. ANEXOS



--

Código:	Versión:
----------------	-----------------

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página
656

<div></div> <div>DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA</div>

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

657

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

PRONTUARIO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS DELEGACIONES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA**Procedimiento1. Registro y Apertura del Expediente Clínico.**

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.

Tel. 5606-2307

Procedimiento2. Referencia de Pacientes.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.

Tel. 5606-2307

Procedimiento3. Contrarreferencia de Pacientes.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.

Tel. 5606-2307

Procedimiento4. Control de la Referencia de Pacientes.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.

Tel. 5606-2307

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

658

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

PRONTUARIO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS DELEGACIONES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA**Procedimiento5. Control de la Contrarreferencia de Pacientes.**

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.

Tel. 5606-2307

Procedimiento6. Contratación de Servicios Subrogados.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Subrogación y Dictaminación Técnica.

Dra. Olivia Menchaca Vidal.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.

Tel. 5606-5768

Procedimiento7. Expedición y Control de Licencias Médicas.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.

Tel. 5606-2307

Procedimiento8. Abasto y Distribución de Block's de Licencias Médicas en Unidades de Primer y Segundo Nivel de Atención.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.

Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.

Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.

Tel. 5606-2307

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

659

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

PRONTUARIO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS DELEGACIONES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Procedimiento9. Aplicación de Sanciones Administrativas en Unidades Médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.

Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

Procedimiento10. Control y Seguridad del Recién Nacido en Cunero o Alojamiento Conjunto.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Primaria y Preventiva.

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Salud de la Mujer y Familia.

Dra. Leticia Arellano.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 4
Col. Toriello Guerra. C.P. 14050 D.F.
Tel. 5606-6284

Procedimiento11. Solicitud y Suministro Directo de Marcapasos Cardiacos y/o Endoprótesis Ortopédicas en las Unidades Hospitalarias.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de Área: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de Servicios: Jefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de Departamento: Jefe del Departamento de Unidades de 3er. Nivel.

Dr. César Cruz Santiago.
Av. San Fernando No. 547 Edif. "A" Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.
Tel. 5606-2807

Procedimiento 12. Otorgamiento de Certificados Médicos Iniciales en el Proceso de Dictaminación de Riesgo de Trabajo o Invalidez.

Subdirección o Coordinación General: Subdirección General Médica

Subdirección de Área: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de Servicios: Jefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de Departamento: Jefe del Departamento de Subrogación y Dictaminación Técnica.

Dra. Olivia Menchaca Vidal.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050. México, D.F.
Tel. 5606-5768

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

660

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

PRONTUARIO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS DELEGACIONES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Procedimiento13. Expedición de Certificados de Defunción

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.
Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

Procedimiento14. Atención Médica a Pacientes No Derechohabientes.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.
Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

Procedimiento15. Cobro, Registro y Aplicación de Cuotas por Atención Médica a Pacientes No Derechohabientes.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.
Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

Procedimiento16. Aplicación de los Ingresos Captados por Atención Médica a Pacientes No Derechohabientes.

Subdirección o Coordinación GeneralSubdirección General Médica

Subdirección de ÁreaSubdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de ServiciosJefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de DepartamentoJefe del Departamento de Normas de Atención Médica.
Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización****Día****Mes****Año****No. de Página**

21

12

2007

661

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

PRONTUARIO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS DELEGACIONES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Procedimiento: 17. Expedición de Constancia de Tiempo por la Atención Recibida en las Unidades Médicas.

Subdirección o Coordinación General: Subdirección General Médica

Subdirección de Área: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de Servicios: Jefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefatura de Departamento: Jefe del Departamento de Normas de Atención Médica.
Dra. Martha Parra Díaz.
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5.
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

Procedimiento: 18. Atención Preventiva en la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA)

Subdirección o Coordinación General: Subdirección General Médica

Subdirección de Área: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud

Jefatura de Servicios: Jefatura de Servicios de Medicina Especializada

Jefe de Departamento: Jefe del Departamento de Normas de Atención Médica
Dra. Martha Parra Díaz
Av. San Fernando No. 547 Edif. A Piso 5
Col. Toriello Guerra C.P. 14050 México, D.F.
Tel. 5606-2307

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

662

1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

663

1. OBJETIVO

ESTANDARIZAR LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS PARA EL REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO, CON LA FINALIDAD DE AGILIZAR EL PROCESO DEL OTORGAMIENTO DE LA CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. EL ÁREA DE VIGENCIA DE DERECHOS VERIFICARÁ LA VIGENCIA DE LOS DERECHOHABIENTES A TRAVÉS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SIPE (SISTEMA INSTITUCIONAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS) O DE LA BASE DE DATOS IMPRESA, EMITIDOS POR LA SUBDIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS.
2. PARA REALIZAR LA APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EL DERECHOHABIENTE DEBERÁ ACUDIR AL ÁREA TÉCNICA DE VIGENCIA, PRESENTANDO LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:
 - ♦ IDENTIFICACIÓN OFICIAL,
 - ♦ COMPROBANTE DE DOMICILIO,
 - ♦ ÚLTIMO TALÓN DE PAGO.
3. EL SERVICIO DE VIGENCIA DE DERECHOS CERTIFICARÁ LA VIGENCIA EN EL VOLANTE DE APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO.
4. EL ARCHIVO CLÍNICO REQUISITARÁ EL VOLANTE DE APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO, UNA VEZ DADO EL VISTO BUENO POR EL ÁREA DE VIGENCIA DE DERECHOS.
5. EL ARCHIVO CLÍNICO INTEGRARÁ EL EXPEDIENTE CLÍNICO DE LA SIGUIENTE MANERA:
 - ♦ HOJA FRONTAL
 - ♦ VOLANTE DE APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
 - ♦ HOJA DE EXÁMENES DE LABORATORIO
 - ♦ HOJA DE LICENCIAS MÉDICAS
 - ♦ HISTORIA CLÍNICA
 - ♦ HOJA DE EVOLUCIÓN
6. EN EL CASO DE NO ACREDITAR LA VIGENCIA, SERÁ FACULTAD DE LOS DIRECTIVOS DE LAS UNIDADES MÉDICAS AUTORIZAR O NO LA ATENCIÓN MÉDICA.
7. EL REGISTRO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DEBERÁ EFECTUARSE POR MEDIO DE LA CÉDULA ONOMÁSTICA DEL DERECHOHABIENTE, REGISTRANDO EN EL INFORME DE ALTAS Y BAJAS, EL TIPO DE DERECHOHABIENTE, DOMICILIO Y CONSULTORIO.
8. SÓLO SE OTORGARÁ EL SERVICIO MÉDICO CUANDO EL REGISTRO DEL DERECHOHABIENTE ESTE DEBIDAMENTE REQUISITADO EN LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN QUE LE CORRESPONDA.



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

664

9. A TODO DERECHOHABIENTE QUE POR PRIMERA VEZ SE LE REALICE LA APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, SE DEBERÁ ELABORAR LA TARJETA DE CITAS MÉDICAS (CARNET) CORRESPONDIENTE.
10. CUANDO LA TARJETA DE CITAS MÉDICAS (CARNET) HAYA SIDO PERDIDA, EXTRAVIADA O SIMPLEMENTE OLVIDADA, AL SOLICITAR LA CONSULTA, ESTÁ SE REPODRÁ POR OTRA EN EL SERVICIO DE ARCHIVO CLÍNICO.
11. PARA EL OTORGAMIENTO DE LA CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ EN UNIDADES MÉDICAS DE SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, LA APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO SE REALIZARÁ A TRAVÉS DEL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA" CON EL SELLO DE CERTIFICACIÓN DE VIGENCIA DERECHOS DE LA UNIDAD MÉDICA DE REFERENCIA.
12. LA EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO SE LLEVARÁ A CABO DE ACUERDO AL "MANUAL PARA LA INTEGRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL COMITÉ TÉCNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO"
13. EL CONTROL DEL EXPEDIENTE CLÍNICO SE REALIZARÁ CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA "GUÍA TÉCNICA PARA EL CONTROL, MANEJO Y CONSERVACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO".

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

665

3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DERECHOHABIENTE	Inicia el Procedimiento Se presenta en unidad médica de adscripción a solicitar por primera vez servicio médico al área de Vigencia de Derechos.
2	ÁREA DE CONTROL VIGENCIA DE DERECHOS	Solicita al derechohabiente documentación que compruebe la vigencia de derechos: <ul style="list-style-type: none">♦ Identificación oficial♦ Último talón de pago♦ Comprobante de domicilio
3		Verifica Vigencia de Derechos. ¿Se encuentra vigente?
3.1		SÍ. Elabora formato "Volante de Apertura de Expediente Clínico", certifica la vigencia con sello en el Volante Continúa en la actividad No. 4.
3.2		NO. Requisita formato VD-1 "Tarjeta de Vigencia de Derechos" y archiva.
4		Entrega documentación al derechohabiente y lo envía a Archivo Clínico.
5	DERECHOHABIENTE	Recibe documentación y acude a Archivo Clínico.
6	ARCHIVO CLÍNICO	Recibe Volante de Apertura de Expediente Clínico para integrarlo al Expediente Clínico.
7		Registra al derechohabiente en el Control de Altas y Bajas del Expediente Clínico, por tipo de derechohabiente, domicilio y consultorio.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

666

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8		Integra al formato SM1-1-2 N-1 "Expediente Clínico", la documentación de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none">♦ Hoja frontal♦ Volante de Apertura del Expediente Clínico♦ Hoja de Exámenes de Laboratorio♦ Historia Clínica♦ Hoja de Evolución♦ Hoja de Licencias Médicas
9		Elabora formato SM-11-2 "Tarjeta de Citas Médicas (Carnet)", anotando número de consultorio y médico tratante, así como la fecha y hora la consulta, entrega al derechohabiente.
10	DERECHOHABIENTE	Recibe formato SM-11-2, y se presenta a consulta en fecha y hora indicada.
11	ARCHIVO CLÍNICO	Relaciona al derechohabiente con el formato SM-11-2 y entrega a la auxiliar de enfermería.
12	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	Recibe formatos SM-11-2 y SM1-1-2 N-1, entrega al médico tratante correspondiente.
13	MÉDICO TRATANTE	Recibe formatos SM-11-2 y SM1-1-2 N-1, otorga la consulta al derechohabiente.
14		Atiende al derechohabiente, realiza exploración física, elabora Nota Médica e Historia Clínica, identifica diagnóstico, tratamiento y fecha de próxima cita o en el caso de requerir de consulta especializada de segundo o tercer nivel de atención elabora formato SM-1-17 "Solicitud de Referencia y Contrarreferencia".
15		Elabora formato SM-10-1 "Informe de labores del Médico" fecha de próxima cita, diagnóstico, o lugar de referencia y lo envía con expediente a Archivo Clínico. Entrega al derechohabiente carnet y en su caso formato SM-1-17. Continúa en la actividad No. 17.
16	ARCHIVO CLÍNICO	Recibe formatos SM-10-1 y SM1-1-2 N-1, y archiva.
17	DERECHOHABIENTE	Recibe Carnet o en su caso formato SM-1-17 y acude a la Unidad Médica del siguiente nivel de atención.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

667

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
	UNIDADES MÉDICAS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	
18	ÁREA O SERVICIO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	Recibe formato SM-1-17, registra en Carpeta de Control de Referencia y Contrarreferencia, lo entrega al derechohabiente para que acuda a Archivo Clínico.
19	DERECHOHABIENTE	Recibe formato SM-1-17 y entrega a Archivo Clínico.
20	ARCHIVO CLÍNICO	Recibe paciente y formato SM-1-17, requisita formato "Volante de Apertura de Expediente Clínico" e Integra Expediente Clínico y archiva.
21		Elabora formato SM-11-2 (Carnet), Identifica la especialidad y/o servicio solicitado y anota en Carnet, entrega al derechohabiente y envía al Módulo de Consulta Externa de la especialidad correspondiente en donde programan cita.
22	DERECHOHABIENTE	Recibe Carnet y acude al Módulo de Consulta Externa.
23	MÓDULO DE CONSULTA EXTERNA	Recibe Carnet, proporciona día, hora de la consulta y nombre del médico tratante, informa al derechohabiente y entrega Carnet.
24	DERECHOHABIENTE	Recibe Carnet y acude a la consulta con el médico tratante el día y la hora señalada. (Se desarrollan puntos del 13 al 17 de este procedimiento).
Termina el Procedimiento		

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

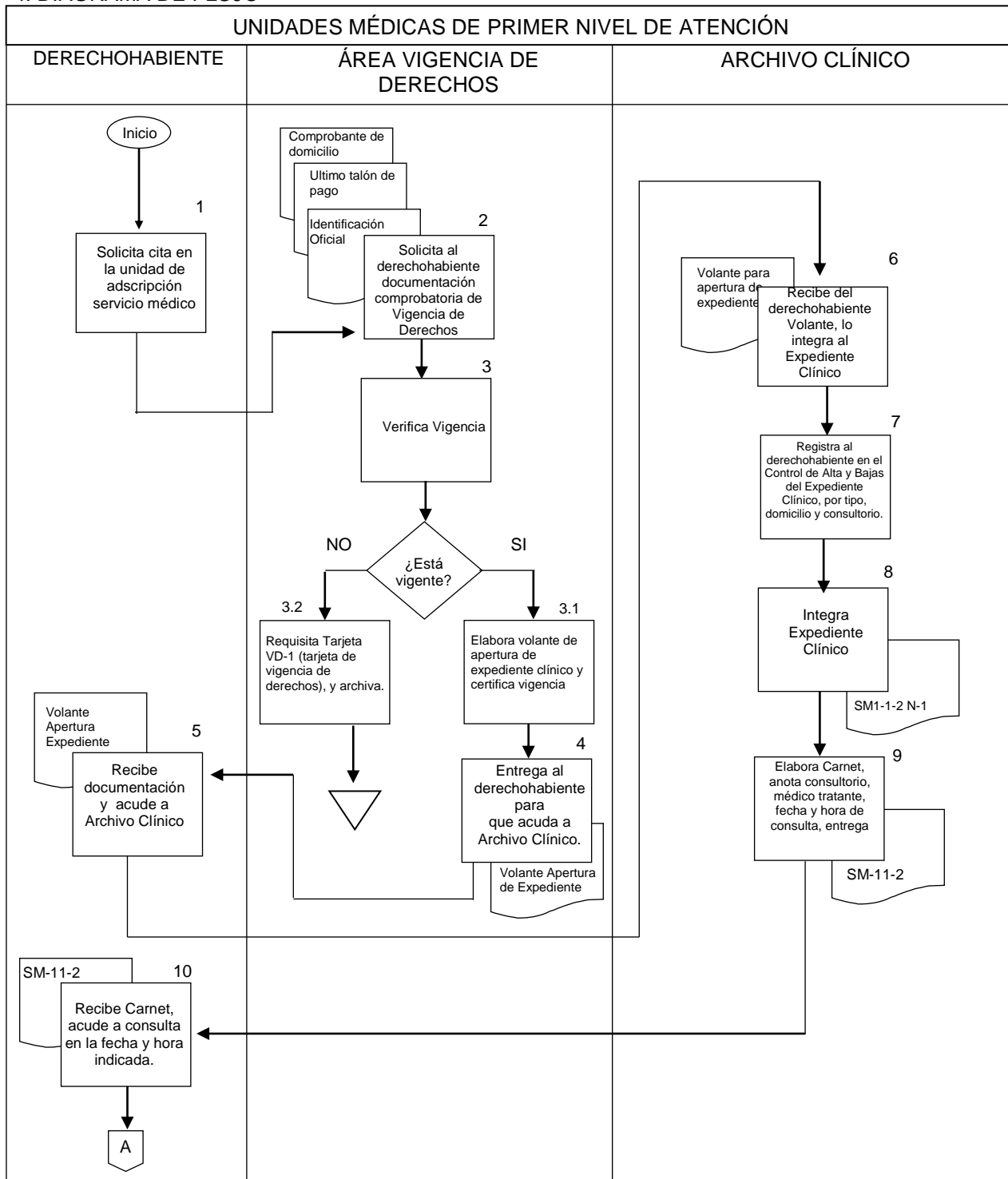
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

668

4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

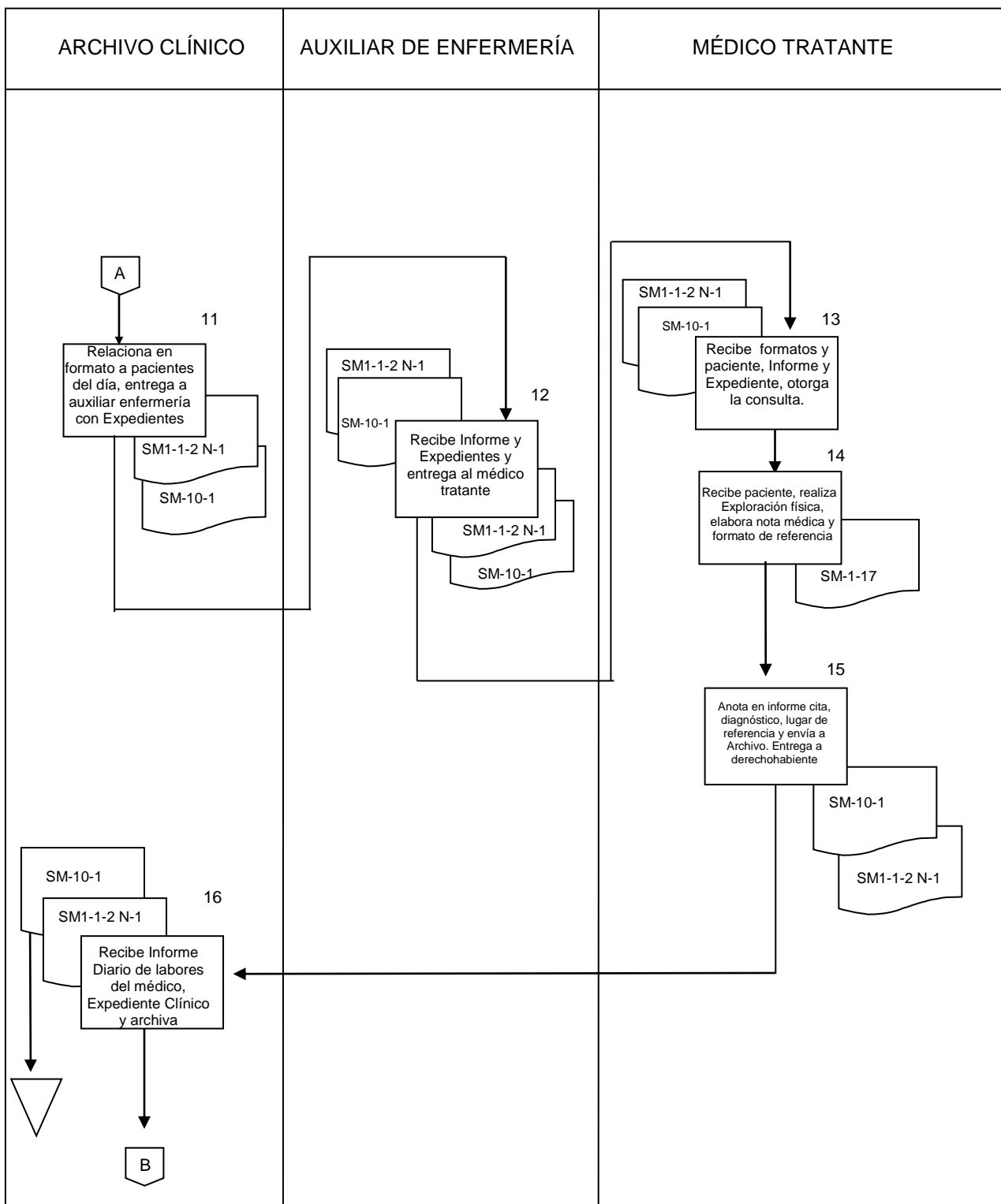
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

669





1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

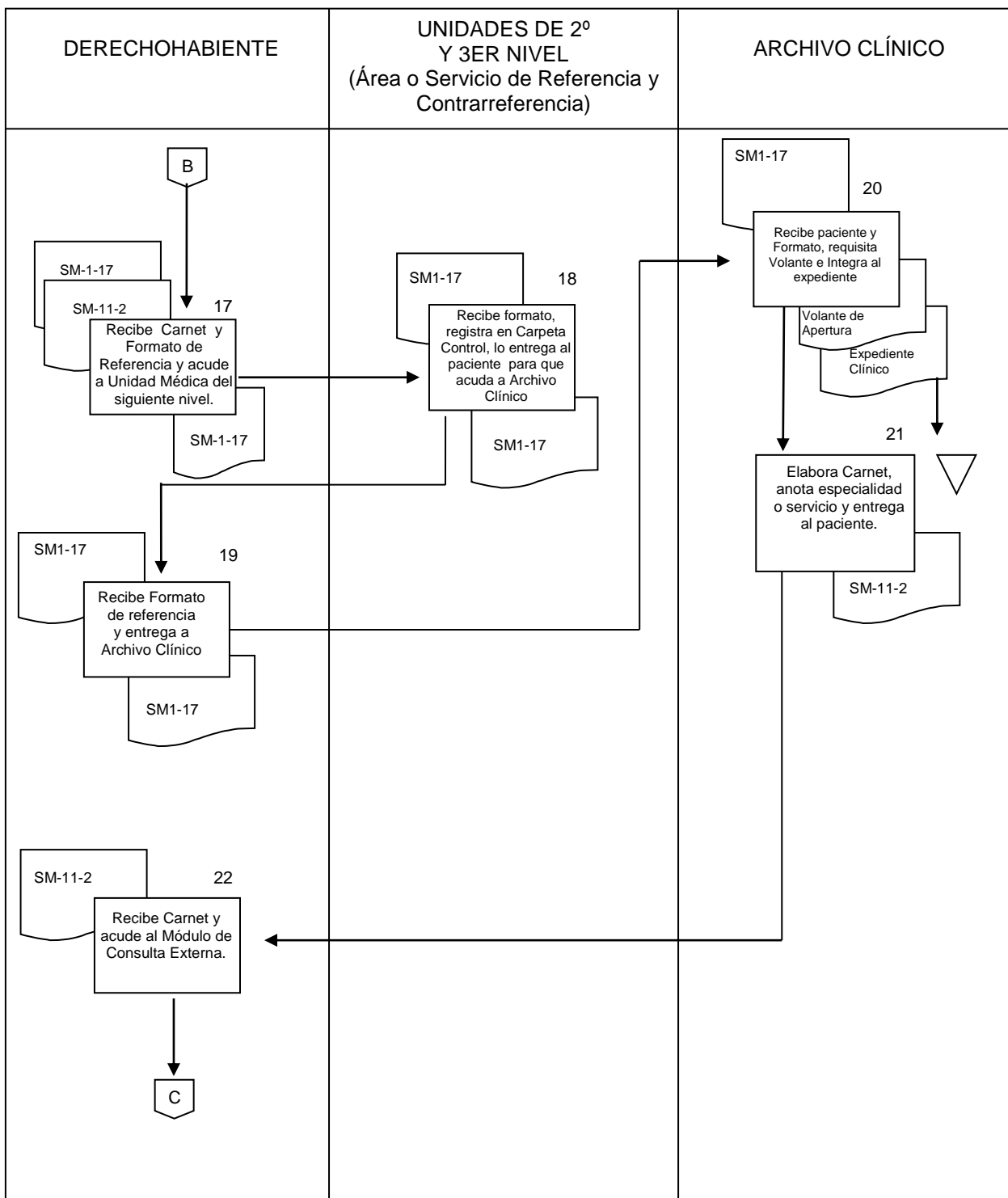
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

