

**Manual de Procedimientos de  
Delegaciones del Instituto de Seguridad y  
Servicios Sociales de los Trabajadores del  
Estado  
Tipo “B”  
Tomo 2 Parte 2  
(Subdelegación Médica. Procedimientos 6 a 18 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*



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

811

## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

812

#### 1. OBJETIVO

ESTABLECER LOS CRITERIOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS PARA LA CONTRATACIÓN Y OTORGAMIENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA SUBROGADA ESPECIALIZADA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN POR TRATAMIENTO Y/O CIRUGÍAS QUE SE GENEREN EN LAS UNIDADES DEL INSTITUTO.

#### 2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

##### A. GENERALES PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS.

1. QUEDA PROHIBIDO REALIZAR CONTRATOS O CONVENIOS DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, EN FORMA PARTICULAR O CON ESTABLECIMIENTOS PROPIEDAD DE FUNCIONARIOS DEL INSTITUTO Y SUS FAMILIARES, SEGÚN SE ESTABLECE EN EL ARTÍCULO 47 FRACCIÓN XIII DE LA LEY DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, SALVO EN LOS CASOS DE URGENCIA MÉDICA COMPROBABLE, PREVIA AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR O DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD MÉDICA.
2. LOS DELEGADOS REGIONALES, ESTATALES Y LOS DIRECTORES DE UNIDADES MÉDICAS DESCONCENTRADAS, SON LOS ÚNICOS FACULTADOS PARA EFECTUAR Y FORMALIZAR LOS CONTRATOS QUE SE ESTABLEZCAN PARA LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, PARA LO CUAL SE ESTABLECERÁN PROGRAMAS, QUE DETERMINEN EL COSTO-BENEFICIO A FAVOR DEL USUARIO Y DEL INSTITUTO, ANTES DE CONTRATAR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN.
3. EN LAS DELEGACIONES REGIONALES, ESTATALES Y UNIDADES MÉDICAS DESCONCENTRADAS, LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, SE HARÁ A TRAVÉS DEL COMITÉ DESCONCENTRADO DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS CON BASE EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO, Y DEMÁS DISPOSICIONES LEGALES APLICABLES.
4. SOLO PODRÁN CANCELAR LOS CONTRATOS DE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, LOS SERVIDORES PÚBLICOS DEL INSTITUTO, QUE TENGAN ACREDITADA PERSONALIDAD JURÍDICA PARA TAL EFECTO Y CON FUNDAMENTOS NECESARIOS.
5. EL INSTITUTO NO TENDRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA, PROVENIENTE DE LOS CONTRATOS DE TRABAJO CON LAS INSTITUCIONES SUBROGATORIAS, NI CON EL PERSONAL MÉDICO, PARAMÉDICO, ADMINISTRATIVO Y DE INTENDENCIA DESTINADO A LA PRESTACIÓN DE ESTOS SERVICIOS.



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

813

6. PARA DETERMINAR LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, SE DEBERÁ ELEGIR AQUELLA QUE OFREZCA LA CAPACIDAD RESOLUTIVA REQUERIDA, LA MEJOR CALIDAD Y COSTO. EN TODO CONTRATO O CONVENIO ESTABLECIDO, SE DEBERÁ BASAR EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
7. SERÁ INDISPENSABLE QUE EL SERVICIO SUBROGADO TENGA RECONOCIDA ÉTICA Y PRESTIGIO PROFESIONAL, DEBIENDO ACREDITAR ANTE EL INSTITUTO LA AUTORIZACIÓN CORRESPONDIENTE DE LAS DEPENDENCIAS OFICIALES, PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN O ACTIVIDAD MOTIVO DEL CONTRATO. TRATÁNDOSE DE MÉDICOS, ANEXARÁN COPIAS DE LOS DOCUMENTOS QUE LOS ACREDITEN COMO TALES.
8. EN NINGÚN CASO SE PODRÁN EFECTUAR CONTRATACIONES DE PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, A TRAVÉS DE IGUALAS. ESTAS SE HARÁN ÚNICAMENTE POR SERVICIOS CONSUMADOS (CONSULTAS, CIRUGÍAS, ESTUDIOS Y OTROS).
9. CUANDO SE TRATE DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS DE CONCENTRACIÓN NACIONAL, SEA EN INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS, LOS DELEGADOS Y DIRECTORES DE UNIDADES MÉDICAS DESCONCENTRADAS, DEBERÁN APEGARSE AL CONTRATO O CONVENIO QUE FORMALICE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA.
10. LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, SE JUSTIFICARÁ SOLAMENTE CUANDO EL INSTITUTO NO DISPONGA DE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA NECESARIA PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA REQUERIDA. LA EXCEPCIÓN DEBERÁ SER JUSTIFICADA SÓLO A TRAVÉS DEL ESTUDIO DE COSTO-BENEFICIO QUE INDIQUE QUE LA SUBROGACIÓN LOCAL, CONLLEVE A UN MENOR COSTO FINANCIERO Y UN MAYOR BENEFICIO SOCIAL, DE CONFORMIDAD A LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
11. ANTE LA INMINENTE SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, LAS INSTITUCIONES QUE FORMAN PARTE DEL SECTOR PÚBLICO, TENDRÁN PREFERENCIA SOBRE LAS PRIVADAS.
12. NO SE JUSTIFICARÁ LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS, CUANDO EN LA UNIDAD EXISTAN, MEDIOS EQUIVALENTES PARA RESOLVER EL PROBLEMA CON LA CALIDAD REQUERIDA, NI POR INASISTENCIA DEL PERSONAL MÉDICO.
13. LOS SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS, DEBERÁN QUEDAR REGISTRADOS MEDIANTE EL CONTRATO RESPECTIVO, CON BASE A LA NORMATIVIDAD DE CONVENIOS Y CONTRATOS DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA Y DE RELACIONES LABORALES DEL INSTITUTO.
14. LA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN, DEBERÁ ELABORAR Y DIFUNDIR LOS CRITERIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA EL REGISTRO, SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS CONVENIOS Y/O CONTRATOS.



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

814

15. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, SÓLO EN CASOS DE URGENCIA MÉDICA Y CON LA JUSTIFICACIÓN CORRESPONDIENTE, SERÁ LA INSTANCIA QUE EMITA LA OPINIÓN RESPECTO A LA PROCEDENCIA O NO DE LA SUBROGACIÓN DEL SERVICIO Y AUTORICE LA ATENCIÓN MÉDICA SUBROGADA FUERA DE CONVENIO Y/O CONTRATO.

16. LAS DELEGACIONES ESTATALES, REGIONALES Y UNIDADES MÉDICAS DESCONCENTRADAS, SE DEBERÁN AJUSTAR A LAS ASIGNACIONES PRESUPUESTALES MENSUALES AUTORIZADAS PARA LA SUBROGACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS.

#### B. PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA.

17. LA CONSULTA EXTERNA DE ESPECIALIDAD, SE PROPORCIONARÁ EN LOS CONSULTORIOS DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS O PRIVADAS CONTRATADAS, EN EL HORARIO ESTABLECIDO EN EL PROPIO CONTRATO.

18. NO DEBERÁ HABER CANCELACIONES DE CONSULTAS POR PARTE DEL MÉDICO SUBROGADO.

19. EL MÉDICO SÓLO PROPORCIONARÁ ATENCIÓN MÉDICA POR CUENTA DEL INSTITUTO, A LOS PACIENTES QUE PRESENTEN EL FORMATO SM-1-17 "SOLICITUD DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES" DEBIDAMENTE AUTORIZADA POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA CON FIRMA AUTÓGRAFA. EN CASO CONTRARIO, NO PROCEDERÁ EL PAGO RESPECTIVO PARA LAS CONSULTAS SUBSECUENTES NECESARIAS.

20. EL MÉDICO SUBROGADO PODRÁ PRESCRIBIR CUALQUIER MEDICAMENTO NECESARIO PARA EL PADECIMIENTO, APEGÁNDOSE AL CATÁLOGO INSTITUCIONAL DE INSUMOS PARA LA SALUD Y RACIONALIZANDO EL NÚMERO DE UNIDADES PRESCRITAS POR RECETA DE ACUERDO A LA NORMA.