670





1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

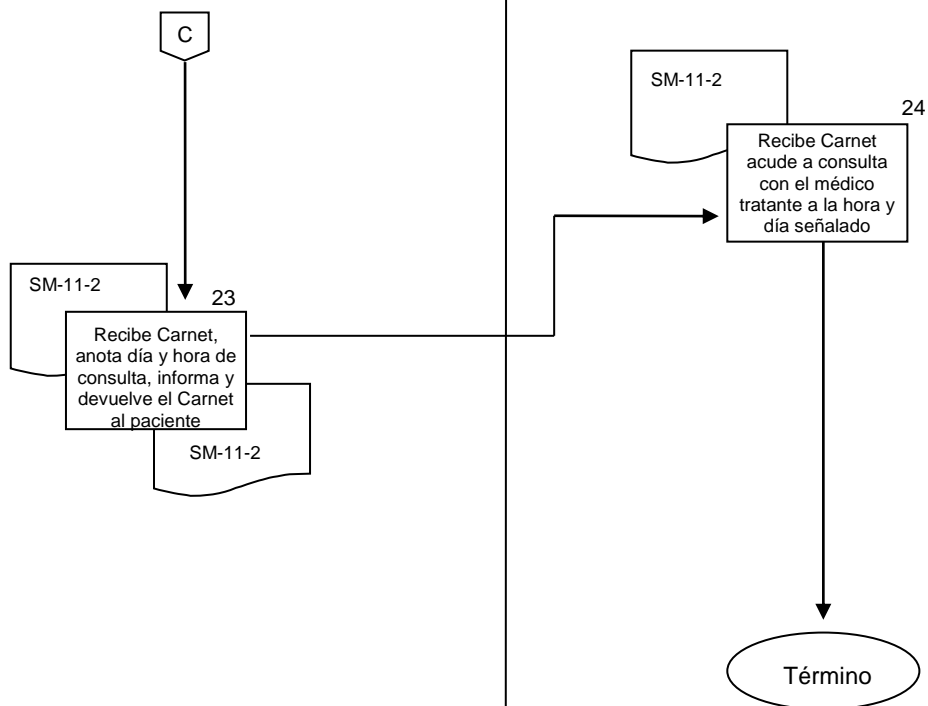
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

671

MÓDULO DE CONSULTA EXTERNA

DERECHOHABIENTE



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

672

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS	1. Procedimiento de Referencia de Pacientes.
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	
8. ANEXOS	<ol style="list-style-type: none">1. Formato VD-1 "Tarjeta de Adscripción y Vigencia de Derechos"2. Volante de Apertura de Expediente Clínico3. Formato SM-11-2 "Tarjeta de Citas Médicas (CARNET)"4. Formato SM-1-1-2 N-1 "Expediente Clínico"<ul style="list-style-type: none">• Hoja de Evolución• Historia Clínica General• Exploración Física5. Formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios Referencia y Contrarreferencia"

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre Elaboró	Nombre Revisó	Nombre Aprobó
-------------------	------------------	------------------

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

673

8. ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

674

ANEXO 1

TARJETA DE ADSCRIPCIÓN Y VIGENCIA DE DERECHOS

DATOS DEL TRABAJADOR O PENSIONISTA

NOMBRE (1)	R. F. C. (2)	CLINICA (3)
DOMICILIO		
CALLE (4)	Nº EXT E INT. (5)	
COLONIA (6)		
LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD (7)	C.P. (8)	CAMBIO DE CLINICA (9)

HISTORIA LABORAL DEL TRABAJADOR

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA (10)	FECHA DE		TIEMPO LABORADO (12)	RUBRICA DE QUIEN REGISTRA (13)	CONSERVA DERECHOS HASTA EL (14)
	ALTA	BAJA			
		(11)			

VD-1

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

675

Instructivo de formato: Tarjeta de Adscripción**Clave del formato:**
VD-1

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) del trabajador y/o pensionista
2	R.F.C.	Registro Federal de Contribuyente del trabajador y/o pensionista
3	CLÍNICA	Nombre completo de la clínica donde se realizará el registro
	DOMICILIO	
4	CALLE	Nombre de la calle donde vive el trabajador y/o pensionista
5	NO. EXT. E INT.	Número oficial de la vivienda permanente y los números interiores, en su caso, del trabajador y/o pensionista.
6	COLONIA	Nombre de la colonia que corresponde al domicilio
7	LOCALIDAD, MUNICIPIO Y ENTIDAD	Nombre completo de la localidad, del municipio y la entidad federativa que corresponda
8	C.P.	Clave del código postal correspondiente al domicilio
9	CAMBIO DE CLÍNICA	En su caso, nombre de la clínica a la que se cambia
10	DEPENDENCIA	Nombre completo de la dependencia donde labora el trabajador
11	FECHA DE ALTA Y/O BAJA	Fecha en la columna correspondiente o entidad, cuando el trabajador o pensionado se está dando de alta o causando baja
12	TIEMPO LABORADO	Tiempo que el trabajador tiene que laborar en su dependencia
13	RÚBRICA DE QUIEN REGISTRA	Firma de la persona que registra los datos del asegurado
14	CONSERVA DERECHOS HASTA EL	Fecha que se considere como vigente el trabajador y/o pensionista

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

676

ANEXO 2

VOLANTE PARA APERTURA DE EXPEDIENTE CLÍNICO			
DATOS DEL ASEGURADO			
1			
APELLIDO PATERNO NOMBRE (S)		APELLIDO MATERNO	
2		3	
R. F. C		DEPENDENCIA DONDE LABORA	
DATOS DEL FAMILIAR			
4		5	
APELLIDO PATERNO DE NACIMIENTO		APELLIDO MATERNO NOMBRE (S) FECHA	
6		7	
TIPO DE DERECHOHABIENTE		DOMICILIO PARTICULAR	
8		9	
NOMBRE DEL MÉDICO ASIGNADO DE CONSULTA		TURNO FEC HA	
11		12	
A		DE 200	
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE			

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

677

Instructivo de formato: Volante de Apertura del Expediente Clínico**Clave del formato:**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
DATOS DEL ASEGURADO		
1	NOMBRE	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) del trabajador
2	R.F.C.	Registro Federal de Contribuyente del trabajador
3	DEPENDENCIA	Siglas de la Secretaría o Institución en que labora el trabajador
DATOS DEL FAMILIAR		
4	NOMBRE	Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) de la persona que se registra como beneficiario del trabajador
5	FECHA DE NACIMIENTO	La fecha de nacimiento del familiar del trabajador
6	TIPO DE DERECHOHABIENTE	El correspondiente de acuerdo a la clave que le corresponda
7	DOMICILIO PARTICULAR	Domicilio donde vive el familiar del trabajador
8	NOMBRE DEL MÉDICO ASIGNADO	Nombre del médico asignado
9	TURNO	Turno asignado (matutino, o vespertino)
10	FECHA DE CONSULTA	Día, mes y año de la fecha en que se programa que pasará a consulta
11	FECHA DE REGISTRO	Localidad, día, mes y año del registro del familiar del trabajador
12	NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE	Nombre completo y la firma de la persona que registra los datos del asegurado y del familiar.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

678

ANEXO 3



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

SM-11-2

Subdirección General Médica

TARJETA DE CITAS MEDICAS

1

NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE

2

RFC

3

CLINICA

4

CONSULTORIO

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

679

Instructivo de formato: Tarjeta de citas médicas (Carnet)

Clave del formato:
SM-11-2

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE	Nombre completo del derechohabiente que recibirá la consulta médica
2	R.F.C	Registro Federal de Causantes con la diagonal y número que corresponda al tipo de derechohabiente
3	CLÍNICA	Nombre completo de la clínica de adscripción del derechohabiente
4	CONSULTORIO	Número de consultorio asignado por el servicio de vigencia de derechos cuando el derechohabiente fue registrado

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

680

ANEXO 4



**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA**

①

Unidad Médica

②

Número del Expediente

③

Apellido Paterno

④

Apellido Materno

⑤

Nombres

EXPEDIENTE CLÍNICO

SM1-1-2-N-1

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

681

Instructivo de formato: Expediente Clínico**Clave del formato:**
SM-1-1-2 N-1

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	UNIDAD MÉDICA	Nombre completo de la unidad médica que resguarda el expediente
2	NÚMERO DEL EXPEDIENTE	Número correspondiente de registro en la unidad médica
3	APELLIDO PATERNO	Apellido Paterno del derechohabiente que recibirá la atención médica
4	APELLIDO MATERNO	Apellido Materno del derechohabiente que recibirá la atención médica
5	NOMBRES	Nombre completo del derechohabiente que recibirá la atención médica

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Versión:

Día	Mes	Año
21	12	2007

683

Evolución

[illegible]

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

684

Instructivo de formato: Hoja de Evolución

Clave del formato:

SM-1-3

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE	Nombre completo del derechohabiente
2	No.	Número progresivo de la hoja de evolución
3	CÉDULA O EXPEDIENTE No.	Registro Federal de Causantes del derechohabiente con su diagonal y tipo
4	SERVICIO	Servicio donde recibió la atención médica el derechohabiente
5	CAMA	Número de la cama en su caso
6	FECHA, HORA Y NOMBRE DEL MÉDICO	Fecha, hora y nombre del médico tratante, en todas las veces que sea necesario la atención médica
7	EVOLUCIÓN	Notas médicas, tratamiento, auxiliares de diagnóstico y de tratamiento solicitados, así como la actualización del cuadro clínico incluido tabaquismo, alcoholismo, otras adicciones y conclusión del padecimiento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

685

Historia Clínica General

Nombre del enfermo

Edad (2) (1) Sexo (3) Sala (4) Cama (5)
Num. Exp. (6) Cedula (7)
Servicio (8)

Antecedentes
Hereditarios

(9)

Antecedentes
personales
no patológicos

(10)

Antecedentes
patológicos

(11)



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

686

SM-1-2

(Reverso)

**Padecimiento
actual**

12

**Interrogatorio
por aparatos**

13

Digestivo:

SM-1-2

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

687

Instructivo de formato: Historia Clínica**Clave del formato:**
SM-1-2

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE DEL ENFERMO	Nombre completo del derechohabiente quién recibirá la atención médica
2	EDAD	Edad en días, meses o años cumplidos según corresponda
3	SEXO	Género según corresponda
4	SALA	Número de consultorio y/o sala según corresponda
5	CAMA	Número de la cama en su caso
6	NO. DE EXPEDIENTE	Letras que corresponden al Registro Federal de Causantes
7	CÉDULA	Fecha de nacimiento en el orden del Registro Federal de Causantes, con su diagonal y la clave del tipo de derechohabiente
8	SERVICIO	Nombre estructural del servicio donde es atendido el derechohabiente
9	ANTECEDENTES HEREDITARIOS	Todas las patologías que estén relacionadas con los familiares directos del derechohabiente
10	ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS	Todas las intervenciones quirúrgicas y/o eventos médico relacionadas con la salud del derechohabiente
11	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Todos los eventos clínico médicos relevantes, causados por un agente biológico y/o adquiridos por el derechohabiente
12	PADECIMIENTO ACTUAL	El o los padecimientos por los que cursa el derechohabiente incluyendo alcoholismo, tabaquismo y otras adicciones
13	INTERROGATORIO POR SISTEMAS	Respuestas a las preguntas específicas por aparatos y sistemas que el médico plantee al derechohabiente

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

688



Instituto de
Seguridad
y Servicios
Sociales
de los
Trabajadores
del Estado

Subdirección General Médica

Exploración Física

Estatura (1)

Peso ideal (2)

Peso actual (3)

Pulso (4)

Respiraciones (5)

Temperatura (6)

T.A. (7)

INSPECCIÓN
GENERAL (8)

CABEZA

CUELLO

TÓRAX

ABDOMEN

EXTREMIDADES
TACTO RECTAL
Y VAGINAL

IMPRESIÓN
DIAGNÓSTICA

(9)

(10)

SM-1-2 A

Lugar y fecha

Nombre, clave y firma del medico

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

689

(Reverso)

RESPIRATORIO

CIRCULATORIO

URINARIO

GENITAL

NERVIOSO

**ÓRGANOS DE LOS
SENTIDOS**

**SÍNTOMAS
GENERALES**

**TERAPÉUTICA
EMPLEADA**

SM-1-2 A

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización****Día****Mes****Año****No. de Página**

21

12

2007

690

Instructivo de formato: Exploración Física**Clave del formato:**
SM-1-2-A

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	ESTATURA	Estatura en metros y centímetros del derechohabiente
2	PESO IDEAL	Peso en kilos y gramos con respecto a las tablas de relación peso y estatura autorizadas
3	PESO ACTUAL	Medición resultante de la acción inmediata
4	PULSO	Medición resultante de la acción inmediata
5	RESPIRACIONES	Medición resultante de la acción inmediata
6	TEMPERATURA	Medición resultante de la acción inmediata
7	T. A.	Medición resultante de la acción inmediata
8	INSPECCIÓN GENERAL	Hallazgos clínicos por región anatómica, aparatos y sistemas
9	LUGAR Y FECHA	La unidad médica y/o consultorio y fecha donde se realizó la exploración
10	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO	Nombre completo, clave en la unidad médica y firma del médico que realizó la exploración

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



1. REGISTRO Y APERTURA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

691



Instituto de
Seguridad
y Servicios
Sociales
de los
Trabajadores
del Estado

ANEXO 5

Solicitud de Referencia y Contrarreferencia

De la Clínica de Adscripción

1

A la Unidad Hospitalaria

2

Servicio de

3

Tipo de Derechohabiente

4

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Apellido Paterno

Materno y/o Conyugal

Nombre(s)

Edad

6

Sexo

7

RFC

8

Deberá acudir a la Unidad Hospitalaria

9

Fecha

10

Hora

11

PRESENTACION DEL CASO

Motivo del envío, valoración, diagnóstico y terapéutica

12

Incapacidad desde

13

Hasta

Fecha

Hora

Vo.Bo.

14

Director de la Clínica

15

Nombre, clave y firma del médico tratante

Referencia

SM1-17

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

692

CONTRARREFERENCIA

Informe del médico consultado

Resultado
de la
valoración

16

Conducta
a
seguir

18

Vo.Bo.

17

Fecha

Hora.

19

Director de la Clínica

Nombre, clave y firma del médico consultado

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

693

Instructivo de formato: Solicitud de Servicios de Referencia y
Contrarreferencia de Pacientes**Clave del formato:**
SM-1-17

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
REFERENCIA		
1	DE LA CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN	Unidad médica de adscripción a la que pertenece el paciente y que solicita el servicio de apoyo
2	A LA UNIDAD HOSPITALARIA	Unidad médica donde deberá acudir el paciente para continuar tratamiento o realizar estudio
3	SERVICIO DE	Servicio donde se presentará el paciente para la continuidad de tratamiento o realización de estudio
4	TIPO DE DERECHOHABIENTE	Con una (X) la calidad de beneficiario según corresponda 1. Asegurado 2. Asegurada 3. Esposa 4. Esposo 5. Padre o Abuelo 6. Madre o Abuela 7. Hijo 8. Hija 9. Jubilado o pensionado
5	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente derechohabiente, iniciando con apellido paterno, materno y nombre(s)
6	EDAD	Edad cumplida en años del paciente que se refiera
7	SEXO	Género correspondiente del paciente referido M. Masculino F. Femenino
8	R.F.C	Registro Federal de Causantes del derechohabiente
9	DEBERÁ ACUDIR A LA UNIDAD HOSPITALARIA	Unidad ubicada donde será atendido el paciente
10	FECHA	Fecha en la que deberá presentarse al servicio referido

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**1. REGISTRO Y APERTURA DEL
EXPEDIENTE CLÍNICO****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

694

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
11	HORA	Hora en que deberá de presentarse al servicio referido
12	MOTIVO DEL ENVÍO, VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA	Breve descripción de la patología que presenta el paciente, diagnóstico presuntivo y tratamiento que se le ha proporcionado hasta el momento del envío
13	INCAPACIDAD	En caso de ser asegurado, anotar los días que le fueron autorizados por el médico tratante, la fecha y hora en que se extendió la licencia médica
14	Vo. Bo.	Nombre y firma autógrafa del Director de la unidad médica que refiere
15	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE CONTRARREFERENCIA	Nombre completo, firma autógrafa y clave del médico tratante
16	INFORME DEL MÉDICO CONSULTADO	Descripción del plan terapéutico y recomendaciones que se consideren necesarias para continuar con el manejo del paciente en su unidad de adscripción
17	Vo. Bo.	Nombre y firma autógrafa del Director de la unidad médica que contrarrefiere
18	FECHA Y HORA	Fecha y hora en que se determina la contrarreferencia
19	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO CONSULTADO	Nombre completo, firma autógrafa y clave del médico consultado

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

695

2. REFERENCIA DE PACIENTES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

696

1. OBJETIVO

REGULAR LA REFERENCIA DE PACIENTES Y SU TRASLADO, CUANDO A JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE LA ATENCIÓN MÉDICA DE UN PACIENTE REQUIERA DE MEDIOS ESPECIALIZADOS Y LA UNIDAD MÉDICA NO CUENTE CON ELLOS, SE PROCEDERÁ A LA REFERENCIA DEL PACIENTE A LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA MÁS PRÓXIMA QUE CUENTE CON LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA ATENDER AL PACIENTE OPORTUNAMENTE Y AL MENOR COSTO, DE ACUERDO CON LAS DISPOSICIONES QUE AL EFECTO EMITA LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

GENERALES

1. LAS UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, DEBERÁN TENER UNA PERSONA, ÁREA, SERVICIO O COORDINACIÓN PARA ATENDER ASUNTOS EN MATERIA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.
2. CUANDO EL DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE UN PACIENTE REBASE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA UNIDAD MÉDICA, DEBERÁ REFERIRSE A LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA DEL MISMO O SIGUIENTE NIVEL DE ATENCIÓN QUE CUENTE CON LA ESPECIALIDAD MÉDICA Y LA INFRAESTRUCTURA NECESARIA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA DE SALUD DEL DERECHOHABIENTE, PARA ESTO, SE DEBERÁ PRIMERAMENTE CONSULTAR EL CATÁLOGO DE SERVICIOS Y ENSEGUIDA CONCERTAR LA CITA MÉDICA.
3. LAS CONDICIONES PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE REFERIR A UN PACIENTE A OTRA UNIDAD MÉDICA SERÁN: TIPO DE PADECIMIENTO, EVOLUCIÓN, COMPLEJIDAD, PRONÓSTICO, LIMITACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES PARA DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO, DE CONFORMIDAD A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS AL RESPECTO EN LA GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE ADECUADOS AL NIVEL DE ATENCIÓN.
4. EL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES" (ANEXO 1), SERÁ DE USO OBLIGATORIO EN TODAS LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO, EN LA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.
5. POR NINGÚN MOTIVO SE CONSIDERARÁ EL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES" COMO DOCUMENTO PARA LA CERTIFICACIÓN DE VIGENCIA DE DERECHOS, YA QUE EL DOCUMENTO OFICIAL, ES LA TARJETA DE CITAS MÉDICAS, LA QUE DEBERÁ TENER EL SELLO DE VIGENCIA DE DERECHOS, YA SEA VALIDADO EN EL 1, 2, O 3 NIVEL DE ATENCIÓN, MEDIANTE PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS Y/O VERIFICACIÓN EN SISTEMA INTEGRAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS (SIPE).

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

697

6. TODO PACIENTE REFERIDO POR PROBABLE RIESGO DE TRABAJO O RIESGO DE TRABAJO, DEBERÁ SER ATENDIDO CON ALTA PRIORIDAD Y DARLE SEGUIMIENTO PARA SU PRONTA CONTRARREFERENCIA.
7. NO PODRÁ REFERIRSE A NINGÚN PACIENTE QUE NO SEA DERECHOHABIENTE DEL INSTITUTO.
8. CUANDO LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA UNA VEZ RECIBIDO AL PACIENTE, NO PUEDA PROPORCIONAR LA ATENCIÓN MÉDICA Y/O LOS APOYOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTO, POR IMPREVISTOS EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS EQUIPOS O CARENCIA DE RECURSOS, DEBERÁ PROCEDER A COLOCAR EL SELLO DE NEGATIVA Y LO ENVIARÁ A OTRA UNIDAD QUE CUENTE CON ESTOS, SIN NECESIDAD DE LLENAR OTRO FORMATO SM-1-17.

RESPONSABILIDADES

RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO TRATANTE.

9. REQUISITAR ADECUADA Y COMPLETAMENTE, DE PREFERENCIA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE, LEGIBLE, SIN TACHADURAS NI ENMENDADURAS, EL ANVERSO DEL FORMATO "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES" SM-1-17, REGISTRANDO EL RESUMEN MÉDICO COMPLETO Y/O LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE SE HAYAN REALIZADO AL PACIENTE (NO DEBERÁN UTILIZAR ABREVIATURAS).
10. FIRMAR LAS SOLICITUDES DE REFERENCIA Y SOLICITAR EL VISTO BUENO DEL JEFE INMEDIATO.
11. SERÁ FACULTAD DEL MÉDICO TRATANTE DETERMINAR SI ES NECESARIO REFERIR AL PACIENTE CON ACOMPAÑANTE, QUIEN DE ACUERDO CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PATOLOGÍA QUE ORIGINA EL TRASLADO, PODRÁ SER ACOMPAÑANTE FAMILIAR Y/O ACOMPAÑANTE MÉDICO. LA PERSONA DESIGNADA COMO ACOMPAÑANTE DEBERÁ SER MAYOR DE EDAD Y TENER FACULTAD PARA AUTORIZAR AL INSTITUTO EL TRATAMIENTO MÉDICO, QUIRÚRGICO O CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO QUE REQUIERA EL PACIENTE.
12. EL MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE EN LAS UNIDADES MÉDICAS RECEPTORAS DEBERÁ ABSTENERSE DE INFORMAR AL PACIENTE Y/O FAMILIAR SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE TRASLADO CON ACOMPAÑANTE.

RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA, ÁREA, SERVICIO O COORDINACIÓN.

13. GESTIONAR LA CITA E INFORMAR AL PACIENTE, LA FECHA, SERVICIO Y HORA DE SU CITA Y LUGAR DONDE SE LE DARÁ LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA, ASÍ MISMO, SE LE DEBERÁN GESTIONAR AL PACIENTE CUANDO ESTO PROCEDA, SUS VIÁTICOS.
14. LA RESPONSABILIDAD DE GESTIONAR CITAS Y TRASLADOS DE PACIENTES REFERIDOS, YA SEA DE PRIMERA VEZ O SUBSECUENTES, RECAERÁ ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE EN PERSONAL DEL INSTITUTO AUTORIZADO PARA ELLO.
15. REGISTRAR Y CONTROLAR LAS REFERENCIAS QUE SE REALICEN, CONTABILIZANDO EL NÚMERO DE VECES QUE ES REFERIDO CADA PACIENTE POR EL MISMO CASO Y DIAGNÓSTICO, AL SUPERAR LAS CINCO CONSULTAS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

698

SUBSECUENTES SE HARÁ DEL CONOCIMIENTO DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA.

16. LAS UNIDADES MÉDICAS EMISORAS Y RECEPTORAS, DEBERÁN CONCILIAR LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE ENVÍOS RECURRENTES Y EN CONSULTAS SUBSECUENTES, A FIN DE DETERMINAR LA CONTRARREFERENCIA DEL PACIENTE Y LO PROCEDENTE EN CADA CASO.
17. CONTROLAR LA DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTA ESPECIALIDAD, QUE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA PROPORCIONA PARA QUE LOS PACIENTES CONTRARREFERIDOS CONTINUEN SU TRATAMIENTO MÉDICO.
18. NOTIFICAR A LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA, SUSPENDER LA DOTACIÓN DEL MEDICAMENTO DE ALTA ESPECIALIDAD, CUANDO UN PACIENTE CONCLUYA SU TRATAMIENTO O POR LA DEFUNCIÓN DEL PACIENTE.

RESPONSABILIDADES DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA.

19. REVISAR, VALORAR Y AUTORIZAR MEDIANTE SU FIRMA, EL FORMATO SM-1-17 ELABORADO POR EL MÉDICO TRATANTE O EN QUIEN DELEGUE ESTA FUNCIÓN, SIENDO OBLIGATORIO QUE SEA UN MÉDICO.
20. ELABORAR Y DIFUNDIR EN LA REGIÓN OPERATIVA A LA QUE PERTENEZCAN, UN CATÁLOGO DE SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS, QUE ESTÉN EN POSIBILIDADES DE REALIZAR, INCLUYENDO DÍAS Y HORARIOS EN QUE ESTEN DISPONIBLES, CON ACTUALIZACIONES CUANDO MENOS CADA TRES MESES.
21. PROMOVER ENTRE EL PERSONAL MÉDICO DE SU UNIDAD, QUE LA ATENCIÓN MÉDICA SE OTORQUE CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDA, A FIN DE INTEGRAR UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ACERTADO, QUE PERMITA AL PACIENTE LA REHABILITACIÓN Y LA RECUPERACIÓN DE SU SALUD EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE.
22. TODA REFERENCIA QUE GENERE MÁS DE CINCO CONSULTAS (O MÚLTIPLOS DE CINCO) SUBSECUENTES DEL MISMO CASO Y DIAGNÓSTICO, DEBERÁN SER REVISADAS, EVALUADAS Y DICTAMINADAS POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA, QUIEN DETERMINARÁ LA PROCEDENCIA DE LA SUBSECUENCIA, PREVIA OPINIÓN DEL SERVICIO A CARGO DEL PACIENTE Y CON BASE EN LA POSIBILIDAD DE CONTINUAR SU TRATAMIENTO Y CONTROL EN LA PROPIA UNIDAD.
23. EN EL CASO DE SUMAR DIEZ CONSULTAS SUBSECUENTES DEL MISMO CASO Y DIAGNÓSTICO SIN QUE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA HAYA REALIZADO LA CONTRARREFERENCIA O LA SOLICITUD DE CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO, LOS GASTOS POR LOS SIGUIENTES TRASLADOS SERÁN COMPARTIDOS A PARTES IGUALES POR LA UNIDAD MÉDICA EMISORA Y LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA, HASTA QUE SE SUBSANE LA OMISIÓN.
24. CONTROLAR, SUPERVISAR, EVALUAR Y RESOLVER LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL.
25. SUPERVISAR Y AUTORIZAR LOS CASOS DE PACIENTES ENVIADOS MEDIANTE EL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

699

CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES” Y LA ESTADÍSTICA MENSUAL DE LA MISMA.

26. ANALIZAR Y REVISAR LAS REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS, ASÍ COMO SU DEBIDA INTEGRACIÓN EN LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS, INFORMANDO A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE DE LOS CASOS AUTORIZADOS CUANDO SE HA REBASADO EL NÚMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES OTORGADAS.

RESPONSABILIDADES DE LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS.

27. PROMOVER EN SU ÁMBITO LOCAL, ESTATAL O REGIONAL, LA FORMALIZACIÓN DE CONVENIOS DE INTERCAMBIO DE SERVICIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS, DE HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, CON UNIDADES DEL SECTOR SALUD.
28. DETERMINAR CON BASE EN ESTUDIOS DE COSTO-EFECTIVIDAD, LA CONVENIENCIA DE DESPLAZAR EN FORMA PROGRAMADA A UN MÉDICO ESPECIALISTA, DESDE UNA UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD A OTRA DE MENOR CAPACIDAD RESOLUTIVA, PARA ATENDER A UN GRUPO DE PACIENTES QUE REQUIERAN LOS SERVICIOS DE ESA ESPECIALIDAD O LA CONVENIENCIA DE QUE UN MÉDICO ESPECIALISTA, CAPACITE A LOS MÉDICOS TRATANTES QUE ORIGINAN LAS REFERENCIAS DE PACIENTES.
29. ESTABLECER LA FACTIBILIDAD, CON BASE EN ESTUDIOS DE COSTO-EFECTIVIDAD, DE TRASLADAR A LOS PACIENTES EN GRUPO, GUIADOS POR UNA TRABAJADORA SOCIAL Y UN MÉDICO, CUANDO ESTOS SEAN REFERIDOS A UNA MISMA UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD.
30. PROGRAMAR Y SUPERVISAR SE REALICE LA CAPACITACIÓN, SUPERVISIÓN Y ASESORÍA NECESARIAS PARA CONSTATAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES ESTABLECIDAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO. ASÍ COMO SEÑALAR A LOS TITULARES DE LAS UNIDADES MÉDICAS, LAS DESVIACIONES REGISTRADAS PARA SU CORRECCIÓN INMEDIATA.
31. VIGILAR QUE SE EVALÚEN LAS REFERENCIAS ENVIADAS POR LAS UNIDADES MÉDICAS, LOS MOTIVOS QUE LAS ORIGINAN Y LA CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL NIVEL DE ATENCIÓN A DONDE SE REFIERE, CON EL FIN DE INFLUIR EN LA TOMA DE DECISIONES Y PODER SUBSANAR EN LO POSIBLE, LAS CAUSAS ESPECIALES QUE MOTIVAN EL FLUJO DE PACIENTES HACIA OTRAS UNIDADES MÉDICAS.

RESPONSABILIDADES DEL TITULAR DE LA DELEGACIÓN.

32. CONTROLAR EL PRESUPUESTO DE LA PARTIDA DE TRASLADOS DE PACIENTES CON CORTES MENSUALES, ESTABLECIENDO LAS MEDIDAS NECESARIAS DE AUSTERIDAD, RACIONALIDAD Y TRANSPARENCIA.
33. SUPERVISAR QUE EL SUBDELEGADO MÉDICO EVALUE LOS REPORTES MENSUALES DE REFERENCIAS COTEJANDO QUE LOS PACIENTES NO HAYAN SIDO DADOS DE BAJA POR VIGENCIA DE DERECHOS, SI FUERA EL CASO DEBERÁN DAR AVISO A LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA PARA QUE SUSPENDA LA ATENCIÓN MÉDICA A OTORGARSE.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

700

SUBROGACIONES.

34. PARA LA SUBROGACIÓN DE UN SERVICIO REQUERIDO, SE AUTORIZARÁ DE CONFORMIDAD CON EL ANÁLISIS COSTO-BENEFICIO, CON CARGO AL PRESUPUESTO DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA, EN CASO DE QUE NO TENGA CAPACIDAD PRESUPUESTAL, DEBERÁ SER RESUELTO POR LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE.
35. LAS UNIDADES MÉDICAS EMISORAS Y/O RECEPTORAS, CON APOYO DE LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA, REALIZARÁN ESTUDIOS DE COSTO – BENEFICIO, QUE JUSTIFIQUEN LA SUBROGACION LOCAL DE SERVICIOS EN SUBSTITUCION DE LA REFERENCIA DE PACIENTES, CUANDO LAS UNIDADES MÉDICAS RECEPTORAS NO ESTÉN EN POSIBILIDAD DE ATENDER LAS PETICIONES DE REFERENCIA POR RAZÓN DE SATURACIÓN DE SERVICIOS, FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA, INEXISTENCIA DE EQUIPOS O POR FALLA TEMPORAL DE ESTOS.

FORANEAS.

36. EN LOS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA, DONDE EXISTEN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR Y EL SIGUIENTE NIVEL ES UNA CLÍNICA HOSPITAL O UN HOSPITAL GENERAL O UN HOSPITAL REGIONAL, ESTAS PODRÁN REFERIR DIRECTAMENTE AL NIVEL DE ATENCIÓN MÁS CERCANO.
37. ÚNICAMENTE SE AUTORIZARÁ VIAJAR CON ACOMPAÑANTE EN LOS SIGUIENTES CASOS:
 - A).- CUANDO LA PATOLOGÍA QUE ORIGINA EL TRASLADO SE ENCUENTRE EN UN ESTADO CLÍNICO QUE IMPIDA QUE EL PACIENTE SE VALGA POR SÍ MISMO, QUE NO PUEDA DEAMBULAR CON SEGURIDAD O QUE ESTÉ EN RIESGO DE COMPLICACIÓN.
 - B).- CUANDO SE TRATE DE PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS.
 - C).- CUANDO SEAN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS Y QUE NO PUEDAN VALERSE POR SÍ MISMOS.
 - D).- PACIENTES CON PADECIMIENTOS INVALIDANTES.
 - E).- PACIENTES TRASLADADOS POR UNA URGENCIA CALIFICADA.

EXCEPCIONALES.

38. EN LOS CASOS EN QUE LOS PACIENTES INGRESEN A TRAVÉS DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y SEA HOSPITALIZADO, NO DEBERÁ SOLICITARSE EL FORMATO SM-1-17 A LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN.
39. LOS PACIENTES ATENDIDOS POR UNA URGENCIA MÉDICA O QUIRÚRGICA, UNA VEZ ESTABILIZADOS Y EN CONDICIONES DE SER TRASLADADOS, DEBERÁN SER REFERIDOS PREVIO AVISO, A LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA QUE LES CORRESPONDA, QUIEN TENDRÁ LA OBLIGACIÓN DE RECIBIRLOS PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO.
40. EN LOS CASOS SEÑALADOS EN EL NUMERAL ANTERIOR, A LA UNIDAD MÉDICA HOSPITALARIA RECEPTORA, LE CORRESPONDERÁ CONTINUAR EL

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

701

TRATAMIENTO Y CONTROL DE LOS PACIENTES, DEBIENDO ATENDER LA PETICIÓN EN FORMA PRIORITARIA.

REFERENCIA DE PACIENTES FUERA DE ZONA EN ÁREA METROPOLITANA.

41. SERÁ RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA DE ISSSTE-EMERGENCIAS, VALORAR, GESTIONAR Y REALIZAR LOS TRASLADOS DE PACIENTES DERECHOHABIENTES INTERNADOS EN HOSPITALES AJENOS AL INSTITUTO, GARANTIZANDO LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL QUE CUENTE CON LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE ACUERDO AL PADECIMIENTO Y ESTADO CRÍTICO QUE PRESENTE.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

702

3. DESARROLLO

No.	Responsable	Actividad
		Inicia el procedimiento
1	MÉDICO TRATANTE	Atiende al paciente, valora e integra diagnóstico, de acuerdo al padecimiento y establece evolución, complejidad y pronóstico.
2		Consulta la Guía de Diagnóstico Terapéutica específica para esta patología, determina si requiere un servicio en otra Unidad Médica (Referencia) y el tiempo máximo permitido para ser atendido.
		¿Requiere un servicio en otra Unidad Médica?
2.1		NO: Proporciona la atención médica y el tratamiento correspondiente, otorga cita o alta según el caso, registra en expediente clínico y turna al archivo clínico. Termina el procedimiento en esta actividad.
2.2		SI: Requisita en original y dos copias el anverso de la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17 (Anexo 1) y solicita la autorización al Jefe Inmediato (Coordinador, Jefe o responsable del servicio) de la Unidad Médica Emisora.
3	JEFE INMEDIATO (COORDINADOR, JEFE O RESPONSABLE DEL SERVICIO)	Recibe la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, revisa que estén completos los datos, que sean congruentes en el ámbito médico, legibles, sin tachaduras, ni enmendaduras y que incluyan los datos y firma del médico tratante.
		¿Es correcto el llenado de la solicitud?
3.1		NO: Lo notifica al Médico Tratante y explica el motivo. Regresa a la actividad 1.
3.2		SI: Autoriza con su firma y turna la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17 al área responsable de referencia y Contrarreferencia (UMF: Responsable de la Unidad; CMF: Coordinación de Atención Médica; Unidades de Segundo Nivel: Coordinación de Apoyo a los Servicios Médicos y Unidades de Tercer Nivel: Coordinación de Enlace Hospitalario).
4	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA EMISORA)	Recibe la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, revisa "Catálogo de Servicios", elabora estudio costo-beneficio para determinar que es más oportuno y económico (Referencia o Subrogación).
		¿Es más favorable la Referencia?

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					703

No.	Responsable	Actividad
4.1	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA EMISORA)	NO: Continúa en el "Procedimiento de Subrogación"
4.2		SI: Verifica si existen medios de comunicación para solicitar y confirmar la cita del paciente con la Unidad Médica Receptora. ¿Es posible comunicarse con la Unidad Médica Receptora para solicitar y confirmar la cita?
4.2.1		NO: Registra en el sistema, indica al paciente que deberá acudir directamente a solicitar su cita y turna para su autorización al Director de la Unidad Médica Emisora. Continúa en la actividad número 7.
4.2.2		SI: Gestiona con la Unidad Médica Receptora vía telefónica y/o Fax, correo electrónico o Telemedicina, la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17 para confirmar una cita al paciente referido, estableciendo la fecha, hora y servicio para la atención médica y/o estudios de gabinete
5	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA RECEPTORA)	Recibe la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17 y datos del paciente, vía telefónica y/o Fax, correo electrónico o Telemedicina, revisa la agenda del servicio y determina la capacidad resolutive con base al diferimiento y/o el estado actual de los equipos de diagnóstico y en función del tiempo máximo permitido para su atención médica. ¿Dispone de capacidad resolutive y el diferimiento es razonable, para una pronta atención?
5.1		NO: Lo hace del conocimiento de la Unidad Médica Emisora. Continúa en la actividad número 6, para buscar otra alternativa.
5.2		SI: Confirma a la Unidad Médica Emisora la aceptación del paciente y registra la cita; fecha, hora y servicio, en la agenda del servicio. Continúa en la actividad número 8
6	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA EMISORA)	Recibe la confirmación negativa para la cita del paciente en el servicio solicitado en la Unidad Médica Receptora. Registra en el Sistema la "Consulta Negativa". Revisa en el "Catálogo de Servicios" la siguiente opción más conveniente. Gestiona vía telefónica y/o Fax, correo electrónico o Telemedicina, la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17 para confirmar la cita para el paciente referido, estableciendo la fecha, hora y servicio para la atención médica y/o estudios de gabinete del paciente. ¿Existen más opciones?

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
		704			

No.	Responsable	Actividad
6.1	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA EMISORA)	NO: Continúa en el "Procedimiento de Subrogación"
6.2		SI: Gestiona con la Unidad Médica Receptora vía telefónica y/o Fax, correo electrónico o Telemedicina, la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17 para confirmar una cita al paciente referido, estableciendo la fecha, hora y servicio para la atención médica y/o estudios de gabinete. Regresa a la actividad número 5.
7	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA EMISORA	<p>Recibe la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, con la confirmación de la cita del paciente, revisa si la solicitud se llenó correctamente.</p> <p>¿Está correcto el llenado de la solicitud?</p>
7.1		NO: Lo turna al Jefe Inmediato del Médico Tratante y explica el motivo. Regresa a la actividad número 3.
7.2		SI: Autoriza con su firma y determina si requiere viajar con acompañante y el medio de transporte, turna al área responsable de referencia y Contrarreferencia (UMF: el Titular de la Unidad; CMF: Coordinación de Atención Médica; Unidades de Segundo Nivel: Coordinación de Apoyo a los Servicios Médicos y Unidades de Tercer Nivel: Coordinación de Enlace Hospitalario). Continúa en la actividad número 9.
8	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA EMISORA)	Recibe de la Unidad Médica Receptora, la confirmación de la cita del paciente y turna al Director de la Unidad Médica Emisora, la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, para su autorización. Regresa a la actividad número 7.
9		<p>Revisa la clave del traslado de la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, autorizada por el Director de la Unidad Médica Emisora, y verifica si el traslado requiere trámite de viáticos para el paciente con o sin acompañante.</p> <p>¿Requiere trámite de viáticos?</p>
9.1		NO: Lo hace del conocimiento del paciente y/o familiar, indicándole se traslade por sus propios medios a la Unidad Médica Receptora. Continúa en la actividad número 12.
9.2		SI: Elabora en original y dos copias el formato "Orden de Traslado" (Anexo 3) y turna al responsable del área de pasajes y viáticos, dependiente de la Subdirección Administrativa.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

705

No.	Responsable	Actividad
10	ÁREA DE PASAJES Y VIÁTICOS (UNIDAD MÉDICA EMISORA)	Registra la "Orden de Traslado", programa el gasto y establece fecha de pago o reembolso, archiva la primera copia y devuelve el original y la segunda copia al área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica Emisora.
11	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA EMISORA)	Recibe "Orden de Traslado", registra en el sistema y entrega al paciente y/o familiar, original y segunda copia, indicándole que deberá recabar el sello de la Unidad Médica Receptora como comprobación del viaje.
12		Solicita al paciente y/o familiar, firme la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, archiva en el expediente clínico, la segunda copia y entrega al paciente y/o familiar un sobre cerrado con el original y primera copia, la cual será entregada en la Unidad Médica Receptora el día de su cita.
13		Recibe original y segunda copia de la "Orden de Traslado" y se presenta en el área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica Receptora el día de su cita
14	PACIENTE Y/O FAMILIAR	Firma la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, recibe sobre cerrado conteniendo original y primera copia de la solicitud SM-1-17, y acude puntualmente a la Unidad Médica Receptora en la fecha, hora y lugar en donde le será otorgada la atención médica. Termina el procedimiento.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