21. LOS PACIENTES QUE POR NECESIDAD REQUIERAN UN ESTUDIO DE LABORATORIO O GABINETE A JUICIO DE UN MÉDICO SUBROGADO, DEBERÁN ACUDIR A LA UNIDAD MÉDICA DEL INSTITUTO CON SU ORDEN RESPECTIVA A FIN DE QUE SE REALICEN EN LAS INSTALACIONES DE ESTE, PREVIA VALORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA. LOS ESTUDIOS DEBERÁN DE SER AUTORIZADOS POR LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA DEL INSTITUTO, CON FIRMA AUTÓGRAFA DEL TITULAR, EN CASO CONTRARIO, NO PROCEDERÁ EL PAGO RESPECTIVO.

22. LOS PACIENTES QUE POR NECESIDAD, REQUIERAN UNA INTERCONSULTA CON OTRO ESPECIALISTA A JUICIO DEL MÉDICO SUBROGADO, DEBERÁN ACUDIR A LA UNIDAD MÉDICA DEL INSTITUTO PARA CANALIZARLO CON UN MÉDICO DEL INSTITUTO, PREVIA VALORACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA.



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

815

23. CUANDO SE REQUIERA EL TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD MÉDICA, DEBERÁ SER VALORADA POR EL COORDINADOR MÉDICO, CONJUNTAMENTE CON EL MÉDICO TRATANTE, EL DIRECTOR DE LA UNIDAD Y EL SUBDELEGADO MÉDICO, QUIENES DETERMINARÁN EL MOMENTO OPORTUNO PARA INFORMAR AL PACIENTE.

C. PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA POR TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIALIZADO.

25. LA HOSPITALIZACIÓN DEBERÁ REALIZARSE ÚNICAMENTE EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS O PRIVADOS CONTRATADOS POR EL INSTITUTO.

26. QUEDA PROHIBIDO EL INTERNAMIENTO DE PACIENTES CUYO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO PUEDE SER REALIZADO EN CONSULTA EXTERNA O AMBULATORIO.

27. EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ INFORMAR OPORTUNAMENTE A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL O A LA SUBDELEGACIÓN QUE REFIERA AL PACIENTE, CUANDO POR NECESIDAD DEL TRATAMIENTO REQUIERE SER INGRESADO A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI), QUEDANDO EL MÉDICO TRATANTE COMO RESPONSABLE DEL PACIENTE.

28. EL TIEMPO QUE PERMANEZCA EL PACIENTE EN DICHA UNIDAD, SERÁ ÚNICAMENTE EL QUE SE DEFINA POR INDICACIÓN ENTRE EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA UCI Y EL MÉDICO TRATANTE.

29. EL TIEMPO DE INTERNAMIENTO POR TRATAMIENTO MÉDICO, LO DEFINIRÁ EL MÉDICO TRATANTE, CON BASE A LA NECESIDAD DE MANEJO HOSPITALARIO DEL PROBLEMA, EVITANDO PROLONGARLO INNECESARIAMENTE.

30. EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ ESTAR PENDIENTE Y EXIGIR QUE SE OTORGUEN LOS CUIDADOS ADECUADOS A LOS PACIENTES POR PARTE DE ENFERMERÍA, MÉDICOS DE GUARDIA Y HOSPITAL EN GENERAL.

31. EL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR CONSTANCIAS O CERTIFICADOS SERÁ EL MÉDICO TRATANTE, ADEMÁS SERÁ RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN DIARIA A LOS FAMILIARES.

D. POLÍTICAS DE OPERACIÓN PARA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS SUBROGADOS PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA POR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

32. LA ATENCIÓN QUIRÚRGICA SUBROGADA SE AUTORIZARÁ CUANDO NO SE CUENTE CON EL RECURSO DIRECTO EN LA UNIDAD MÉDICA Y EXISTA UNA INDICACIÓN TERAPÉUTICA ESPECÍFICA. POR TANTO QUEDARÁ EXCLUIDA TODA INTERVENCIÓN ESTÉTICA O QUE CUBRA OTROS MOTIVOS NO TERAPÉUTICOS.