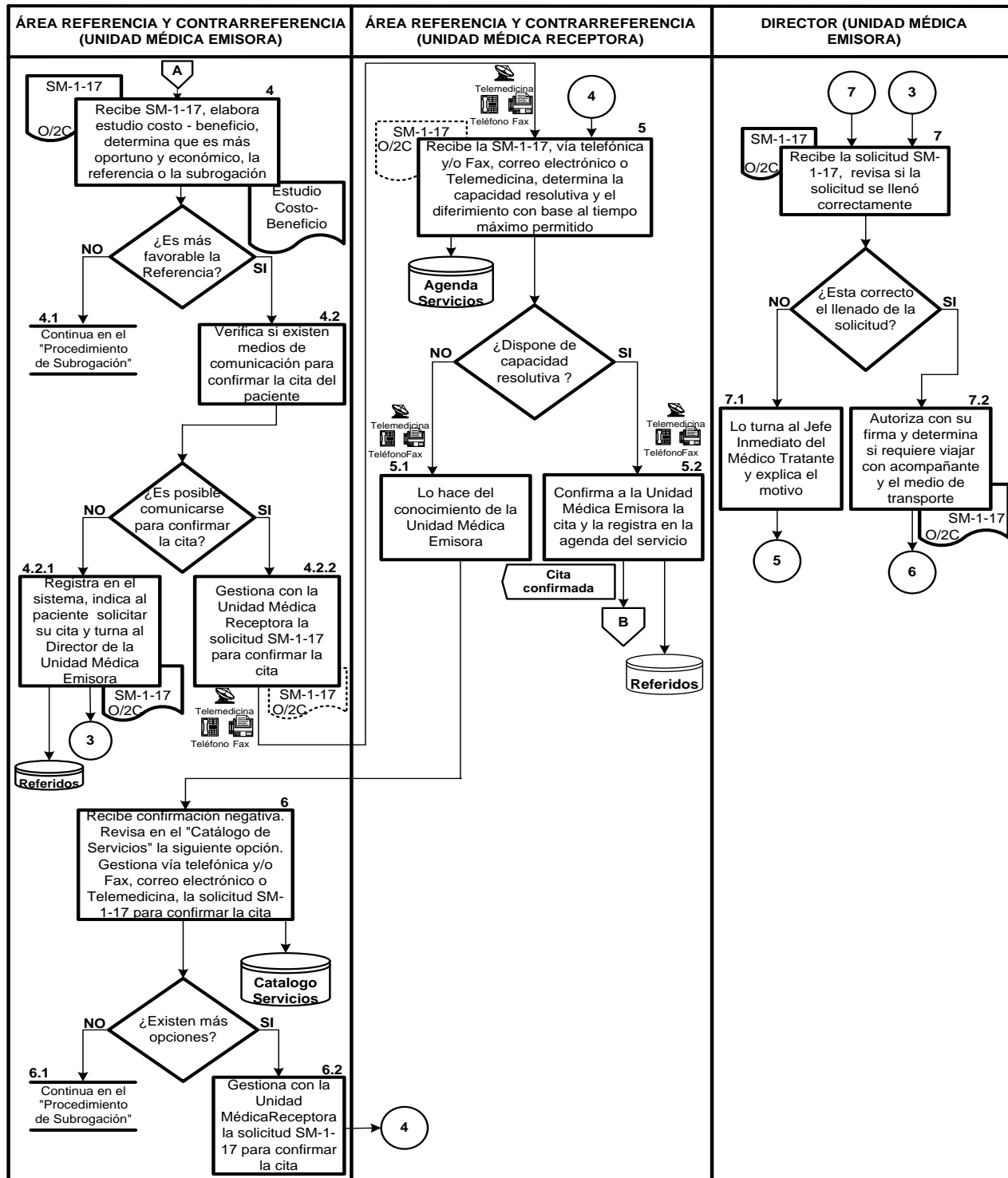
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

706

4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

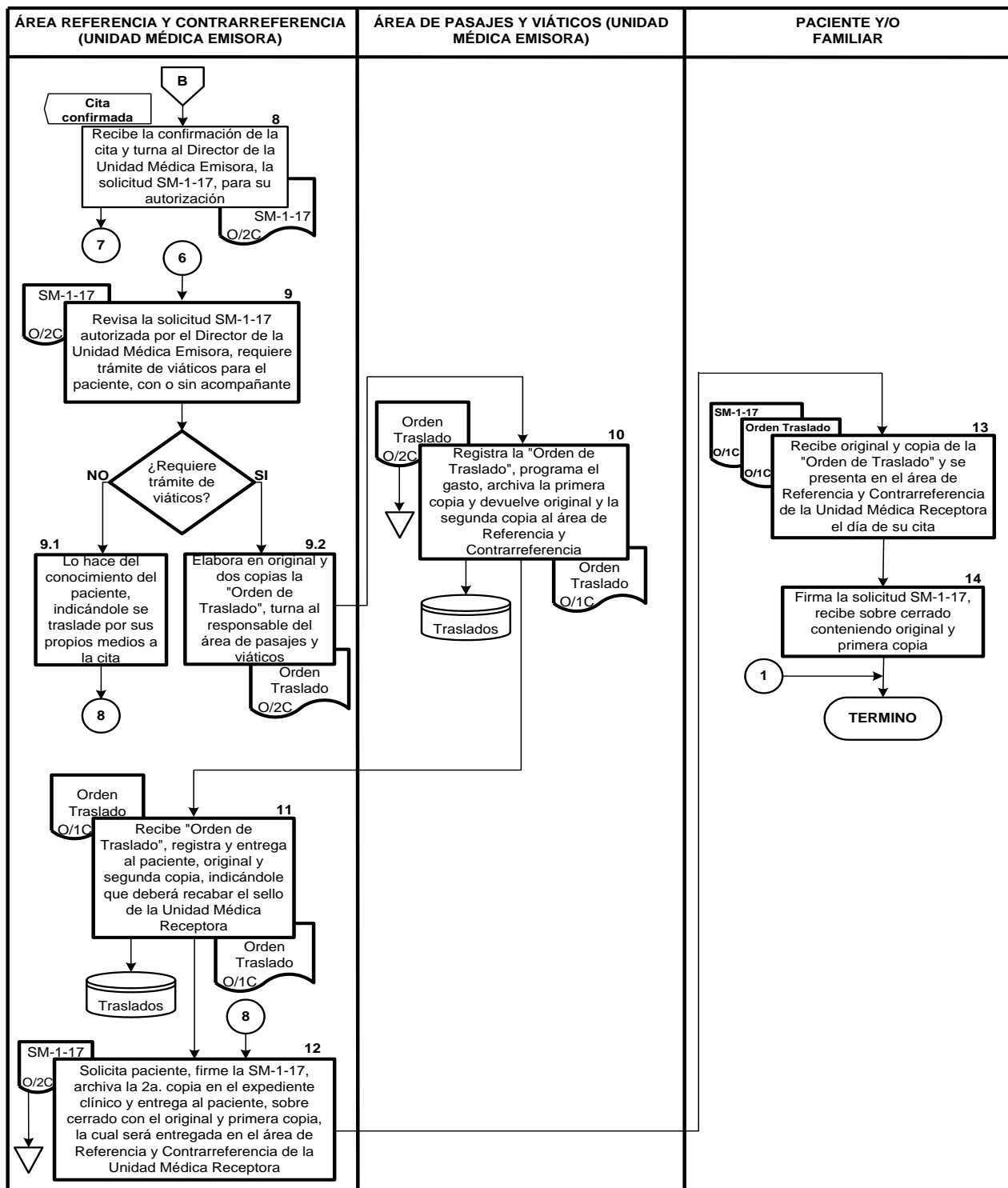
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

707



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**2. REFERENCIA DE PACIENTES****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

708

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS**7. TÉRMINOS Y
DEFINICIONES****8. ANEXOS**

- a. Formato "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, Anverso.
- b. Formato para la "Orden de Traslado"
- c. Referencia de Pacientes (Lenguaje Ciudadano)

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
N/A	N/A	N/A

Dr.	Dr.	Dr.
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

709

8 ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

710



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

ANEXO 1

Folio No. 1

Fecha y hora

Día	Mes	Año	Hr.	Min.

Subdirección General Médica

SOLICITUD DE REFERENCIA

Unidad Médica Emisora: 3 Clave: 4

Motivos de la referencia: 5

Nombre del Paciente: 6

Mas. Fem.

Sexo: 7 Edad: 8 años Expediente: 9 Teléfono: 10

Unidad Médica Receptora: 11 Clave: 12

El paciente se refiere a: 13

Consulta Externa Espec.: Hospitalización: Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: Rehabilitación Física: No. Traslados en el año: 14

Servicio: 15 Tipo de Traslado: 16 CITA: Fecha y hora

Primera Vez Subsecuente

Día	Mes	Año	Hr.	Min.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo del envío, valoración, diagnóstico y terapéutica

Resultados de Laboratorio y Gabinete

Licencia Médica otorgada Desde: 20 Hasta: 21 Referencia por: Probable Riesgo de Trabajo Riesgo de Trabajo

Médico Tratante

22

Nombre, Clave y Firma

Vo. Bo. Jefe Inmediato

23

Nombre, Clave y Firma

Sello de la Unidad Médica Emisora

24

Clave de Traslado:

25

A =
B =
C =
D =

0 =
1 =

Director o responsable de la Unidad Médica Emisora

26

Nombre, Clave y Firma

Paciente y/o Familiar

27

Nombre y Firma

TODO PACIENTE DERECHABIENTE REFERIDO, DEBERÁ PRESENTAR SU ÚLTIMO TALÓN DE PAGO

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
		711			

Formato:	SM-1-17 (ANVERSO)
Nombre:	Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes.
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información médico–administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Referencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico tratante de la Unidad Médica Emisora que propone la Referencia.
Revisión:	Jefe inmediato del médico tratante que propone la Referencia.
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser referido).
Documento Fuente:	Ninguno.
Se remite a:	Área de Estadística.
Actividad a realizar en área receptora:	Archivar copia, capturar en el sistema informático y evaluar su operación.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	

No.	Nombre	Debe anotarse
1	FOLIO No	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Emisora que genera la solicitud
2	FECHA Y HORA	El Día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de referencia de un paciente
3	UNIDAD MÉDICA EMISORA	El Nombre de la Unidad Médica que refiere al paciente
4	CLAVE	El Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que refiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística)
5	MOTIVOS DE LA REFERENCIA	La descripción del motivo de la referencia (falta de recurso humano, equipo o instrumental médico, inexistencia del servicio y/o especialidad requerido, entre otros)
6	NOMBRE DEL PACIENTE	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que requiere ser referido.
7	SEXO	Con una cruz si el paciente es de sexo (mas) masculino o (fem) femenino según corresponda.
8	EDAD	El Número de años cumplidos del paciente.
9	EXPEDIENTE	El Número de registro que se encuentra anotado en el expediente Médico del paciente.
10	TELÉFONO	El Número telefónico donde se pueda localizar al paciente o a sus familiares más cercanos
11	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El Nombre de la unidad médica que confirmó cita para atender al paciente referido
12	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que recibe un paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
13	EL PACIENTE SE REFIERE A:	Con una cruz si el paciente es referido a los servicios de "Estudios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento", "Rehabilitación Física" o "Consulta Externa Especializada", según corresponda.
14	NÚMERO DE TRASLADOS EN EL AÑO	El número de traslados ocurridos por el mismo paciente, durante el año calendario.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					713

No.	Nombre	Debe anotarse
15	SERVICIO	El nombre del servicio que requiere el paciente referido
16	TIPO DE TRASLADO	Marque con una cruz si el tipo de traslado es de “Primera Vez” o “Subsecuente”, según corresponda
17	CITA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), de la cita confirmada para el paciente referido
		PRESENTACIÓN DEL CASO
18	MOTIVO DEL ENVÍO, VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA	La descripción de los antecedentes del heredo – familiares no patológicos y patológicos, la evolución de la patología, tratamiento previo en caso de existir, diagnóstico y las causas que justifican la referencia del paciente
19	RESULTADOS DE LABORATORIO Y GABINETE	La descripción de los estudios de laboratorio y/o gabinete practicados al paciente
20	LICENCIA MÉDICA OTORGADA	Periodo de tiempo en días, que cubre una Licencia Médica para un paciente referido, anotar el día, mes y año de inicio y día, mes y año de termino.
21	REFERENCIA POR:	Anotar únicamente en caso de que el paciente referido, presente un “probable riesgo de trabajo” o un “riesgo de trabajo”.
22	MÉDICO TRATANTE	El nombre completo, clave y firma del Médico Tratante que propone la Referencia del paciente
23	Vo.Bo. JEFE INMEDIATO	El nombre completo, clave y firma del Jefe Inmediato del Médico Tratante, que otorga el “Visto Bueno” a la Solicitud de Referencia del paciente
24	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA EMISORA	El sello de la Unidad Médica Emisora en el espacio asignado <i>ex profeso</i> .

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------

**2. REFERENCIA DE PACIENTES****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:**

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

12

2007

No. de Página

714

No.	Nombre	Debe anotarse
25	CLAVE DEL TRASLADO	La clave según corresponda al tipo de traslado autorizado: (Es responsabilidad exclusiva del director de la Unidad Médica Emisora o quien tenga delegada la responsabilidad) A Por autobus B Por ambulancia C Por automóvil D Por vía aérea 0 El paciente NO requiere acompañante 1 El paciente SI requiere ir acompañado
26	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA EMISORA	Nombre completo, clave y firma del director de la Unidad Médica Emisora, autorizando la solicitud de referencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible.
27	PACIENTE Y/O FAMILIAR	Nombre completo y firma del paciente y/o del familiar responsable del paciente, aceptando la entrega de este documento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

715



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

ANEXO 2

ORDEN DE TRASLADO

Folio No. 1

SM-1-17 2

3
Fecha y hora
Día Mes Año Hr. Min.

Datos del Paciente

Nombre del Paciente:

Mas. Fem.

Sexo: 5

Edad: 6 años

Expediente: 7

Teléfono: 8

Datos del Traslado (Salida)

Unidad Médica Emisora:

Clave: 10

Unidad Médica Receptora:

Clave: 12

13
Fecha y hora
Día Mes Año Hr. Min.

No. de recibo: 14

Importe \$: 15

Traslado Línea Salida: 16

Datos del Traslado (Retorno)

Unidad Médica Emisora:

Clave: 18

Unidad Médica Receptora:

Clave: 20

21
Fecha y hora
Día Mes Año Hr. Min.

No. de recibo: 22

Importe \$: 23

Traslado Línea Retorno: 24

Responsable de la Unidad Médica Receptora

25

Nombre, Clave y Firma

Sello de la Unidad Médica Receptora

26

Paciente y/o familiar

27

Nombre y Firma
Recibí Cantidad Señalada

Formato:

S/N

Nombre:

Orden de traslado.

Ejemplares:

Se llena en original y dos copias.

Tamaño:

Media Carta.

Objetivo:

Establecer el control sobre los traslados que ameritan pago de pasajes o boletos de transporte y las erogaciones económicas que se realicen por este concepto.

Responsable del llenado:

El Responsable del área de Referencia y Contrarreferencia de pacientes de las Unidades Médicas Emisoras (salida) y Receptoras (retorno).

Registro contable:

Responsable del Área de Pasajes y Viáticos

Autoriza:

Director de la Unidad Médica Emisora

Periodicidad:

Diaria

Documento Fuente:

SM-1-17

Se remite a:

Área de Estadística.

Actividad a realizar en área receptora:

Archivar copia, capturar en el sistema informático y evaluar su operación.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					716

No.	Nombre	Debe anotarse
1	FOLIO No	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Emisora que genera la solicitud
2	SM-1-17	El número de folio del formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" autorizando la referencia del paciente
3	FECHA Y HORA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la orden de traslado
4	NOMBRE DEL PACIENTE	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que tiene cita y requiere ser trasladado
5	SEXO	Con una cruz si el paciente es de sexo masculino o femenino según corresponda
6	EDAD	El número de años cumplidos del paciente
7	EXPEDIENTE	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
8	TELÉFONO	El número telefónico donde se pueda localizar al paciente o sus familiares más cercanos
9	UNIDAD MÉDICA EMISORA	El nombre de la Unidad Médica Emisora que confirmó una cita para atender al paciente referido
10	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
11	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El nombre de la Unidad Médica Receptora que aceptó confirmar la cita para atender al paciente referido.
12	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
13	FECHA Y HORA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), del traslado del paciente (salida)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					717

No.	Nombre	Debe anotarse
14	No DE RECIBO	El número de recibo o factura otorgada al paciente para comprobar el traslado y proceder a su pago
15	IMPORTE \$	El monto total que cubre el recibo o la factura
16	TRASLADO LÍNEA SALIDA	El nombre de la línea de pasajeros o medio de transporte utilizado para el traslado del paciente (salida)
17	UNIDAD MÉDICA EMISORA	El nombre de la Unidad Médica Emisora que confirmó una cita para atender al paciente referido
18	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
19	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El nombre de la Unidad Médica Receptora que aceptó confirmar la cita para atender al paciente referido
20	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística).
21	FECHA Y HORA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), del traslado del paciente (retorno)
22	No DE RECIBO	El número de recibo o factura otorgada al paciente para comprobar el traslado y proceder a su pago
23	IMPORTE \$	El monto total que cubre el recibo o la factura
24	TRASLADO LÍNEA RETORNO	El nombre de la línea de pasajeros o medio de transporte utilizado para el traslado del paciente (retorno)
25	RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El nombre completo, clave y firma del responsable del Área de Referencia y Contrarreferencia en la Unidad Médica Receptora, quien apoyará al paciente referido
26	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El sello de la Unidad Médica Receptora, que confirma la presencia del paciente referido a su cita médica. En el lugar designado <i>ex profeso</i>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

12

2007

No. de Página

719

ANEXO “C”

REFERENCIA DE PACIENTES (LENGUAJE CIUDADANO)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

720

I. INTRODUCCIÓN

La referencia de pacientes es un trámite médico–administrativo que realizan los médicos tratantes de las unidades para enviar a los pacientes de una unidad médica que inicia la atención, a otra con medicina de especialidad.

Con el fin de otorgar de manera más oportuna la atención a los derechohabientes de los servicios de salud, que proporcionan las unidades de primer nivel de atención (C.M.F), segundo nivel de atención (Clínicas Hospitales y Hospitales Generales), Hospitales Regionales y el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”; de acuerdo al tipo de padecimiento, su evolución, complejidad, pronóstico y la disponibilidad de recursos para su adecuado tratamiento, control y/o rehabilitación.

Lo anterior es parte de la modernización de las instituciones públicas para cumplir con las expectativas de servicio que requiere la ciudadanía: calidad, profesionalidad, honestidad y transparencia; componentes de la agenda presidencial de buen gobierno, que impulsa la Presidencia de la República.



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

721

II. OBJETIVO

Informar al paciente-derechohabiente los puntos más importantes del trámite de la referencia, traslado y los beneficios que recibe cuando su atención médica requiere de recursos especializados y su unidad médica no cuente con ellos para atenderlo de manera oportuna.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

722

III. RESPONSABILIDADES

RESPONSABILIDAD DE LA UNIDAD MÉDICA

9. Las unidades médicas del primero y segundo nivel de atención, deben contar con una persona, área, servicio o coordinación para operar el proceso de referencia y contrarreferencia.
10. Se efectuará la referencia del paciente a la unidad médica más próxima que corresponda a la regionalización de servicios médicos, que cuente con la especialidad médica y los recursos necesarios.
11. Cuando un paciente deba ser referido, el responsable de referencia y contrarreferencia concertará la cita médica con la unidad a la que será enviado, del mismo o siguiente nivel de atención de acuerdo a los servicios que se proporcionan en ella.
12. Para referir a un paciente, deben considerarse los siguientes aspectos:
 - a. Tipo de enfermedad
 - b. Evolución
 - c. Complejidad
 - d. Limitación de recursos disponibles para diagnóstico y/o tratamiento.



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

723

13. El formato SM1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes", es de uso obligatorio en todas las unidades médicas del instituto, para el envío del paciente o retorno del mismo, para la prestación del servicio médico o especialidad que se indica.
14. No se deberá enviar un paciente a otra unidad médica si no es derechohabiente del Instituto.

RESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES

- 1) Presentar el formato de envío de pacientes, SM1-17, con todos los datos debidamente anotados, que le entrega su médico tratante
- 2) Conocer en que casos el paciente puede viajar con acompañante:
 - a. Cuando la enfermedad le impida al paciente valerse por sí mismo
 - b. Cuando se trate de menores de 16 años
 - c. Pacientes mayores de 70 y que no puedan valerse por sí mismos
 - d. Pacientes que el médico califique como graves.
- 3) Que su acompañante, familiar o persona conocida sea mayor de edad para la toma de decisiones referente a su persona.



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

724

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO TRATANTE.

- 1) Llenar en forma adecuada y completa el anverso del formato "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes" SM1-17, (a máquina o con letra de molde, legible, sin tachaduras ni enmendaduras), registrar sin abreviaturas el resumen médico completo y/o los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado al paciente.
- 2) Decidir si el envío del paciente se realiza con acompañante, (médico, familiar o persona conocida del paciente), de acuerdo a las características de la enfermedad o del paciente.
- 3) Controlar la dotación de medicamentos de alta especialidad para que los pacientes que regresan a su unidad médica de origen, continúen su tratamiento médico indicado.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

725

RESPONSABILIDAD DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA

- 1) Revisar, valorar y autorizar mediante su firma el formato de envío SM1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes", elaborado por el médico tratante.
- 2) Vigilar que el personal médico de su unidad integre el diagnóstico y tratamiento acertado que permita al paciente la recuperación de su salud en el menor tiempo posible.
- 3) Indicar al personal médico de su unidad mediante comunicado, se otorgue la atención médica con la calidad y oportunidad requerida, a fin de integrar el diagnóstico y tratamiento acertado, que permita al paciente la recuperación de su salud en el menor tiempo posible.
- 4) Identificar al paciente que tenga más de cinco envíos a consulta por el mismo padecimiento, para conocer la justificación y el porqué continúan en tratamiento, y en su caso considerar la posibilidad de regresar al paciente a su unidad medica
- 5) Difundir y dar a conocer mediante comunicados, los servicios y especialidades con que cuenta la unidad médica.



2. REFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

726

EXCEPCIONES

- 1) En los casos en que el paciente llegue al servicio de urgencias y sea hospitalizado, no se solicitará el formato de envío (SM1-17).
- 2) Los pacientes atendidos fuera de su área de adscripción, por una urgencia médica o quirúrgica, una vez estabilizados y puestos en condiciones de ser trasladados, previo aviso a la unidad medica hospitalaria que les corresponda, esta tendrá la obligación de recibirlos para continuar con su tratamiento.
- 3) En el caso de pacientes internados en hospitales ajenos al instituto y que requieran ser enviados a unidades del ISSSTE, ubicadas en el área metropolitana, no será necesario contar con el formato de referencia de pacientes (SM1-17) y el traslado es responsabilidad del Departamento de Central de Emergencias.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

727

3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

728

1. OBJETIVO

REGULAR LA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES, QUE DEBEN REALIZAR LAS UNIDADES MÉDICAS UNA VEZ PROPORCIONADA LA ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA O LOS SERVICIOS DE AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO MOTIVO DE LA REFERENCIA, CON EL FIN DE QUE SE REALICE EL CONTROL O SEGUIMIENTO NECESARIOS EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

GENERALES

1. ES DE USO OBLIGATORIO PARA TODA CONTRARREFERENCIA, EL REVERSO DEL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES" (ANEXO 1).
2. TODO PACIENTE QUE ACUDA A LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA CON EL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES", SE LE PROPORCIONARÁ LA ATENCIÓN REQUERIDA Y BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA, PODRÁ SER CONTRARREFERIDO SIN HABER SIDO VALORADO Y RECIBIDO LA ATENCIÓN MÉDICA SOLICITADA POR LA UNIDAD MÉDICA EMISORA.
3. TODO PACIENTE ATENDIDO POR REFERENCIA QUE REQUIERA MÁS DE CINCO CONSULTAS SUBSECUENTES POR EL MISMO CASO, INDEPENDIENTEMENTE DE QUE SEA ATENDIDO EN MAS DE UN SERVICIO, DEBERÁ SER CONTRARREFERIDO A SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN, EN DONDE SE EVALUARÁ LA PERTINENCIA DE CONTINUAR REFIRIÉNDOLO.

RESPONSABILIDADES

RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE.

4. PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PATOLOGÍA QUE ORIGINÓ LA REFERENCIA DEL PACIENTE, Y DEBA SER VALORADO EN OTROS SERVICIOS DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA, EL MÉDICO ESPECIALISTA LO DEBERÁ INFORMAR AL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, ASÍ COMO ANOTARLO EN EL REVERSO DE LA "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES" SM-1-17.
5. DETERMINAR DE ACUERDO A LA VALORACIÓN QUE SE REALICE AL PACIENTE, SI DESPUÉS DE LA QUINTA CONSULTA, SI ES NECESARIO QUE SE SIGA ATENDIENDO AL PACIENTE SUBSECUENTEMENTE EN ESA UNIDAD.
6. LAS CONDICIONES PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE CONTINUAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA, SERÁN: TIPO DE PADECIMIENTO, EVOLUCIÓN, COMPLEJIDAD, PRONÓSTICO, INEXISTENCIA DE RECURSOS MATERIALES Y/O HUMANOS PARA SU ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN.
7. DAR DE ALTA A UN PACIENTE Y ELABORAR LA CORRESPONDIENTE CONTRARREFERENCIA A LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN DEL PACIENTE, CUANDO ÉSTE HAYA CONCLUIDO LA ATENCIÓN MÉDICA MOTIVO DE LA REFERENCIA O NO REQUIERA ATENCIÓN SUBSECUENTE.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

729

8. REQUISITAR ADECUADA Y COMPLETAMENTE, DE PREFERENCIA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE, LEGIBLE, SIN TACHADURAS NI ENMENDADURAS, EL REVERSO DEL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES".

9. UNA VEZ AUTORIZADA LA CONTRARREFERENCIA, EL PACIENTE DEBERÁ ACUDIR A SOLICITAR ATENCIÓN MÉDICA A SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN, PARA QUE EL MÉDICO TRATANTE LE ATIENDA OPORTUNAMENTE Y CON CALIDAD, GARANTIZANDO UN SEGUIMIENTO ADECUADO Y LE PROPORCIONE LA DOTACIÓN DE MÉDICAMENTOS NECESARIOS.

RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA, ÁREA, SERVICIO O COORDINACIÓN.

10. RECIBIR Y SELLAR LA "ORDEN DE TRASLADO" CONFIRMANDO LA PRESENCIA DEL PACIENTE REFERIDO, EN SU CITA.

11. EN CASO DE QUE EL PACIENTE REQUIERA SER ATENDIDO EN MÁS DE UN SERVICIO, SE DEBERÁN ELABORAR SUS CITAS, DE PREFERENCIA EN LA MISMA FECHA PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA.

12. ENVIAR MENSUALMENTE A LAS UNIDADES MÉDICAS EMISORAS, UN LISTADO CON EL NOMBRE DE LOS PACIENTES QUE DURANTE EL MISMO PERIODO HAYAN CONTRARREFERIDO, CITANDO EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO QUE DEBERÁN SEGUIR Y SU POSOLOGÍA.

13. PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO EN LAS UNIDADES MÉDICAS EMISORAS, LAS UNIDADES MÉDICAS RECEPTORAS EFECTUARÁN EL SURTIMIENTO ETIQUETADO DE LOS MÉDICAMENTOS NECESARIOS POR CADA PACIENTE CONTRARREFERIDO, HASTA QUE CONCLUYA SU TRATAMIENTO O POR LA DEFUNCIÓN DEL PACIENTE.

RESPONSABILIDADES DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA.

14. SUPERVISAR EL CUMPLIMIENTO DEL NÚMERO DE CONSULTAS SUBSECUENTES OTORGADAS A LOS PACIENTES REFERIDOS Y PROPICIAR LA CONTRARREFERENCIA DE FORMA OPORTUNA.

15. VALORAR LA PROCEDENCIA DE CONTINUAR EL TRATAMIENTO DE UN PACIENTE REFERIDO, EN UN SERVICIO DIFERENTE AL ORIGINALMENTE SOLICITADO, EN CASO DE PROCEDER, SE REALIZARÁ UNA NUEVA REFERENCIA CON DESTINO AL SERVICIO QUE ATENDERÁ AL PACIENTE.

RESPONSABILIDADES DE LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS.

16. PROMOVER Y SUPERVISAR QUE SE REALICEN LAS CONTRARREFERENCIAS.

17. ATENDER Y RESOLVER LOS CASOS QUE CONTRAVENGAN LA NORMATIVIDAD, CONVOCANDO A LOS RESPONSABLES DE LAS UNIDADES MÉDICAS INVOLUCRADAS.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

730

3. DESARROLLO

No	Responsable	Actividad
1	PACIENTE Y/O FAMILIAR	Viene del Procedimiento de Referencia de Pacientes. Se presenta en el área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica Receptora, 10 minutos antes de su cita, entrega sobre cerrado que contiene la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17 y la "Orden de Traslado"
2	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA RECEPTORA)	Recibe del paciente y/o familiar sobre cerrado, registra la referencia recibida en el sistema, archiva copia de la "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, en el expediente clínico del paciente y turna el original a la Recepción del "Servicio Correspondiente"
3	SERVICIO CORRESPONDIENTE (ÁREA DE RECEPCIÓN)	Recibe al paciente y la solicitud SM-1-17. En caso de que el servicio solicitado sea: <ul style="list-style-type: none"> ✓ CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA. Continúa en el "Procedimiento de Consulta Externa Especializada" ✓ HOSPITALIZACIÓN. Continúa en el "Procedimiento de Hospitalización" ✓ ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. Continúa en el "Procedimiento de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento" ✓ MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN. Continúa en el "Procedimiento de Medicina Física y Rehabilitación"
4	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA RECEPTORA)	Registra la "Orden de Traslado" en el sistema, archiva la copia, sella el original y lo entrega al paciente y/o familiar y le recomienda entregarlo en su Unidad Médica de Adscripción para su cobro. Finalmente, le indica la ubicación del "Servicio Correspondiente", donde se debe presentar para recibir la atención médica.
5	PACIENTE Y/O FAMILIAR	Recibe la "Orden de Traslado" debidamente sellada, para su posterior cobro en la Unidad Médica de Adscripción, revisa que tenga el sello de la Unidad Médica Receptora. ¿Tiene sello de la Unidad Médica Receptora?

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

731

No	Responsable	Actividad
5.1	PACIENTE Y/O FAMILIAR	NO: Lo notifica al responsable del área de Referencia y Contrarreferencia. Regresa a la actividad 4
5.2	PACIENTE Y/O FAMILIAR	SI: Siguiendo las indicaciones se presenta en la recepción del "Servicio Solicitado". Regresa a la actividad 3
6	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA RECEPTORA)	Revisa en el Expediente Clínico, si el paciente tiene un múltiplo de 5 consultas subsecuentes y si existe nota de justificación del Médico Especialista Tratante
		¿Existe Nota de Justificación?
6.1		NO: Evalúa y somete a consideración del Titular de la Unidad Médica Receptora la petición para continuar dando el servicio al paciente en la Unidad Médica Receptora.
6.2		SI: Esta justificada la continuación del servicio, por lo que continúa en el "Servicio Solicitado". Regresa a la actividad número 3
7		Recibe del "Servicio Solicitado" la Contrarreferencia (original y segunda copia), revisa que estén completos los datos, que sea congruente, legible, sin tachaduras, ni enmendaduras y que incluya los datos y firma del Médico Especialista Tratante
		¿Procede la petición de la Contrarreferencia?
7.1		NO: Lo notifica al Médico Especialista Tratante del "Servicio Solicitado". Regresa a la actividad número 3
7.2	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA RECEPTORA)	SI: Turna la Contrarreferencia SM-1-17 para su autorización al Director de la Unidad Médica Receptora
8	DIRECTOR (UNIDAD MÉDICA RECEPTORA)	Recibe la Contrarreferencia SM-1-17, con la confirmación de la Contrarreferencia del paciente, revisa que estén completos los datos, que sea congruente en el ámbito médico, legible, sin tachaduras, ni enmendaduras y que incluya los datos y firma del Médico Especialista Tratante
		¿Está correcto y se autoriza la Contrarreferencia?

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

732

No	Responsable	Actividad
8.1	<p>ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA EMISORA)</p> <p>PACIENTE Y/O FAMILIAR</p>	NO: Lo turna al "Servicio Solicitado" y explica el motivo. Regresa a la actividad número 3
8.2		SI: Autoriza con su firma y turna al área responsable de referencia y Contrarreferencia (UMF: el Titular de la Unidad; CMF: Coordinación de Atención Médica y Unidades de Segundo Nivel: Coordinación de Apoyo a los Servicios Médicos).
9		Recibe original y copia de la Contrarreferencia SM-1-17, registra en el sistema, archiva la segunda copia en el expediente clínico del paciente y entrega el original al paciente para que lo entregue a su Médico Tratante en su Unidad Médica de Adscripción.
10		<p>Recibe la Contrarreferencia SM-1-17, acude a su Unidad Médica de Adscripción para continuar su tratamiento médico</p> <p>Termina el procedimiento</p>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

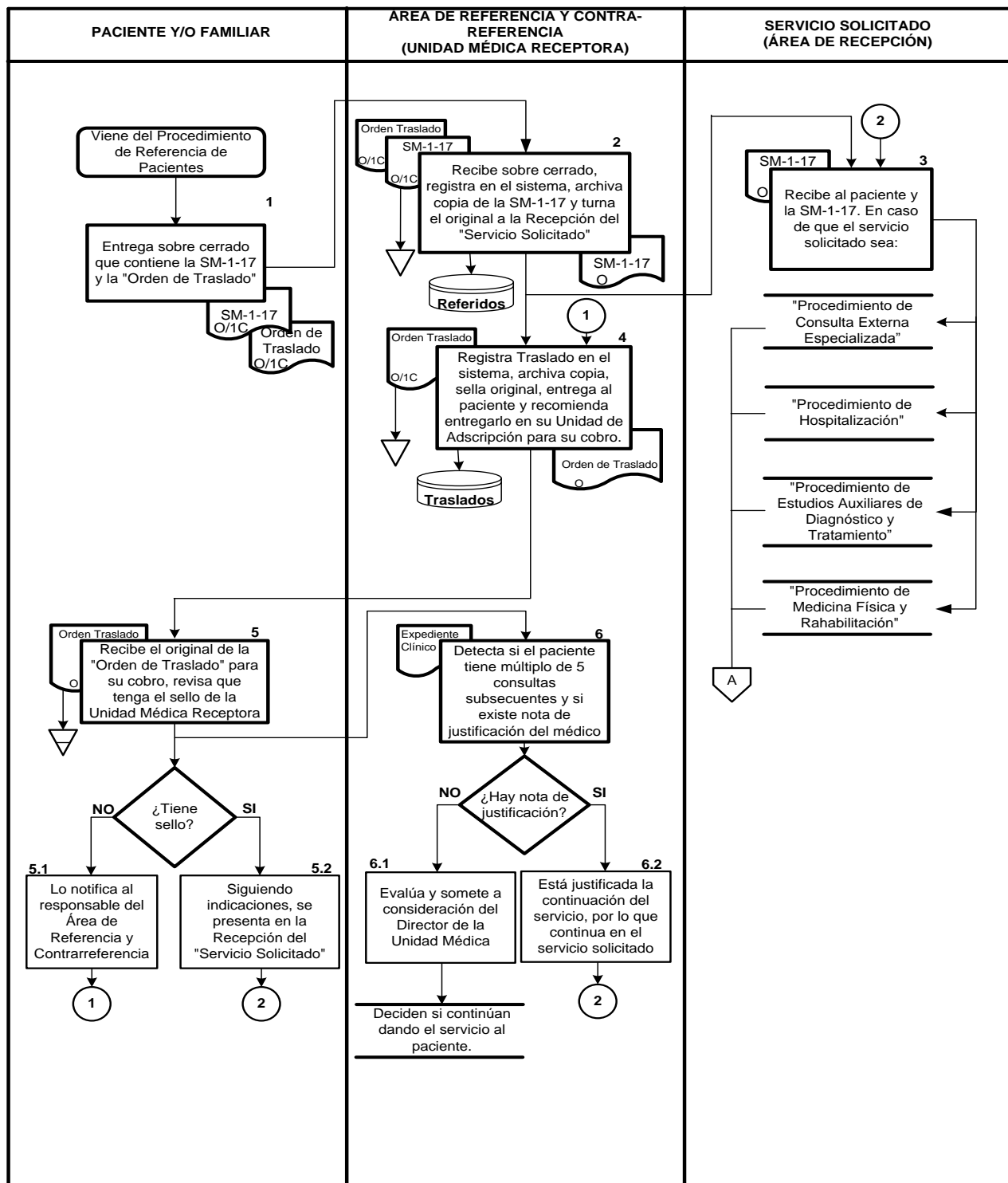
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

733

4 DIAGRAMA DE FLUJO.



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

Código:

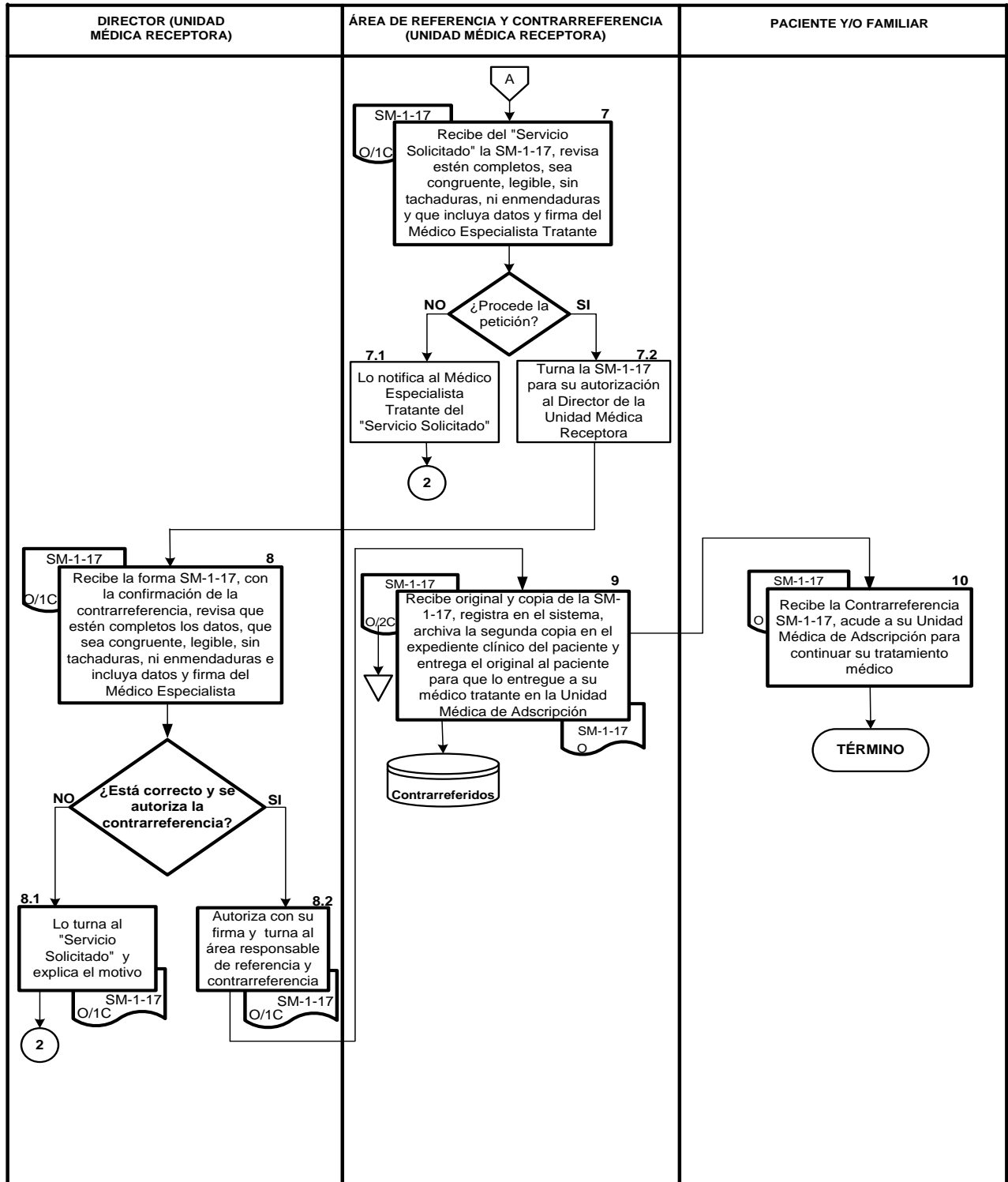
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

734





3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

735

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS

7 TÉRMINOS Y DEFINICIONES

8 ANEXOS

- a. Formato "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" SM-1-17, Reverso.
- b. Formato para la "Orden de Traslado"
- c. Contrarreferencia de Pacientes (Lenguaje Ciudadano)

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
N/A	N/A	N/A

Dr.	Dr.	Dr.
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

736

8 ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:**Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

738

Formato:	SM-1-17 (REVERSO)
Nombre:	Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Carta.
Objetivo:	Concentrar la información médico – administrativa necesaria para efectuar de manera eficiente la Contrarreferencia de pacientes entre las unidades médicas de los tres niveles de atención.
Responsable del llenado:	Médico Especialista Tratante de la Unidad Médica Receptora que propone la Contrarreferencia.
Revisión:	Jefe inmediato del médico especialista que propone la Contrarreferencia.
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente.
Periodicidad:	Diaria (En la consulta del paciente que requiere ser contrarreferido).
Documento Fuente:	Ninguno
Se remite a:	Área de Estadística
Actividad a realizar en área receptora:	Archivar copia, capturar en el sistema informático y evaluar su operación.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

739

No.	Nombre	Debe anotarse
1	FOLIO No	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Receptora que genera la solicitud
2	FECHA Y HORA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la solicitud de Contrarreferencia de un paciente
3	UNIDAD MÉDICA	El nombre de la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente
4	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que contrarrefiere al paciente (para su uso en el Área de Estadística)
5	MOTIVOS DE LA CONTRARREFERENCIA	Descripción del motivo de la Contrarreferencia (paciente dado de alta, paciente con posibilidad de continuar su tratamiento en su Unidad Médica de Adscripción, entre otros)
6	TOTAL DE INTERCONSULTAS	Número total de interconsultas a las que fue referido el paciente en los diferentes servicios
7	TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS	Número total de consultas que recibió el paciente en la unidad receptora
8	DIAGNÓSTICO DE REFERENCIA	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia
9	DIAGNÓSTICO DE CONTRARREFERENCIA	Diagnóstico actual del paciente y el motivo de su Contrarreferencia
10	CONGRUENCIA ENTRE EL Dx DE REFERENCIA Y EL Dx DE CONTRARREFERENCIA	Marque con un cruz (x) el espacio que corresponda a su respuesta si esta es afirmativa o negativa
11	UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN DEL PACIENTE	Nombre de la Unidad Médica de Adscripción del paciente, donde se debe presentar el paciente para continuar su tratamiento
12	CLAVE	Identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica de Adscripción del paciente (para su uso en el Área de Estadística)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARRREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

740

No.	Nombre	Debe anotarse
		INFORME DEL MÉDICO ESPECIALISTA
13	RESULTADO DE LA VALORACIÓN	Describir los estudios que se le practicaron al paciente, sus resultados, la evolución que haya presentado y tratamiento recibido
14	INDICACIONES A SEGUIR	Indique que medicamentos y posología son los indicados y su tratamiento, la dieta recomendada, otras indicaciones y/o comentarios
15	NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE	Nombre completo, clave y firma del Médico Especialista Tratante que propone la Contrarreferencia
16	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Receptora, autorizando la solicitud de Contrarreferencia, previo análisis del contenido del formato, validando que este completo, congruente y legible
17	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	Nombre completo y firma del paciente y/o familiar al que se entrega este formato debidamente autorizado

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:**Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

741



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

ANEXO 2

ORDEN DE TRASLADO

Folio No. 1

SM-1-17 2

3
Fecha y horaSubdirección General Médica**Datos del Paciente**Nombre del Paciente: 4
Mas. Fem.

Sexo: 5 Edad: 6 años Expediente: 7 Teléfono: 8

Datos del Traslado (Salida)

Unidad Médica Emisora: 9 Clave: 10

Unidad Médica Receptora: 11 Clave: 12

13
Fecha y hora

Día Mes Año Hr. Min. No. de recibo: 14 Importe \$: 15 Traslado Línea Salida: 16

Datos del Traslado (Retorno)

Unidad Médica Emisora: 17 Clave: 18

Unidad Médica Receptora: 19 Clave: 20

21
Fecha y hora

Día Mes Año Hr. Min. No. de recibo: 22 Importe \$: 23 Traslado Línea Retorno: 24

Responsable de la Unidad Médica Receptora

25

Nombre, Clave y Firma

Sello de la Unidad Médica Receptora

26

Paciente y/o familiar

27

Nombre y Firma
Recibí Cantidad Señalada

Formato:	S/N
Nombre:	Orden de traslado.
Ejemplares:	Se llena en original y dos copias.
Tamaño:	Media Carta.
Objetivo:	Establecer el control sobre los traslados que ameritan pago de pasajes o boletos de transporte y las erogaciones económicas que se realicen por este concepto.
Responsable del llenado:	El Responsable del área de referencia y Contrarreferencia de pacientes de las Unidades Médicas Emisoras (salida) y Receptoras (retorno).
Registro contable:	Responsable del Área de Pasajes y Viáticos
Autoriza:	Director de la Unidad Médica Emisora
Periodicidad:	Diaria
Documento Fuente:	SM-1-17
Se remite a:	Área de Estadística.
Actividad a realizar en área receptora:	Archivar copia, capturar en el sistema informático y evaluar su operación.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:**Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