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

816

33. LOS CASOS QUE PONGAN EN PELIGRO LA VIDA O LA FUNCIÓN DE UN ÓRGANO VITAL, NO REQUERIRÁN DE AUTORIZACIÓN PREVIA, ESTAS SERÁN VALORADAS POSTERIORMENTE PARA DETERMINAR EL GRADO DE LA URGENCIA MÉDICA Y EN SU CASO SE FINCARÁN RESPONSABILIDADES A QUIEN CORRESPONDA.
34. LAS INSTALACIONES DEL PROPIO INSTITUTO SE USARÁN PARA REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, CON BASE A LO ESTABLECIDO EN LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
35. EL MÉDICO ANESTESIÓLOGO DEBE SER ELEGIDO ENTRE LOS DEL INSTITUTO, SÓLO EN CASO DE URGENCIA MÉDICA SE PODRÁ UTILIZAR OTRO QUE SE ENCUENTRE DISPONIBLE.
36. EN CASO DE QUE LA CIRUGÍA REQUIERA DE SANGRE, SE SOLICITARÁ AL PACIENTE LOS DONADORES CON LA INDICACIÓN DE PRESENTARSE AL HOSPITAL QUE LO REFIERE, PARA SU EXTRACCIÓN O TRAMITAR EN EL BANCO DE SANGRE LO NECESARIO.
37. TODO CIRUJANO DEBERÁ LIMITARSE A RESOLVER PROBLEMAS QUIRÚRGICOS DE SU ESPECIALIDAD, SALVO SITUACIONES INESPERADAS DURANTE LA CIRUGÍA, SIEMPRE Y CUANDO CONSIDERE QUE PUEDE RESOLVER EL PROBLEMA ADECUADAMENTE.
38. TODAS LAS PIEZAS EXTIRPADAS POR PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, DEBEN SER MOTIVO DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO EN LA UNIDAD SUBROGADA.
39. AL EGRESO DEL PACIENTE, EL CIRUJANO TENDRÁ ESPECIAL CUIDADO DE EXPLICAR LOS CUIDADOS, MEDICAMENTOS QUE REQUIERA, TIEMPO DE TRATAMIENTO, DIETA Y FECHA DE LA PRÓXIMA CONSULTA.
40. PARA LA AYUDANTÍA QUIRÚRGICA, EL CIRUJANO PODRÁ SOLICITAR AL MÉDICO DE SU ELECCIÓN, YA SEA RESIDENTE O INTERNO DEL HOSPITAL DONDE SE OPERE, CUYO PAGO SERÁ DE ACUERDO A LA LEY DE ADQUISICIONES, ARRENDAMIENTOS Y SERVICIOS DEL SECTOR PÚBLICO.
41. CUANDO EL CASO LO AMERITE, EL CIRUJANO ESTÁ AUTORIZADO PARA INDICAR EL TRASLADO DEL PACIENTE A LA UCI. ÉSTE SEGUIRÁ SIENDO EL MÉDICO TRATANTE DEL PACIENTE, POR LO QUE SUS VISITAS Y LA DISCUSIÓN DEL CASO CON EL PERSONAL MÉDICO DE ESTE SERVICIO, DEBERÁN EFECTUARSE DIARIAMENTE.
42. EL TIEMPO QUE PERMANEZCA EL PACIENTE EN LA UCI, SERÁ ÚNICAMENTE EL QUE SE DEFINA POR INDICACIÓN ENTRE EL MÉDICO RESPONSABLE DE DICHA UNIDAD Y EL MÉDICO TRATANTE.
43. EL CIRUJANO TRATANTE SERÁ EL RESPONSABLE DE LAS CURACIONES QUIRÚRGICAS QUE EL PACIENTE REQUIERA.





## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

817

44. EL CIRUJANO QUE INTERVINO AL PACIENTE, SERÁ EL ÚNICO RESPONSABLE DEL MISMO Y EN CASO NECESARIO, PODRÁ UTILIZAR COMO INTERCONSULTA A OTRO ESPECIALISTA, CON LA AUTORIZACIÓN PREVIA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD SUBROGADA.
45. LA VISITA MÉDICA HOSPITALARIA SERÁ DIARIA O MÁS FRECUENTE SI EL CIRUJANO ASÍ LO JUZGA CONVENIENTE.
46. EL PAGO DE LAS VISITAS HOSPITALARIAS QUIRÚRGICAS ESTARÁN INCLUIDAS EN EL COSTO DE LA CIRUGÍA.
47. EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ ESTAR PENDIENTE Y EXIGIR QUE SE OTORGUEN LOS CUIDADOS ADECUADOS A LOS PACIENTES POR PARTE DE LA ENFERMERÍA, MÉDICOS DE GUARDIA Y EL HOSPITAL EN GENERAL.
48. EN CASO NECESARIO, EL RESPONSABLE DE PROPORCIONAR CONSTANCIAS O CERTIFICADOS, SERÁ EL MÉDICO TRATANTE, ASÍ MISMO, SERÁ RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN DIARIA A LOS FAMILIARES.