742

No.	Nombre	Debe anotarse
1	FOLIO No	El número de folio consecutivo, asignado por la Unidad Médica Emisora que genera la solicitud
2	SM-1-17	El número de folio del formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes" autorizando la referencia del paciente
3	FECHA Y HORA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), en que se tramita la orden de traslado
4	NOMBRE DEL PACIENTE	El apellido paterno, materno y nombre(s) del paciente que tiene cita y requiere ser trasladado
5	SEXO	Con una cruz si el paciente es de sexo masculino o femenino según corresponda
6	EDAD	El número de años cumplidos del paciente
7	EXPEDIENTE	El número de registro que se encuentra anotado en el expediente médico del paciente
8	TELÉFONO	El número telefónico donde se pueda localizar al paciente o sus familiares más cercanos
9	UNIDAD MÉDICA EMISORA	El nombre de la Unidad Médica Emisora que confirmó una cita para atender al paciente referido
10	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
11	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El nombre de la Unidad Médica Receptora que aceptó confirmar la cita para atender al paciente referido
12	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
13	FECHA Y HORA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), del traslado del paciente (salida)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:**Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

743

No.	Nombre	Debe anotarse
14	No DE RECIBO	El número de recibo o factura otorgada al paciente para comprobar el traslado y proceder a su pago
15	IMPORTE \$	El monto total que cubre el recibo o la factura
16	TRASLADO LÍNEA SALIDA	El nombre de la línea de pasajeros o medio de transporte utilizado para el traslado del paciente (salida)
17	UNIDAD MÉDICA EMISORA	El nombre de la Unidad Médica Emisora que confirmó una cita para atender al paciente referido
18	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Emisora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística)
19	UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El nombre de la Unidad Médica Receptora que aceptó confirmar la cita para atender al paciente referido
20	CLAVE	El identificador en el Catálogo de Unidades Médicas, para la Unidad Médica Receptora que envía al paciente referido (para su uso en el Área de Estadística).
21	FECHA Y HORA	El día, mes, año y horario (en horas y minutos), del traslado del paciente (retorno)
22	No DE RECIBO	El número de recibo o factura otorgada al paciente para comprobar el traslado y proceder a su pago
23	IMPORTE \$	El monto total que cubre el recibo o la factura
24	TRASLADO LÍNEA RETORNO	El nombre de la línea de pasajeros o medio de transporte utilizado para el traslado del paciente (retorno)
25	RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El nombre completo, clave y firma del responsable del Área de Referencia y Contrarreferencia en la Unidad Médica Receptora, quien apoyará al paciente referido
26	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA RECEPTORA	El sello de la Unidad Médica Receptora, que confirma la presencia del paciente referido a su cita médica. En el lugar designado <i>ex profeso</i>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



**3. CONTRARREFERENCIA DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

745

ANEXO “C”

**CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES
(LENGUAJE CIUDADANO)**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

746

II. OBJETIVO

Informar a los pacientes-derechohabientes acerca de los puntos importantes que debe conocer sobre la contrarreferencia una vez que ha sido proporcionada la atención médica especializada, por la que fue enviado de su unidad médica, con el propósito de que su médico tratante realice el control necesario en su clínica de adscripción.



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

747

III. RESPONSABILIDADES

RESPONSABILIDAD DE LA UNIDAD MÉDICA

- 1) Es obligatorio para la contrarreferencia, llenar al reverso el formato SM1-17, (hoja de envío.), para que sea entregada a la unidad de adscripción.
- 2) Cuando el paciente tenga más de cinco envíos por la atención de un mismo padecimiento, la especialidad deberá contrarreferirlo a su unidad médica o justificar la continuación de su atención.

RESPONSABILIDAD DE LOS PACIENTES

- 1) Asegurarse que le entreguen su hoja de envío con el reverso (contrarreferencia) llenado y verificar las indicaciones en su alta de la especialidad que lo atendió.
- 2) Entregar el formato SM1-17 (referencia y contrarreferencia de pacientes) en su clínica de adscripción, para que sea integrada a su expediente.
- 3) Solicitar a la brevedad cita en su clínica de adscripción, para que su médico tratante continúe con el control y seguimiento de su problema de salud.

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE

- 1) Dar de alta al paciente una vez que concluya su atención médica del problema de salud que motivo su envío y hacer la contrarreferencia a la unidad médica de adscripción del paciente.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



3. CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

748

- 2) Llenar en forma correcta y completa la contrarreferencia (reverso del formato SM1-17), de preferencia a máquina con letra de molde, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.
- 3) Asegurar de que si el paciente requiere continuar con medicamentos de especialidad en su clínica, se le registre en la relación de pacientes, para que se le continúe su tratamiento.

RESPONSABILIDAD DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA

- 1) Vigilar el cumplimiento de las citas continuas o subsecuentes para efectuar las contrarreferencias de pacientes y en su caso autorizar las citas requeridas.



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

749

4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

750

1. OBJETIVO

NORMAR LOS CRITERIOS, ATRIBUCIONES Y AMBITOS DE RESPONSABILIDAD EN MATERIA DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE REFERENCIA DE PACIENTES, A LOS CUALES SE DEBERÁN APEGAR EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO DE REFERENCIA, QUE PERMITA REALIMENTAR LA PLANEACIÓN Y TOMAR DECISIONES CORRECTIVAS EN LAS UNIDADES MÉDICAS, LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA Y LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.

2. POLITICAS DE OPERACIÓN

GENERALES.

1. ES DE APLICACIÓN OBLIGATORIA EN LAS UNIDADES MÉDICAS Y LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS, LA OPERACIÓN DEL “SISTEMA INFORMÁTICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES” (**SIRECO**).
2. LA EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES DE REFERENCIA DE PACIENTES, ASÍ COMO LA TOMA DE DECISIONES CORRECTIVAS, COMPETE A LAS UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS Y A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.

RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA, ÁREA, SERVICIO O COORDINACIÓN.

3. REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL **SIRECO**, LAS REFERENCIAS DE PACIENTES QUE LA UNIDAD MÉDICA RECIBE DE OTRAS UNIDADES Y LAS REFERENCIAS DE PACIENTES QUE LA UNIDAD MÉDICA ENVIA A OTRAS UNIDADES, (REFERENCIAS RECIBIDAS Y REFERENCIAS ENVIADAS), UTILIZANDO UNA COPIA DEL FORMATO SM-1-17 (ANVERSO).
4. REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL **SIRECO**, LAS ÓRDENES DE TRASLADO, UTILIZANDO UNA COPIA DEL FORMATO “ORDEN DE TRASLADO”, CONSIDERANDO SU SALIDA Y/O EL RETORNO DE LOS PACIENTES.
5. ELABORAR EN MEDIO MAGNETICO LOS REGISTROS DEL MES.
6. TURNAR DURANTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE, COPIA DEL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-01 Y EL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-02, ASÍ COMO, EL MEDIO MAGNETICO ELABORADO.

RESPONSABILIDADES DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA.

7. SUPERVISAR Y EVALUAR LA OPERACIÓN DEL **SIRECO** EN LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO REVISAR Y AUTORIZAR MEDIANTE SU FIRMA, LOS REPORTES GENERADOS MENSUALMENTE POR EL **SIRECO**.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

751

RESPONSABILIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA.

8. RECIBIR DURANTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES, COPIA DEL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-01, RESUMEN DE LAS REFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-02 Y EL MEDIO MAGNETICO DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS.
9. CONCENTRAR EN LA BASE DE DATOS DELEGACIONAL E IMPRIMIR EL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-05 Y EL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-06, DETECTAR SITUACIONES ANORMALES DEL PROCESO, INFORMAR AL DELEGADO Y CONVOCAR A LOS INVOLUCRADOS, PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS EN MATERIA DE REFERENCIAS QUE SE PRESENTEN.
10. ELABORAR EN MEDIO MAGNETICO EL CONCENTRADO DELEGACIONAL DEL MES.
11. TURNAR DURANTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES, A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, COPIA DEL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-05 Y DEL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-06, ASÍ COMO, EL MEDIO MAGNÉTICO ELABORADO.

RESPONSABILIDADES DEL DELEGADO.

12. SUPERVISAR Y EVALUAR LA OPERACIÓN DEL **SIRECO**, ASÍ COMO REVISAR Y AUTORIZAR MEDIANTE SU FIRMA, LOS REPORTES GENERADOS MENSUALMENTE POR EL **SIRECO**.

RESPONSABILIDADES DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD.

13. RECIBIR DURANTE LOS PRIMEROS 15 DÍAS DE CADA MES, COPIA DEL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-05, RESUMEN DE LAS REFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-06 Y EL MEDIO MAGNETICO DE LAS DELEGACIONES MÉDICAS.
14. CONCENTRAR EN LA BASE DE DATOS NACIONAL E IMPRIMIR EL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-09 Y EL RESUMEN DE LAS REFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-10 DETECTAR SITUACIONES ANORMALES DEL PROCESO, INFORMAR AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL MÉDICA Y CONVOCAR A LOS INVOLUCRADOS, PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS EN MATERIA DE REFERENCIAS QUE SE PRESENTEN.
15. LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, CUIDARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS SIGUIENTES:
 - A). COADYUVAR EN LA TOMA DE DECISIONES CORRECTIVAS DE LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS EN MATERIA DE REFERENCIA Y SUBROGACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.
 - B). ANALIZAR LOS CASOS DE PACIENTES QUE HAN GENERADO MAS DE CINCO CONSULTAS SUBSECUENTES POR EL MISMO CASO Y DIAGNÓSTICO Y DECIDIR LA PROCEDENCIA DE LA SUBSECUENCIA.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

752

- C). EVALUAR LA OPERACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA DE PACIENTES Y LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES CORRECTIVAS PARA DISMINUIR LA REFERENCIA INNECESARIA, ABATIR LA SUBSECUENCIA INJUSTIFICADA E INCREMENTAR LA CONTRARREFERENCIA OPORTUNA.
- E). VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD PARA EL TRASLADO DE PACIENTES Y SUBROGACIÓN DE SERVICIOS, EVALUAR LA OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS Y ESTABLECER LAS MEDIDAS CORRECTIVAS PARA DISMINUIR LA REFERENCIA DE PACIENTES EN FORMA INNECESARIA, ABATIR LA SUBSECUENCIA INJUSTIFICADA E INCREMENTAR LA CONTRARREFERENCIA OPORTUNA.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

753

3. DESARROLLO

No	Responsable.	Actividad
		Inicia el Procedimiento
1	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA)	Registra diariamente en el SIRECO , las referencias que se reciben, las referencias que se envían y las ordenes de traslado.
2		Imprime el Resumen Mensual de Referencias Recibidas SE-SRC-01 y el Resumen Mensual de Referencias Enviadas SE-SRC-02, detecta situaciones anormales del proceso e informa al Titular de la Unidad Médica.
3		Elabora en medio magnético los Registros del mes.
4		Turna al Titular de la Unidad Médica, el medio magnético y los reportes impresos SE-SRC-01 y SE-SRC-02 para su revisión y autorización.
5	DIRECTOR (UNIDAD MÉDICA)	Recibe medio magnético, revisa los reportes impresos SE-SRC-01 y SE-SRC-02, que estén correctos los datos, que incluya la fecha y firma del responsable del Área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica.
		¿Están correctos los reportes impresos?
5.1		NO: Lo devuelve al Área de Referencia y Contrarreferencia, explicando el motivo (Regresa a la actividad número 1).
5.2		SI: Autoriza con su firma, archiva una copia de los reportes impresos y turna mediante oficio a la Subdelegación Médica correspondiente.
6	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Recibe el oficio, original y copia de los reportes impresos SE-SRC-01 y SE-SRC-02 y el medio magnético de las Unidades Médicas Adscritas, archiva el oficio, revisa que estén completos, legibles y firmados por el responsable de elaborar los reportes impresos y del director de la Unidad Médica.
		¿Están correctos los reportes impresos?
6.1		NO: Lo devuelve a la Unida Médica, explicando el motivo y solicita se generen nuevamente (Regresa a la actividad número 5).

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

754

No	Responsable.	Actividad
6.2	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	SI: Archiva los originales de los reportes impresos SE-SRC-01 y SE-SRC-02, concentra en la base de datos Delegacional los registros mensuales de las Unidades Médicas adscritas.
7		Imprime cada mes, el Resumen de Referencias Recibidas SE-SRC-05 y el Resumen de Referencias Enviadas SE-SRC-06, detecta situaciones anormales del proceso, informa al Titular de la Delegación y convoca a los involucrados para resolver los problemas en materia de referencias que se presenten.
8		Elabora en medio magnético el concentrado delegacional del mes.
9		Turna al Titular de la Delegación, el medio magnético y los reportes impresos SE-SRC-05 y SE-SRC-06 para su revisión y autorización.
10	DELEGADO	Recibe medio magnético, revisa los reportes impresos SE-SRC-05 y SE-SRC-06, que estén correctos los datos, que incluya la fecha y firma del responsable del Área de Referencia y Contrarreferencia en la Subdelegación Médica.
10.1		¿Están correctos los reportes impresos? NO: Lo devuelve al Área de Referencia y Contrarreferencia de la Subdelegación Médica, explicando el motivo (Regresa a la actividad número 6).
10.2		SI: Autoriza con su firma, archiva una copia de los reportes impresos y turna mediante oficio a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud de la Dirección General Médica.
11	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	Recibe el oficio, original y copia de los reportes impresos SE-SRC-05 y SE-SRC-06 y el medio magnético de las Delegaciones, archiva el oficio, revisa que estén completos, legibles y firmados por el responsable de elaborar los reportes impresos y del Titular de la Delegación.
		¿Están correctos los reportes impresos?

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

755

No	Responsable.	Actividad
11.1		NO: Lo devuelve al Titular de la Delegación correspondiente, explicando el motivo (Regresa a la actividad número 10).
11.2		SI: Archiva los originales de los reportes impresos SE-SRC-05 y SE-SRC-06, concentra en la base de datos Nacional los registros mensuales provenientes de las Unidades Médicas, a través de las Delegaciones. Termina el procedimiento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B

Código:

Versión:

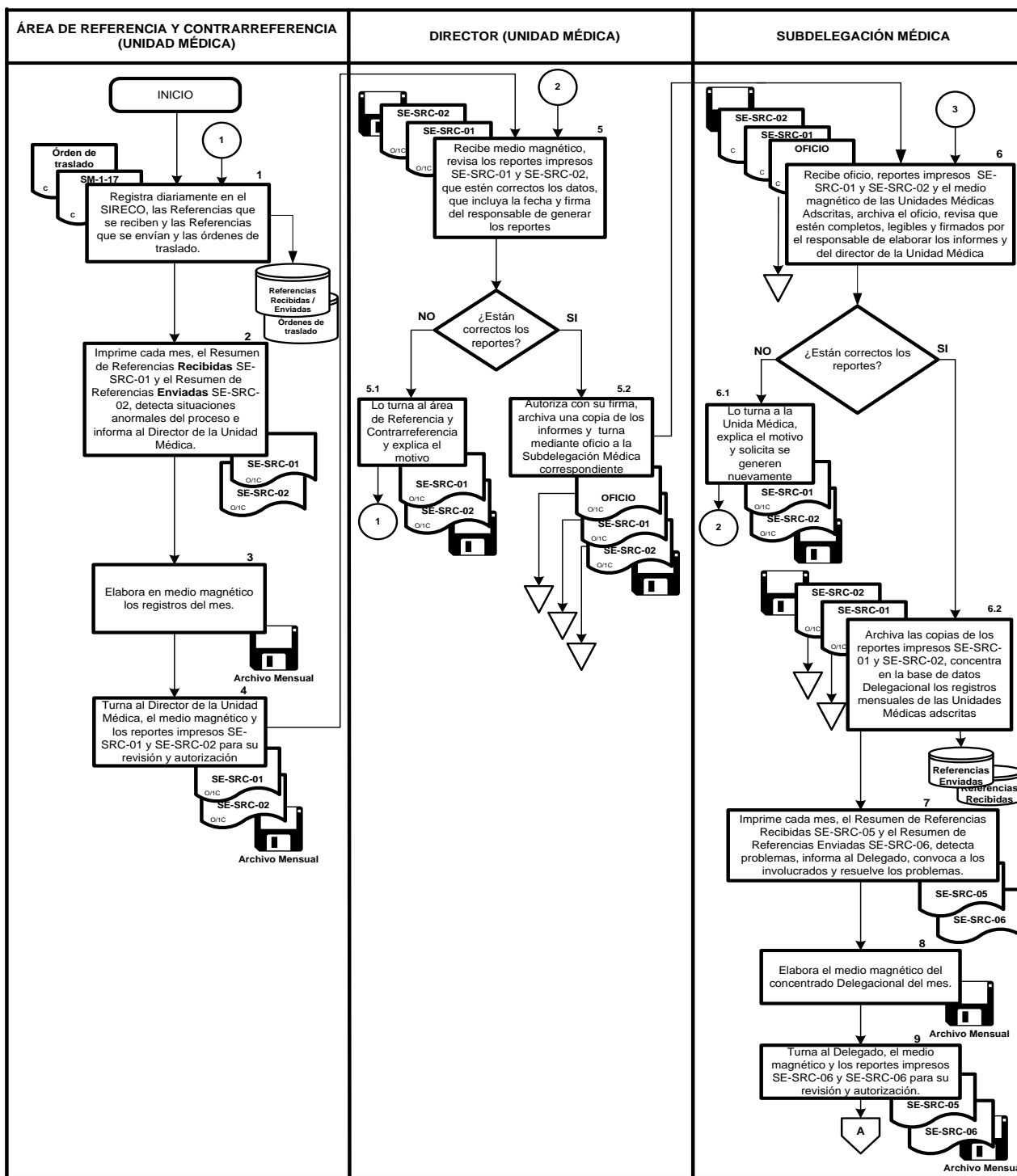
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

756

4. DIAGRAMA DE FLUJO



Código:

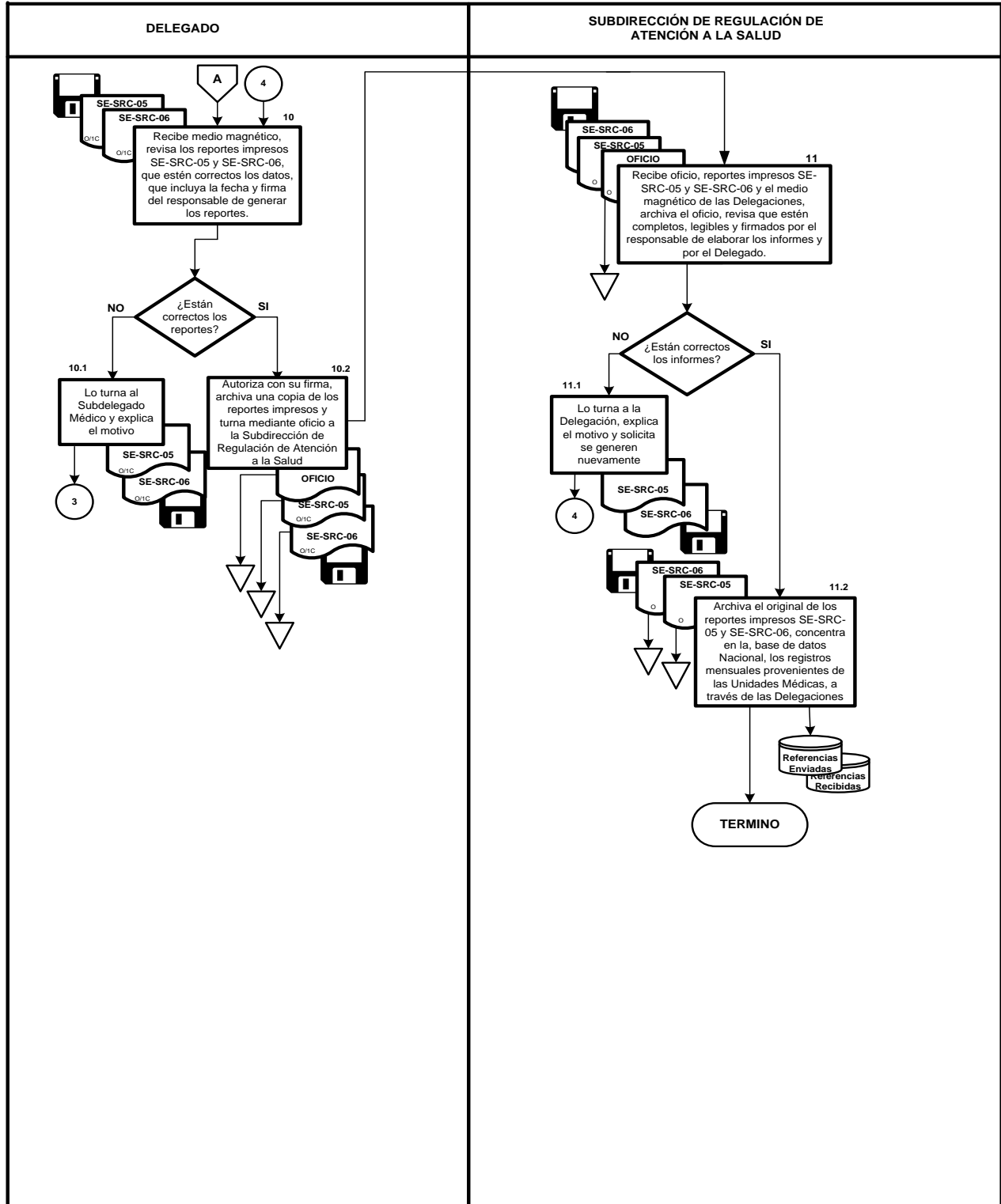
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

757





4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

758

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

8. ANEXOS

- a. Formato SE-SRC-01 Resumen Mensual de Referencias Recibidas.
- b. Formato SE-SRC-02 Resumen Mensual de Referencias Enviadas.
- c. Formato SE-SRC-05 Resumen Mensual de Referencias Recibidas (Concentrado Delegacional).
- d. Formato SE-SRC-06 Resumen Mensual de Referencias Enviadas (Concentrado Delegacional).