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

818

### 3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	UNIDAD MÉDICA (SERVICIO SOLICITANTE)	Elabora oficio y formato SM1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes" solicitando subrogación de servicio de hospitalización y envía al Director de la unidad médica para autorización.
2	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe oficio de solicitud y SM1-17, analiza y decide necesidades de subrogación de servicios médicos de hospitalización y/o de especialización. Archiva oficio.
		¿Requiere la subrogación?
2.1		NO, Refiere a Unidades Médicas de 2do o 3er Nivel de Atención con capacidad resolutive mediante formato SM1-17 para atención médica con base en el Programa de Regionalización de Servicios de Salud. Continúa con el procedimiento de Referencia-Contrarreferencia.
2.2		SI, Autoriza formato SM1-17 y determina de acuerdo al tipo de unidad médica subrogada.
		¿Es desconcentrada?
2.2.1		SI, Autoriza el formato SM1-17 e indica al derechohabiente que acuda al servicio médico subrogado de hospitalización y/o especialización Continúa en actividad no. 5.
2.2.2		NO, Da visto bueno al formato SM1-17 y lo envía al Departamento de Atención Médica de la Subdelegación Médica para autorización.
3	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Recibe formato de subrogación de servicios de hospitalización y/o de especialización, analiza, verifica convenio, autoriza y devuelve a la unidad médica solicitante no desconcentrada las solicitudes autorizadas.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

819

Termina el Procedimiento.

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

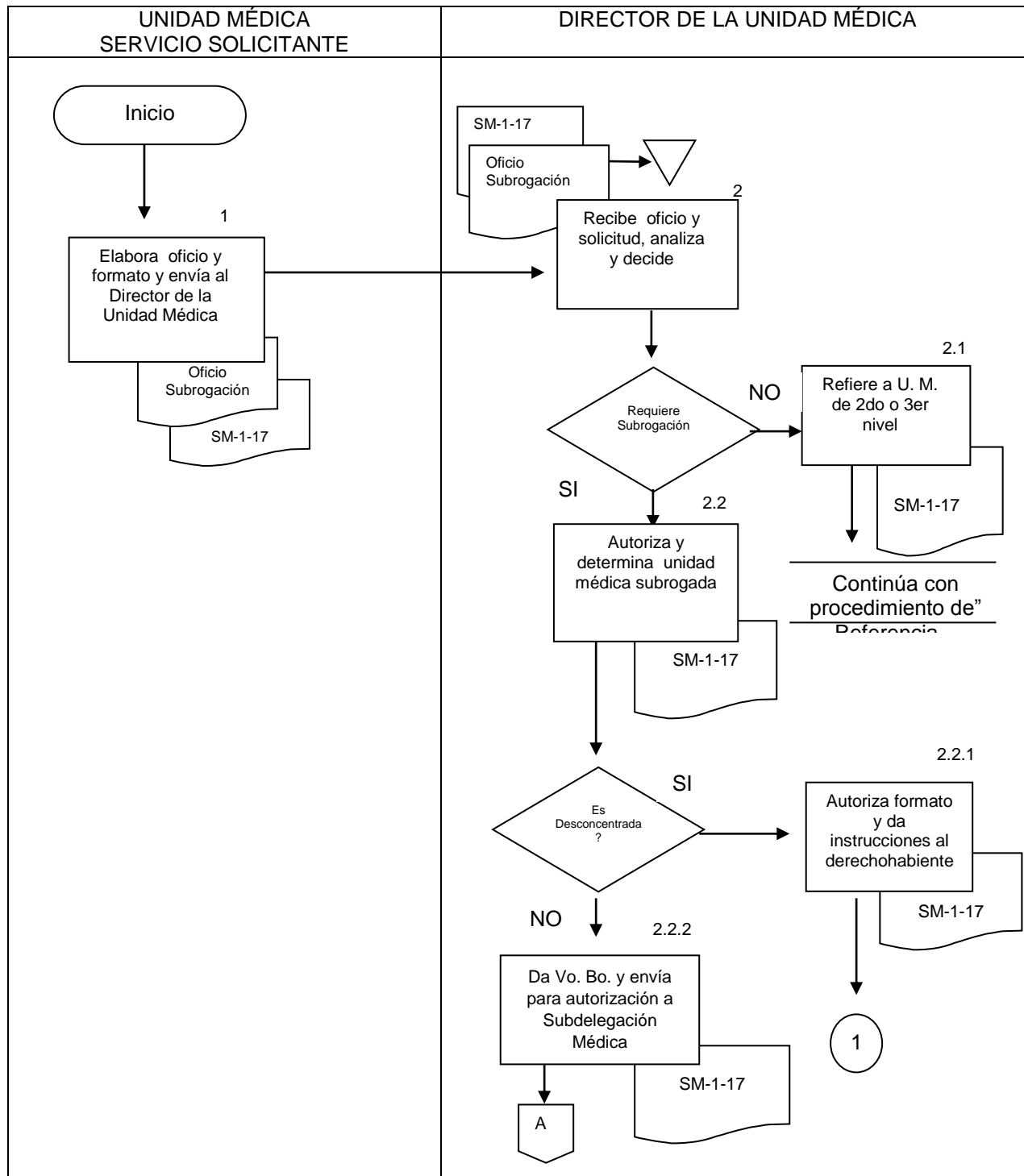
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