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
N/A	N/A	N/A

Dr.	Dr.	Dr.
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

759

8 ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

761

Reporte:

SE-SRC-01

Nombre:

Resumen Mensual de Referencias Recibidas.

Ejemplares:

Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Unidad Médica Receptora y la copia se envía a la Subdelegación Médica correspondiente, con él diskette que mensualmente se genera de la base de datos.

Tamaño:

Carta.

Objetivo:

Evaluar mensualmente el proceso de recibir, registrar y atender a los pacientes referidos de las Unidades Médicas Emisoras, elaborar estadísticas, detectar problemas e informar al Director de la Unidad Médica Receptora.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica Receptora.

Revisa y autoriza:

Director de la Unidad Médica Receptora o la persona que este designe.

Periodicidad:

Mensual

Documento Fuente:

Copia de la Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes (SM-1-17) que la Unidad Médica Emisora envía con el paciente referido.

Se remite a:

Subdelegación Médica correspondiente.

Actividades a realizar en la Subdelegación Médica: Concentrar, agregar a la base de datos delegacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

762

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD MÉDICA	Nombre de la Unidad Médica Receptora del 1ero. o 2do. Nivel de Atención.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE REFERENCIAS RECIBIDAS	Número Total de Referencias Recibidas durante el periodo mensual reportado.
	CLASIFICACIONES:	
4	POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes que se reciben de otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo No. 3), clasificados por sexo.
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

763

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes que se reciben de otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años).
6	POR NIVEL DE ATENCIÓN	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad de procedencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre".
7	PORCENTAJE DE REFERENCIAS RECIBIDAS	Porcentaje de Referencias Recibidas, resultado de dividir, el Total de Referencias Recibidas (campo 3) entre la cantidad total de consultas atendidas en la Unidad Médica por 100.
8	POR TIPO DE REFERENCIA	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según el tipo de referencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil y✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPAÑANTE)	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

764

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	Cantidad promedio, resultado de dividir la cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.
13	UNIDADES MEDICAS	Nombre, cantidad y porcentaje de las seis Unidades Médicas clasificadas de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis servicios con mayor demanda, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis diagnósticos con mayor demanda, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVÍO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis motivos que generaron las referencias, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).
17	RESPONSABLE DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.	Nombre completo, clave y firma del funcionario responsable de registrar las referencias recibidas e imprimir el Resumen Mensual de las Referencias Recibidas SE-SRC-01.
18	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA	Espacio destinado para el sello de la Unidad Médica Receptora.
19	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Receptora.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

765

Subdirección General Médica

SE-SRC-02

RESUMEN MENSUAL DE REFERENCIAS ENVIADAS



Unidad Médica:

1

Total de Referencias Enviadas:

3

Fecha:

2

Mes

Año

7

Por Sexo		Por Edad			Por Nivel de Atención			Por Nivel de Atención		Por Nivel de Atención		
4		5			6			7			8	
Masculinos	Femeninos	Niños	Adolescentes	Adultos	Adultos Mayores	Primero	Segundo	Hosp. Reg.	C.M.N.	Referencias Recibidas	Referencias Recibidas	
99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	
8		9			10			11			12	
Por Tipo de referencia		Por Forma de Traslado			Por Forma de Traslado			Por Forma de Traslado			Por Forma de Traslado	
Primera Vez	Subsecuentes	Autobús	Ambulancia	Automóvil	Avión	Por su cuenta	c/Acompañante	s/Acompañante				
99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	\$ 99, 999,999	\$ 99, 999,999	\$ 99, 999,999	
Médico tratante		13			14			15			16	
		Cant.			%			Servicios			Cant.	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%	
		99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99.9%			99,999 99	



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

766

Reporte:

SE-SRC-02

Nombre:

Resumen Mensual de Referencias Enviadas

Ejemplares:

Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Unidad Médica Emisora y la copia se envía a la Subdelegación Médica correspondiente, con el diskette que mensualmente se genera de la base de datos.

Tamaño:

Carta.

Objetivo:

Evaluar mensualmente el proceso de concertar cita a los pacientes que requieren se les refiera, enviar y registrar, elaborar estadísticas, detectar problemas e informar al Director de la Unidad Médica Emisora.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica Emisora.

Revisa y autoriza:

Director de la Unidad Médica Emisora o la persona que este designe.

Periodicidad:

Mensual

Documento Fuente:

Original de la Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes (SM-1-17) que la Unidad Médica Emisora emite.

Se remite a:

Subdelegación Médica correspondiente.

Actividades a realizar en la Subdelegación Médica: Concentrar, agregar a la base de datos delegacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

767

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD MÉDICA	Nombre de la Unidad Médica Emisora del 1ero o 2do Nivel de Atención.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE REFERENCIAS ENVIADAS	Número total de referencias enviadas durante el periodo mensual reportado.
4	CLASIFICACIONES: POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo No. 3), clasificados por sexo.
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo No. 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años).
6	POR NIVEL DE ATENCION	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad que aceptó la cita: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre".
7	PORCENTAJE TOTAL DE REFERENCIAS ENVIADAS	Porcentaje de Referencias Enviadas, resultado de dividir, el Total de Referencias Enviadas (campo 3) entre la cantidad total de consultas atendidas en la unidad por 100.
8	POR TIPO DE REFERENCIA	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), según el tipo de referencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

768

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Enviados (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil y✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPAÑANTE)	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	Cantidad promedio, resultado de dividir la cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.
13	MÉDICO TRATANTE	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Médicos Tratantes clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos, con relación a la cantidad de pacientes referidos del Total de Referencias Enviadas (campo 3).
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis servicios con mayor demanda, clasificados de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Referencias Enviados (campo 3).
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis diagnósticos con mayor demanda, clasificados de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Referencias Enviados (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVÍO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis motivos de envío que generaron las referencias, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Referencias Enviadas (campo 3).

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

769

17	RESPONSABLE DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.	Nombre completo, clave y firma del funcionario responsable de registrar las referencias enviadas e imprimir el Resumen Mensual de las Referencias Enviadas SE-SRC-02.
18	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA	Espacio destinado para el sello de la Unidad Médica Emisora.
19	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Emisora.

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

771

Reporte: SE-SRC-05

Nombre: Resumen Mensual de Referencias Recibidas (Concentrado Delegacional)

Ejemplares: Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Subdelegación Médica correspondiente y la copia se envía a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, con él diskette que mensualmente se genera de la base de datos delegacional.

Tamaño: Carta.

Objetivo: Evaluar mensualmente el proceso operativo que realizan las Unidades Médicas con relación a los pacientes referidos que reciben, elaborar estadísticas, detectar problemas, informar al Titular de la Delegación y convocar a los involucrados, para resolver los problemas en materia de referencias que se presenten.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Delegación correspondiente.

Revisa y autoriza: Titular de la Delegación o la persona que éste designe.

Periodicidad: Mensual

Documento Fuente: Ninguno. Diskette que las Unidades Médicas, envían a la Subdelegación Médica.

Se remite a: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.

Actividades a realizar en la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud: Concentrar, agregar a la base de datos Nacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

772

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD ADMINISTRATIVA	Nombre de la Subdelegación Médica.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE REFERENCIAS RECIBIDAS	Número Total de Referencias Recibidas por las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica.
4	CLASIFICACIONES POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), clasificados por sexo.
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años)
6	POR NIVEL DE ATENCION	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad de procedencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre"
7	PORCENTAJE DE REFERENCIAS RECIBIDAS	Porcentaje de Referencias Recibidas, resultado de dividir, el Total de Referencias Recibidas (campo 3), entre la cantidad de consultas atendidas en las Unidades Médicas de 1er o 2do nivel de atención, pertenecientes a la Subdelegación Médica. Por 100.
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

773

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
8	POR TIPO DE REFERENCIA	<p>Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según el tipo de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	<p>Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil o✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPAÑANTE)	<p>Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante.
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	<p>Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.</p>
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	<p>Cantidad promedio, resultado de dividir las cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.</p>
13	UNIDADES MEDICAS	<p>Nombre, cantidad y porcentaje de las seis Unidades Médicas clasificadas de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).</p>
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

774

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Servicios clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Diagnósticos clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVIO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Motivos de envío clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Referencias Recibidas (campo 3).
17	SUBDELEGACIÓN MÉDICA.	Nombre completo, clave y firma del Subdelegado Médico responsable de concentrar la información que las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, envían mensualmente, imprimir el Resumen Mensual de Referencias Recibidas (Concentrado Delegacional) SE-SRC-05, detectar problemas en el proceso e informar al Delegado, convocar a los involucrados y resolver los problemas.
18	SELLO DE LA DELEGACIÓN	Espacio destinado para el sello de la Delegación.
19	DELEGACIÓN	Nombre completo, clave y firma del Delegado.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año
21 12 2007

No. de Página

775

RESUMEN MENSUAL DE REFERENCIAS ENVIADAS										Subdirección General Médica	
CONCENTRADO DELEGACIONAL										SE-SRC-06	
Unidad Administrativa: 1 Fecha: 2 Mes Año											
Total de Referencias Enviadas: 3										7	
Por Sexo		Por Edad			Por Nivel de Atención			Porc. de Referencias Recibidas			
4		5			6			7			
Masculinos	Femeninos	Niños	Adolescentes	Adultos	Adultos Mayores	Primero	Segundo	Hosp. Reg.	C.M.N.		
99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%	99,999 99.9%		
8 Por Tipo de referencia										12	
9										11	
10										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	
39										40	
41										42	
43										44	
45										46	
47										48	
49										50	
51										52	
53										54	
55										56	
57										58	
59										60	
61										62	
63										64	
65										66	
67										68	
69										70	
71										72	
73										74	
75										76	
77										78	
79										80	
81										82	
83										84	
85										86	
87										88	
89										90	
91										92	
93										94	
95										96	
97										98	
99										100	

Responsable de la Subdelegación Médica del proceso de Referencias y Contrarreferencias.		Sello de la Delegación.		Delegado	
17		18		19	
Nombre, Clave y Firma		Nombre, Clave y Firma		Nombre, Clave y Firma	

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

776

Reporte: SE-SRC-06

Nombre: Resumen Mensual de Referencias Enviadas (Concentrado Delegacional)

Ejemplares: Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Subdelegación Médica correspondiente y la copia se envía a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, con él diskette que mensualmente se genera de la base de datos delegacional.

Tamaño: Carta.

Objetivo: Evaluar mensualmente el proceso operativo que realizan las Unidades Médicas con relación a los pacientes referidos que envían, elaborar estadísticas, detectar problemas, informar al Titular de la Delegación y convocar a los involucrados, para resolver los problemas en materia de referencias que se presenten.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Delegación correspondiente.

Revisa y autoriza: Titular de la Delegación o la persona que éste designe.

Periodicidad: Mensual

Documento Fuente: Ninguno. Diskette que las Unidades Médicas, envían a la Subdelegación Médica.

Se remite a: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.

Actividades a realizar en la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud: Concentrar, agregar a la base de datos Nacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

777

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD ADMINISTRATIVA	Nombre de la Subdelegación Médica.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE REFERENCIAS ENVIADAS	Número Total de Referencias Enviadas por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica.
	CLASIFICACIONES	
4	POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), clasificados por sexo.
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años)
6	POR NIVEL DE ATENCION	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad que otorga la cita: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre"
7	PORCENTAJE DE REFERENCIAS ENVIADAS	Porcentaje de Referencias Enviadas, resultado de dividir, el Total de Referencias Enviadas (campo 3), entre la cantidad de consultas atendidas en las Unidades Médicas Emisoras de 1er o 2do nivel de atención, pertenecientes a la Subdelegación Médica. Por 100.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

778

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
8	POR TIPO DE REFERENCIA	<p>Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), según el tipo de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	<p>Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), según la forma de traslado:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil o✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPAÑANTE)	<p>Cantidad y porcentaje de pacientes enviados en las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Referencias Enviadas (campo 3), según la forma de traslado:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante.
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	<p>Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.</p>
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	<p>Cantidad promedio, resultado de dividir las cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.</p>
13	UNIDADES MEDICAS	<p>Nombre, cantidad y porcentaje de las seis Unidades Médicas clasificadas de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Referencias Enviadas (campo 3).</p>
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B



4. EVALUACIÓN DE LAS REFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

779

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Servicios clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Referencias Enviadas (campo 3).
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Diagnósticos clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Referencias Enviadas (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVIO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Motivos de envío clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Referencias Enviadas (campo 3).
17	SUBDELEGACIÓN MÉDICA.	Nombre completo, clave y firma del Subdelegado Médico responsable de concentrar la información que las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, envían mensualmente, imprimir el Resumen Mensual de Referencias Enviadas (Concentrado Delegacional) SE-SRC-06, detectar problemas en el proceso e informar al Delegado, convocar a los involucrados y resolver los problemas.
18	SELLO DE LA DELEGACIÓN	Espacio destinado para el sello de la Delegación.
19	DELEGACIÓN	Nombre completo, clave y firma del Delegado.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

780

5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

781

1. OBJETIVO

NORMAR LOS CRITERIOS, ATRIBUCIONES Y AMBITOS DE RESPONSABILIDAD EN MATERIA DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES, A LOS CUALES SE DEBERÁN APEGAR EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL PROCESO DE CONTRARREFERENCIA, QUE PERMITA REALIMENTAR LA PLANEACIÓN Y TOMAR DECISIONES CORRECTIVAS EN LAS UNIDADES MÉDICAS, LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA Y LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN Y ATENCIÓN HOSPITALARIA DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.

2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

GENERALES.

1. ES DE APLICACIÓN OBLIGATORIA EN LAS UNIDADES MÉDICAS Y LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS, LA OPERACIÓN DEL “SISTEMA INFORMÁTICO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES” (**SIRECO**).
2. LA EVALUACIÓN MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES, ASÍ COMO LA TOMA DE DECISIONES CORRECTIVAS, COMPETE A LAS UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS Y A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.

RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA, ÁREA, SERVICIO O COORDINACIÓN.

3. REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL **SIRECO**, LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES QUE LA UNIDAD MÉDICA RECIBE DE OTRAS UNIDADES Y LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES QUE LA UNIDAD MÉDICA ENVIA A OTRAS UNIDADES, (CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS Y CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS), UTILIZANDO UNA COPIA DEL FORMATO SM-1-17 (REVERSO).
4. REGISTRAR DIARIAMENTE EN EL **SIRECO**, LAS ÓRDENES DE TRASLADO, UTILIZANDO UNA COPIA DEL FORMATO “ORDEN DE TRASLADO”, CONSIDERANDO SU SALIDA Y/O EL RETORNO DE LOS PACIENTES.
5. ELABORAR EN MEDIO MAGNETICO LOS REGISTROS DEL MES.
6. TURNAR DURANTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES, A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE, COPIA DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-03 Y DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-04, ASÍ COMO, EL MEDIO MAGNÉTICO ELABORADO.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

782

RESPONSABILIDADES DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA.

7. SUPERVISAR Y EVALUAR LA OPERACIÓN DEL **SIRECO** EN LA UNIDAD MÉDICA, ASÍ COMO REVISAR Y AUTORIZAR MEDIANTE SU FIRMA, LOS REPORTES GENERADOS MENSUALMENTE POR EL **SIRECO**.

RESPONSABILIDADES DE LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA.

8. RECIBIR DURANTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES, COPIA DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-03 Y DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-04 Y EL MEDIO MAGNÉTICO DE LAS UNIDADES MÉDICAS ADSCRITAS.
9. CONCENTRAR EN LA BASE DE DATOS DELEGACIONAL E IMPRIMIR EL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-07 Y EL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-08, DETECTAR SITUACIONES ANORMALES DEL PROCESO, INFORMAR AL DELEGADO Y CONVOCAR A LOS INVOLUCRADOS, PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS EN MATERIA DE CONTRARREFERENCIAS QUE SE PRESENTEN.
10. ELABORAR EN MEDIO MAGNETICO EL CONCENTRADO DELEGACIONAL DEL MES.
11. TURNAR DURANTE LOS PRIMEROS 5 DÍAS DE CADA MES, A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA DIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, COPIA DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-07 Y DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-08, ASÍ COMO, EL MEDIO MAGNÉTICO ELABORADO.

RESPONSABILIDADES DE LA DELEGADO.

12. SUPERVISAR Y EVALUAR LA OPERACIÓN DEL **SIRECO**, ASÍ COMO REVISAR Y AUTORIZAR MEDIANTE SU FIRMA, LOS REPORTES GENERADOS MENSUALMENTE POR EL **SIRECO**.

RESPONSABILIDADES DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD.

13. RECIBIR DURANTE LOS PRIMEROS 15 DÍAS DE CADA MES, COPIA DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-07 Y DEL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-08, Y EL MEDIO MAGNÉTICO DE LAS DELEGACIONES MÉDICAS.

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

783

14. CONCENTRAR EN LA BASE DE DATOS NACIONAL E IMPRIMIR EL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS SE-SRC-11 Y EL RESUMEN DE LAS CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS SE-SRC-12, DETECTAR SITUACIONES ANORMALES DEL PROCESO, INFORMAR AL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL MÉDICA Y CONVOCAR A LOS INVOLUCRADOS, PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS EN MATERIA DE REFERENCIAS QUE SE PRESENTEN.
15. LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, CUIDARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS SIGUIENTES:
 - A). COADYUVAR EN LA TOMA DE DECISIONES CORRECTIVAS DE LAS DESVIACIONES ENCONTRADAS EN MATERIA DE CONTRARREFERENCIA Y SUBROGACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.
 - B). ANALIZAR LOS CASOS DE PACIENTES QUE HAN GENERADO MAS DE CINCO CONSULTAS SUBSECUENTES POR EL MISMO CASO Y DIAGNÓSTICO Y DECIDIR LA PROCEDENCIA DE LA SUBSECUENCIA.
 - C). EVALUAR LA OPERACIÓN DEL SISTEMA DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES Y LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES CORRECTIVAS PARA DISMINUIR LA REFERENCIA INNECESARIA, ABATIR LA SUBSECUENCIA INJUSTIFICADA E INCREMENTAR LA CONTRARREFERENCIA OPORTUNA.
 - E). VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD PARA EL TRASLADO DE PACIENTES Y SUBROGACIÓN DE SERVICIOS, EVALUAR LA OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS Y ESTABLECER LAS MEDIDAS CORRECTIVAS PARA DISMINUIR LA REFERENCIA DE PACIENTES EN FORMA INNECESARIA, ABATIR LA SUBSECUENCIA INJUSTIFICADA E INCREMENTAR LA CONTRARREFERENCIA OPORTUNA.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

784

3. DESARROLLO

No.	Responsable	Actividad
		Inicia el Procedimiento
1	ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (UNIDAD MÉDICA)	Registra diariamente en el SIRECO , las contrarreferencias que se reciben, las contrarreferencias que se envían y las órdenes de traslado.
2		Imprime el Resumen Mensual de Contrarreferencias Recibidas SE-SRC-03 y el Resumen Mensual de Contrarreferencias Enviadas SE-SRC-04, detecta situaciones anormales del proceso e informa al Titular de la Unidad Médica.
3		Elabora en medio magnético los Registros del mes.
4		Turna al Titular de la Unidad Médica, el medio magnético y los reportes impresos SE-SRC-03 y SE-SRC-04 para su revisión y autorización.
5	DIRECTOR (UNIDAD MÉDICA)	Recibe medio magnético, revisa los reportes impresos SE-SRC-03 y SE-SRC-04, que estén correctos los datos, que incluya la fecha y firma del responsable del Área de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica.
		¿Están correctos los reportes impresos?
5.1		NO: Lo devuelve al Área de Referencia y Contrarreferencia, explicando el motivo (Regresa a la actividad número 1).
5.2		SI: Autoriza con su firma, archiva una copia de los reportes impresos y turna mediante oficio a la Subdelegación Médica correspondiente.
6	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Recibe el oficio, original y copia de los reportes impresos SE-SRC-03 y SE-SRC-04 y el medio magnético de las Unidades Médicas Adscritas, archiva el oficio, revisa que estén completos, legibles y firmados por el responsable de elaborar los reportes impresos y del director de la Unidad Médica.
		¿Están correctos los reportes impresos?
6.1		NO: Lo devuelve a la Unida Médica, explicando el motivo y solicita se generen nuevamente (Regresa a la actividad número 5).