820

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO





## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

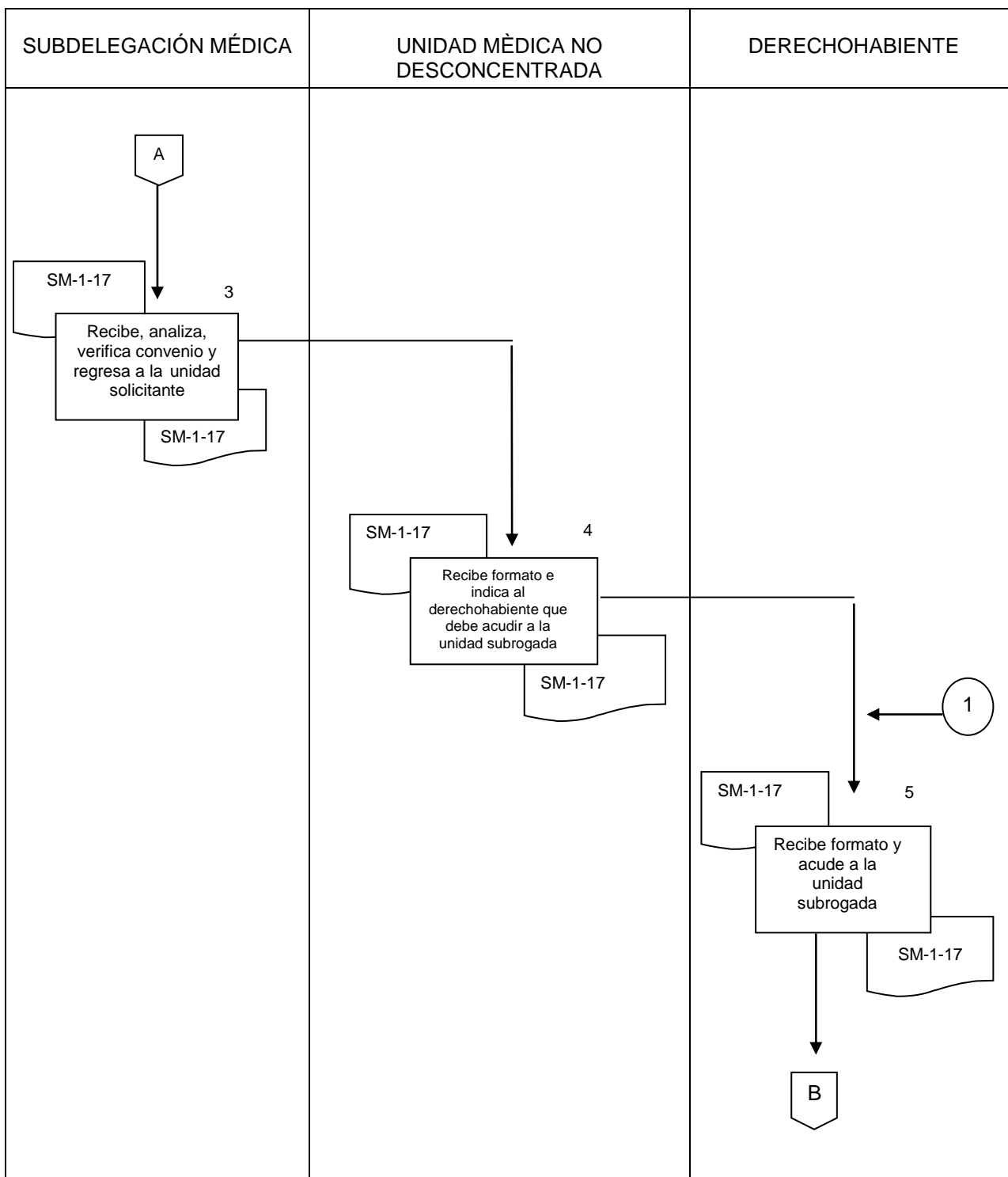
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

821



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

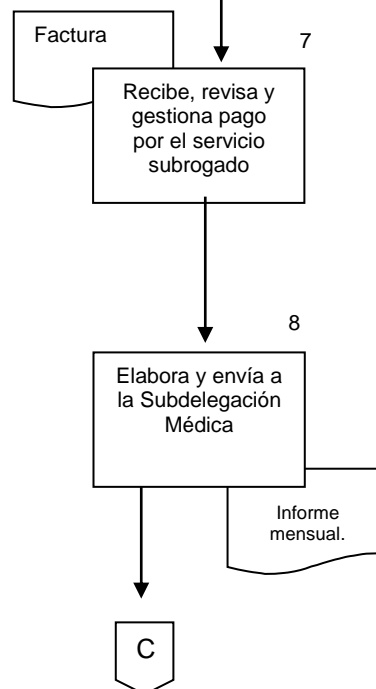
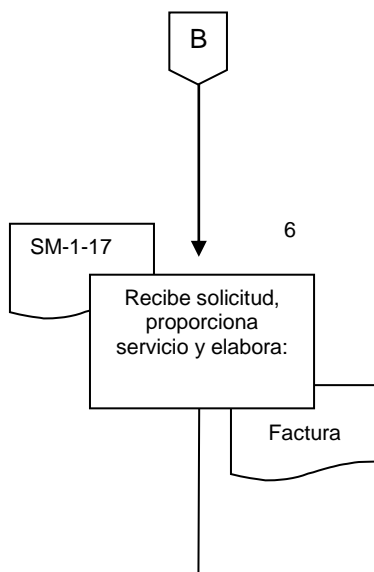
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

822

#### UNIDAD MÉDICA SUBROGADA

#### UNIDAD MÉDICA DESCONCENTRADA Y/O NO DESCONCENTRADA



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

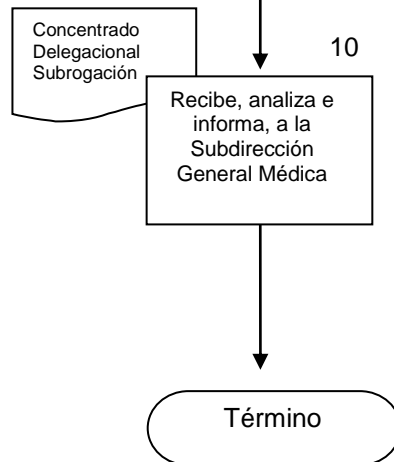
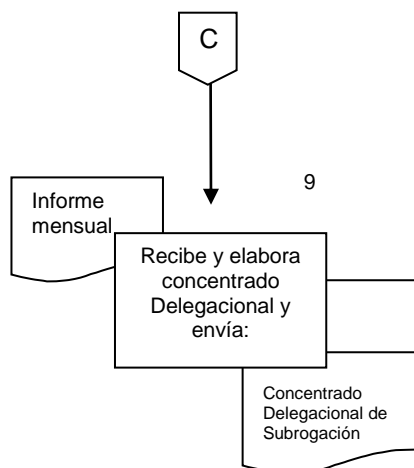
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

823

#### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

#### SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

824

### 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

### 6. REFERENCIAS

#### 1. Procedimiento de Referencia

### 7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

### 8. ANEXOS

- A. Formato SM-1-17 Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.
- B. Informe Mensual de Subrogación de las Unidades Médicas.
- C. Informe Mensual de Subrogación de las Unidades Médicas. Partida Presupuestal 3207 Especialización.
- D. Informe Mensual de Subrogación de las Unidades Médicas. Partida Presupuestal 3208 Especialización.
- E. Informe Mensual de Subrogación de las Unidades Médicas. Partida Presupuestal 3808 Especialización.
- F. Formato de Control de Cirugías.