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

785

No.	Responsable	Actividad
6.2	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	SI: Archiva los originales de los reportes impresos SE-SRC-03 y SE-SRC-04, concentra en la base de datos Delegacional los registros mensuales de las Unidades Médicas adscritas.
7		Imprime cada mes, el Resumen de Contrarreferencias Recibidas SE-SRC-07 y el Resumen de Contrarreferencias Enviadas SE-SRC-08, detecta situaciones anormales del proceso, informa al Titular de la Delegación y convoca a los involucrados para resolver los problemas en materia de contrarreferencias que se presenten.
8		Elabora en medio magnético el concentrado delegacional del mes.
9		Turna al Titular de la Delegación, el medio magnético y los reportes impresos SE-SRC-07 y SE-SRC-08 para su revisión y autorización.
10	DELEGADO	Recibe medio magnético, revisa los reportes impresos SE-SRC-07 y SE-SRC-08, que estén correctos los datos, que incluya la fecha y firma del responsable del Área de Referencia y Contrarreferencia en la Subdelegación Médica.
		¿Están correctos los reportes impresos?
10.1		NO: Lo devuelve al Área de Referencia y Contrarreferencia de la Subdelegación Médica, explicando el motivo (Regresa a la actividad número 6).
10.2	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	SI: Autoriza con su firma, archiva una copia de los reportes impresos y turna mediante oficio a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud de la Dirección General Médica.
11		Recibe el oficio, original y copia de los reportes impresos SE-SRC-07 y SE-SRC-08 y el medio magnético de las Delegaciones, archiva el oficio, revisa que estén completos, legibles y firmados por el responsable de elaborar los reportes impresos y del Titular de la Delegación.
		¿Están correctos los reportes impresos?
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

786

No.	Responsable	Actividad
11.1	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	NO: Lo devuelve al Titular de la Delegación correspondiente, explicando el motivo (Regresa a la actividad número 10).
11.2		SI: Archiva los originales de los reportes impresos SE-SRC-07 y SE-SRC-08, concentra en la base de datos Nacional los registros mensuales provenientes de las Unidades Médicas, a través de las Delegaciones.
		Termina el procedimiento

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B

Código:

Versión:

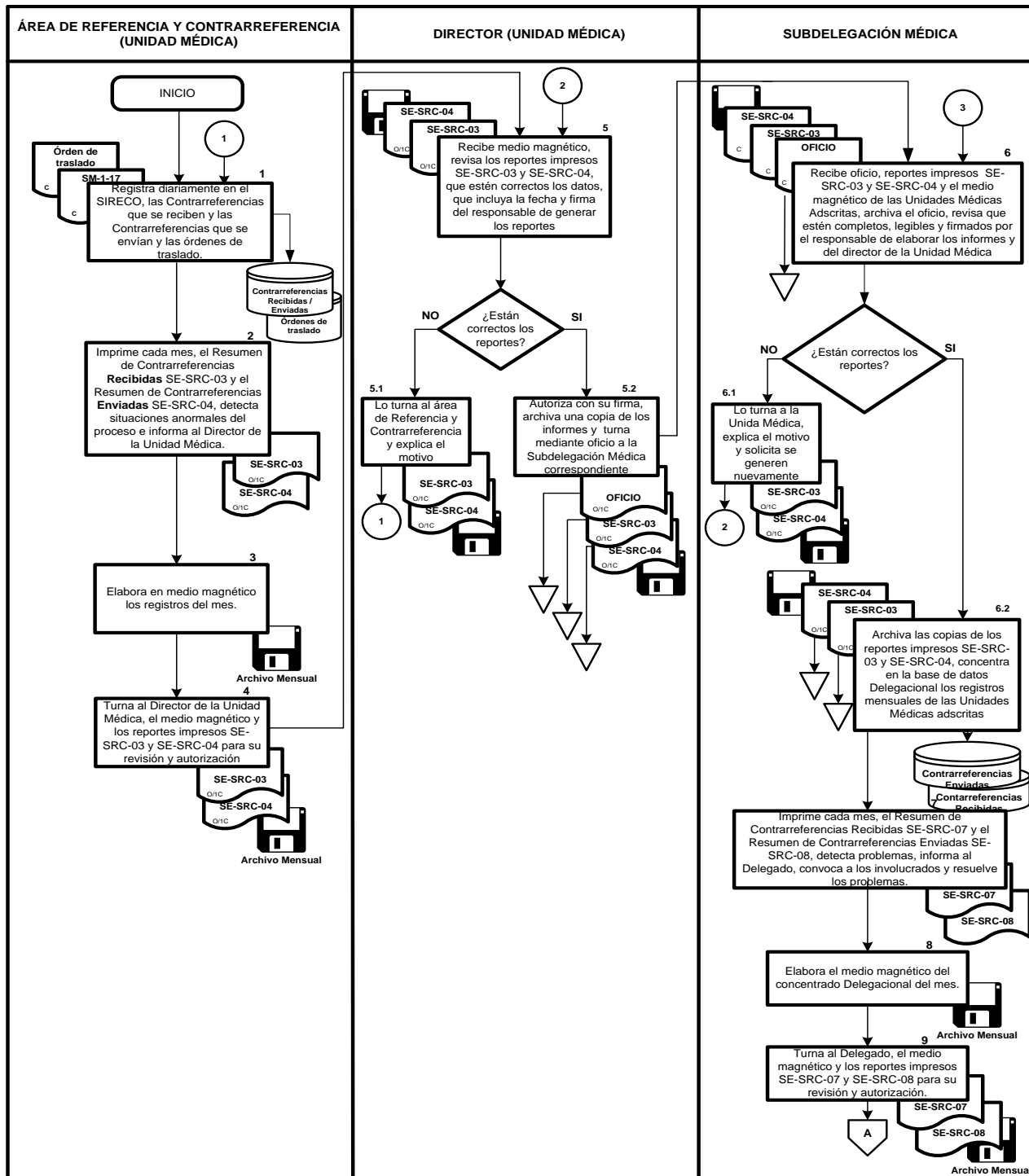
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

787

4 DIAGRAMA DE FLUJO





5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

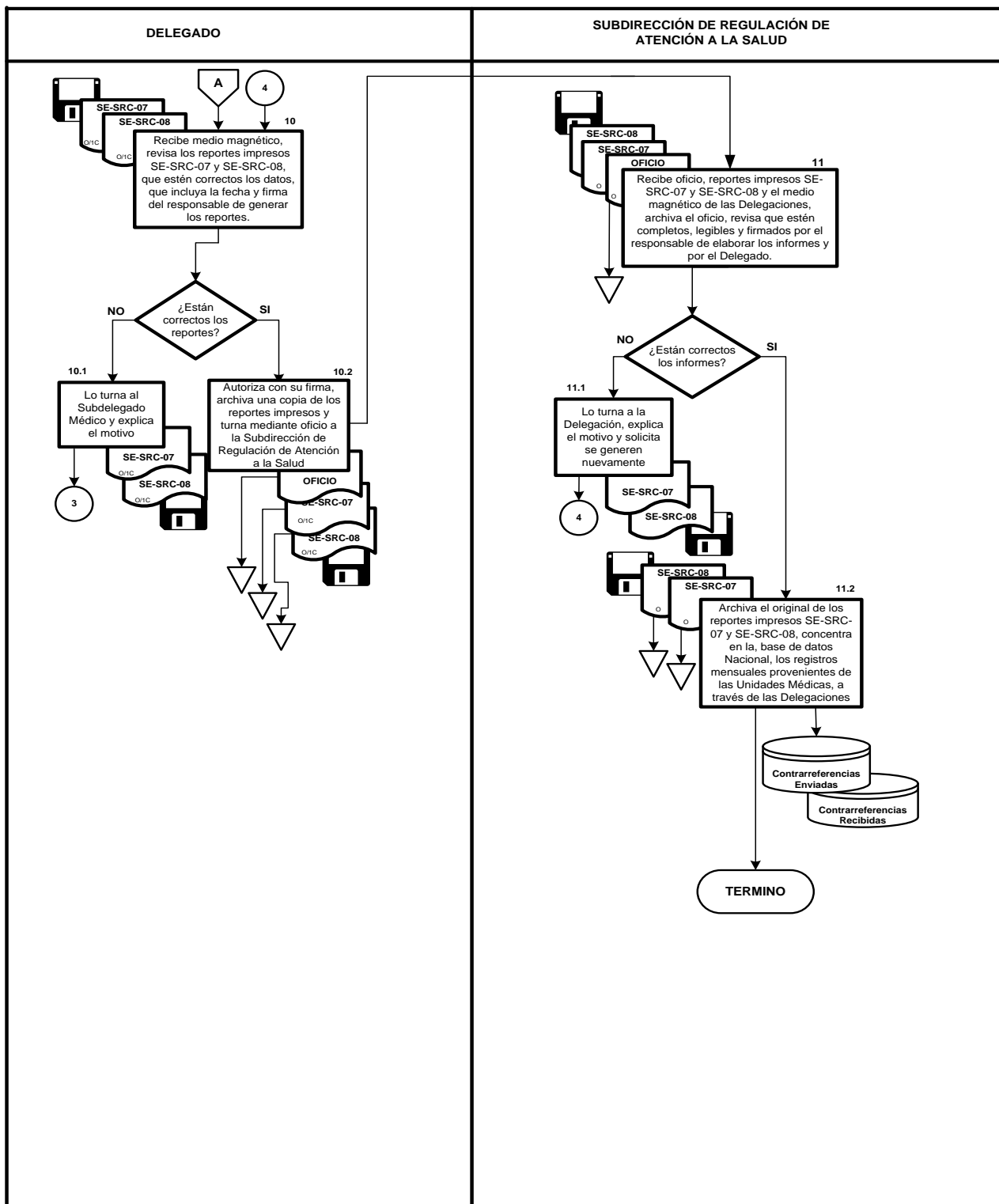
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

788



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

789

5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS

7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

8. ANEXOS

- a. Formato SE-SRC-03 Resumen Mensual de Contrarreferencias Recibidas.
- b. Formato SE-SRC-04 Resumen Mensual de Contrarreferencias Enviadas.
- c. Formato SE-SRC-07 Resumen Mensual de Contrarreferencias Recibidas (Concentrado Delegacional).
- d. Formato SE-SRC-08 Resumen Mensual de Contrarreferencias Enviadas (Concentrado Delegacional).

9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio
N/A	N/A	N/A

Dra.	Dr.	Dr.
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

790

8 ANEXOS

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

792

Reporte: SE-SRC-03

Nombre: Resumen Mensual de Contrarreferencias Recibidas.

Ejemplares: Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Unidad Médica Receptora y la copia se envía a la Subdelegación Médica correspondiente, con él diskette que mensualmente se genera de la base de datos.

Tamaño: Carta.

Objetivo: Evaluar mensualmente el proceso de recibir, registrar y atender a los pacientes contrarreferidos de las Unidades Médicas Emisoras, elaborar estadísticas, detectar problemas e informar al Director de la Unidad Médica Receptora.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica Receptora.

Revisa y autoriza: Director de la Unidad Médica Receptora o la persona que este designe.

Periodicidad: Mensual

Documento Fuente: Copia de la Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes (SM-1-17) que la Unidad Médica Emisora envía con el paciente contrarreferido.

Se remite a: Subdelegación Médica correspondiente.

Actividades a realizar en la Subdelegación Médica: Concentrar, agregar a la base de datos delegacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

793

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD MÉDICA	Nombre de la Unidad Médica Receptora del 1ero. o 2do. Nivel de Atención.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS	Número Total de Contrarreferencias Recibidas durante el periodo mensual reportado.
	CLASIFICACIONES:	
4	POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes que se reciben de otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo No. 3), clasificados por sexo.
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes que se reciben de otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años).
6	POR NIVEL DE ATENCIÓN	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad de procedencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre".
7	PORCENTAJE DE CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS	Porcentaje de Contrarreferencias Recibidas, resultado de dividir, el Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3) entre la cantidad total de consultas atendidas en la Unidad Médica por 100.
8	POR TIPO DE REFERENCIA	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según el tipo de referencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

794

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil y✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPañANTE)	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	Cantidad promedio, resultado de dividir la cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.
13	UNIDADES MEDICAS	Nombre, cantidad y porcentaje de las seis Unidades Médicas clasificadas de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis servicios con mayor demanda, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis diagnósticos con mayor demanda, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVÍO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis motivos que generaron las contrarreferencias, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
17	RESPONSABLE DEL ÁREA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.	Nombre completo, clave y firma del funcionario responsable de registrar las contrarreferencias recibidas e imprimir el Resumen Mensual de las Contrarreferencias Recibidas SE-SRC-03.
18	SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA	Espacio destinado para el sello de la Unidad Médica Receptora.
19	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Nombre completo, clave y firma del Director de la Unidad Médica Receptora.
<div> <div>DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA</div> <div></div> <div>TIPO B</div> </div>		



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año
21 12 2007

No. de Página

796

RESUMEN MENSUAL DE CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS

Subdirección General Médica

SE-SRC-04

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Unidad Médica:

1

Total de Contrarreferencias Enviadas:

3

Fecha:

2

Mes

Año

7

Por Sexo		Por Edad				Por Forma de Traslado				Por Nivel de Atención			Porc. de Contrarref. Enviadas		
4		5				10				11			12		
Masculinos		Niños		Adolescentes		Adultos		Adultos Mayores		Primero	Segundo	Hosp. Reg.	C.M.N.		
99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,99%	
8		9		13				14			15		16		
Por Tipo de referencia		Autobus		Ambulancia		Automóvil		Avión		Por su cuenta		c/Acompañante		s/Acompañante	
Primera Vez	Subsecuentes	Autobus		Ambulancia		Automóvil		Avión		Por su cuenta		c/Acompañante		s/Acompañante	
99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,9%	99,999	99,999
Unidad Médica		Cant.		%		Cant.		%		Servicios		Cant.		%	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	
		99,999		99,999		99,999		99,9%		99,999		99,999		99,999	



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

797

Reporte: SE-SRC-04

Nombre: Resumen Mensual de Contrarreferencias Enviadas

Ejemplares: Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Unidad Médica Emisora y la copia se envía a la Subdelegación Médica correspondiente, con el diskette que mensualmente se genera de la base de datos.

Tamaño: Carta.

Objetivo: Evaluar mensualmente el proceso de concertar cita a los pacientes que requieren se les refiera, enviar y registrar, elaborar estadísticas, detectar problemas e informar al Director de la Unidad Médica Emisora.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Unidad Médica Emisora.

Revisa y autoriza: Director de la Unidad Médica Emisora o la persona que este designe.

Periodicidad: Mensual

Documento Fuente: Original de la Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de pacientes (SM-1-17) que la Unidad Médica Emisora emite.

Se remite a: Subdelegación Médica correspondiente.

Actividades a realizar en la Subdelegación Médica: Concentrar, agregar a la base de datos delegacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

798

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD MÉDICA	Nombre de la Unidad Médica Emisora del 1ero o 2do Nivel de Atención.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS	Número total de contrarreferencias enviadas durante el periodo mensual reportado.
	CLASIFICACIONES:	
4	POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo No. 3), clasificados por sexo.
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo No. 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años).
6	POR NIVEL DE ATENCION	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad que aceptó la cita: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre".
7	PORCENTAJE TOTAL DE CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS	Porcentaje de Contrarreferencias Enviadas, resultado de dividir, el Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3) entre la cantidad total de consultas atendidas en la unidad por 100.
8	POR TIPO DE REFERENCIA	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), según el tipo de referencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

799

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Enviados (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil y✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPAÑANTE)	Cantidad y porcentaje de pacientes referidos a otras Unidades Médicas, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	Cantidad promedio, resultado de dividir la cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.
13	MÉDICO TRATANTE	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Médicos Tratantes clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos, con relación a la cantidad de pacientes referidos del Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3).
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis servicios con mayor demanda, clasificados de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Contrarreferencias Enviados (campo 3).
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis diagnósticos con mayor demanda, clasificados de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Contrarreferencias Enviados (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVÍO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis motivos de envío que generaron las contrarreferencias, clasificadas de mayor a menor, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3).

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B
---------------------------------	--	--------

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LAS CONTRARREFERENCIAS DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

802

Reporte: SE-SRC-07

Nombre: Resumen Mensual de Contrarreferencias Recibidas (Concentrado Delegacional)

Ejemplares: Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Subdelegación Médica correspondiente y la copia se envía a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, con él diskette que mensualmente se genera de la base de datos Delegacional.

Tamaño: Carta.

Objetivo: Evaluar mensualmente el proceso operativo que realizan las Unidades Médicas con relación a los pacientes contrarreferidos que reciben, elaborar estadísticas, detectar problemas, informar al Titular de la Delegación y convocar a los involucrados, para resolver los problemas en materia de contrarreferencias que se presenten.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Delegación correspondiente.

Revisa y autoriza: Titular de la Delegación o la persona que éste designe.

Periodicidad: Mensual

Documento Fuente: Ninguno. Diskette que las Unidades Médicas, envían a la Subdelegación Médica.

Se remite a: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.

Actividades a realizar en la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud: Concentrar, agregar a la base de datos Nacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

803

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD ADMINISTRATIVA	Nombre de la Subdelegación Médica.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE REFERENCIAS RECIBIDAS	Número Total de Contrarreferencias Recibidas por las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica.
	CLASIFICACIONES	
4	POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), clasificados por sexo.
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años)
6	POR NIVEL DE ATENCION	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad de procedencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre"
7	PORCENTAJE DE CONTRARREFERENCIAS RECIBIDAS	Porcentaje de Contrarreferencias Recibidas, resultado de dividir, el Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), entre la cantidad de consultas atendidas en las Unidades Médicas de 1er o 2 do nivel de atención, pertenecientes a la Subdelegación Médica. Por 100.

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

804

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
8	POR TIPO DE REFERENCIA	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según el tipo de referencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil o✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPAÑANTE)	Cantidad y porcentaje de pacientes recibidos en las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante.
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	Cantidad promedio, resultado de dividir las cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.
13	UNIDADES MEDICAS	Nombre, cantidad y porcentaje de las seis Unidades Médicas clasificadas de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes contrarrecibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Servicios clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B



**5. EVALUACIÓN DE LAS
CONTRARREFERENCIAS DE
PACIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE
DELEGACIONES**

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

805

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Diagnósticos clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes contrarreferidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVIO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Motivos de envío clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes recibidos del Total de Contrarreferencias Recibidas (campo 3).
17	SUBDELEGACIÓN MÉDICA.	Nombre completo, clave y firma del Subdelegado Médico responsable de concentrar la información que las Unidades Médicas Receptoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, reciben mensualmente, imprimir el Resumen Mensual de Contrarreferencias Recibidas (Concentrado Delegacional) SE-SRC-05, detectar problemas en el proceso e informar al Delegado, convocar a los involucrados y resolver los problemas.
18	SELLO DE LA DELEGACIÓN	Espacio destinado para el sello de la Delegación.
19	DELEGACIÓN	Nombre completo, clave y firma del Delegado.

**DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN
MÉDICA**

TIPO B

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

807

Reporte: SE-SRC-08

Nombre: Resumen Mensual de Contrarreferencias Enviadas (Concentrado Delegacional)

Ejemplares: Se imprime en original y una copia. El original es para el archivo de la Subdelegación Médica correspondiente y la copia se envía a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, con él diskette que mensualmente se genera de la base de datos delegacional.

Tamaño: Carta.

Objetivo: Evaluar mensualmente el proceso operativo que realizan las Unidades Médicas con relación a los pacientes referidos que envían, elaborar estadísticas, detectar problemas, informar al Titular de la Delegación y convocar a los involucrados, para resolver los problemas en materia de contrarreferencias que se presenten.

Responsable del proceso: Persona, área, servicio o coordinación de Referencia y Contrarreferencia de la Delegación correspondiente.

Revisa y autoriza: Titular de la Delegación o la persona que éste designe.

Periodicidad: Mensual

Documento Fuente: Ninguno. Diskette que las Unidades Médicas, envían a la Subdelegación Médica.

Se remite a: Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.

Actividades a realizar en la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud: Concentrar, agregar a la base de datos Nacional, elaborar estadísticas, detectar problemas y darles solución.



5. EVALUACIÓN DE LA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

808

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
1	UNIDAD ADMINISTRATIVA	Nombre de la Subdelegación Médica.
2	FECHA	Mes y año del periodo que se esta reportando.
3	TOTAL DE CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS	Número Total de Contrarreferencias Enviadas por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica.
	CLASIFICACIONES	
4	POR SEXO	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), clasificados por sexo.
5	POR EDAD	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), clasificados por edad: <ul style="list-style-type: none">✓ niños (0 a 9 años),✓ adolescentes (10 a 19 años),✓ adultos (20 a 59 años) y✓ adultos mayores (mayores de 60 años)
6	POR NIVEL DE ATENCION	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), según el nivel de atención de la unidad que otorga la cita: <ul style="list-style-type: none">✓ Primer Nivel de Atención✓ Segundo Nivel de Atención✓ Hospitales Regionales o✓ C.M.N. "20 de Noviembre"
7	PORCENTAJE DE CONTRARREFERENCIAS ENVIADAS	Porcentaje de Contrarreferencias Enviadas, resultado de dividir, el Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), entre la cantidad de consultas atendidas en las Unidades Médicas Emisoras de 1er o 2do nivel de atención, pertenecientes a la Subdelegación Médica. Por 100.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

809

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
8	POR TIPO DE REFERENCIA	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), según el tipo de referencia: <ul style="list-style-type: none">✓ Pacientes referidos por primera vez, o✓ Pacientes referidos de forma subsecuente.
9	POR FORMA DE TRASLADO (MÓVIL)	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados por las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Por autobús✓ Por ambulancia✓ Por automóvil o✓ Por su cuenta.
10	POR FORMA DE TRASLADO (ACOMPANIANTE)	Cantidad y porcentaje de pacientes enviados en las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, con relación al Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3), según la forma de traslado: <ul style="list-style-type: none">✓ Con acompañante o✓ Sin acompañante.
11	TOTAL PAGADO POR TRASLADO	Cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado.
12	COSTO PROMEDIO POR TRASLADO	Cantidad promedio, resultado de dividir la cantidad total pagada por concepto de pasajes y viáticos que el Instituto otorga a los pacientes, durante el periodo reportado entre el número total de traslados.
13	UNIDADES MEDICAS	Nombre, cantidad y porcentaje de las seis Unidades Médicas clasificadas de mayor a menor, con el mayor número de pacientes contrarreferidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3).
14	SERVICIOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Servicios clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3).

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



5. EVALUACIÓN DE LA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

810

No.	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE CAMPOS
15	DIAGNÓSTICOS	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Diagnósticos clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes contrarreferidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3).
16	MOTIVOS DE ENVIO	Nombre, cantidad y porcentaje de los seis Motivos de envío clasificados de mayor a menor, con el mayor número de pacientes referidos durante el periodo reportado, con relación a la cantidad de pacientes enviados del Total de Contrarreferencias Enviadas (campo 3).
17	SUBDELEGACIÓN MÉDICA.	Nombre completo, clave y firma del Subdelegado Médico responsable de concentrar la información que las Unidades Médicas Emisoras de 1er y 2do nivel, pertenecientes a la Subdelegación Médica, envían mensualmente, imprimir el Resumen Mensual de Contrarreferencias Enviadas (Concentrado Delegacional) SE-SRC-06, detectar problemas en el proceso e informar al Delegado, convocar a los involucrados y resolver los problemas.
18	SELLO DE LA DELEGACIÓN	Espacio destinado para el sello de la Delegación.
19	DELEGACIÓN	Nombre completo, clave y firma del Delegado.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