### 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





**6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
SUBROGADOS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

825

## **8. ANEXOS**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

826

### ANEXO A

### FORMATO DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA SM-1-17

## REFERENCIA

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 **5**  
Materno y/o Conyugal

Nombre(s) **6**  
Edad

**7**  
Sexo

**8**  
RFC

Deberá acudir a la Unidad Hospitalaria **9**

**10**  
Fecha

**11**  
Hora

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo del envío, valoración, diagnóstico y terapéutica

**12**

Incapacidad desde **13** Hasta

Fecha

Hora

Vo.Bo.  
**14**

**15**

Director de la Clínica

Nombre, clave y firma del Médico tratante

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
SUBROGADOS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

827

**CONTRARREFERENCIA**

Informe del médico consultado

Resultado de la valoración

**16**

Conducta a seguir

**18**

Vo.Bo.

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

**17**

**19**

Director de la Clínica

Nombre, clave y firma del médico consultado

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

828

**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	La unidad médica de adscripción a la que pertenece el paciente y que solicita el servicio de apoyo
2	A LA UNIDAD HOSPITALARIA	La unidad médica donde deberá acudir el paciente para continuar tratamiento o realizar estudio
3	SERVICIO DE	El 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                      7. Hijo 2. Asegurada                    8. Hija 3. Esposa                        9. Jubilado o 4. Esposo                        pensionado 5. Padre o abuelo 6. Madre o abuela
5	NOMBRE DEL PACIENTE	El nombre completo del paciente derechohabiente, iniciando con apellido paterno, materno y nombre
6	EDAD	La edad cumplida en años del paciente que se refiera
7	SEXO	El género correspondiente del paciente referido  M. Masculino                  F. Femenino
8	R.F.C.	El Registro Federal de Causantes del derechohabiente

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

829

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
9	DEBERÁ ACUDIR A LA UNIDAD HOSPITALARIA	La unidad ubicada donde será atendido el paciente
10	FECHA	La fecha en la que deberá presentarse a la unidad de referencia
11	HORA	La hora en que deberá presentarse al servicio referido
12	MOTIVO DEL ENVÍO, VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA	Una 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 DESDE.....HASTA..... FECHA.....HORA.....	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. (VISTO BUENO) DEL DIRECTOR DE LA CLÍNICA	Nombre y firma autógrafa del director de la unidad médica que refiere
15	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE	El nombre completo, firma autógrafa y clave del médico tratante
16	CONTRARREFERENCIA	
16	INFORME DEL MÉDICO CONSULTADO A) RESULTADO DE LA VALORACIÓN B) CONDUCTA A SEGUIR	Una 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. (VISTO BUENO) DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD	Nombre completo y firma autógrafa del director de la unidad donde fue referido el paciente
18	FECHA..... HORA.....	La fecha y hora en que se contrarrefiere al paciente a su unidad de adscripción.
19	NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO CONSULTADO	El nombre completo, firma autógrafa y clave del médico que proporcione la atención al paciente referido

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

830

### ANEXO B

### FORMATO DE INFORME MENSUAL DE SUBROGACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS CLAVE: S/N/A

Delegación \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ 3  
Nombre de la  
Unidad \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Vo.Bo.  
11

Subdelegado Médico

RESPONSABLE

12

Nombre y cargo

Servicio					Causas de Subrogación						Costo 9	
Subrogado 5	Cantidad en N° de: 6			Institución Subrogataria 7			Recursos 8					
	Consulta de			Pacientes atendidos							Org	
	1ª. vez	Subs.	Total		S. Salud	Priv.	Otros	Hum.	Fis.	Mat.		
Anestesiología								8.1	8.2	8.3	8.4	
Angiología												
Cardiología												
Cirugía Cardiovascular												
Cirugía General												
Cirugía Maxilofacial												
Cirugía Oncológica												
Cirugía Pediátrica												
Cirugía Reconstructiva												
Endocrinología												
Endoscopía												
Gastroenterología												
Genética												
Gineco Obstetricia												
Hematología												
Histopatología												
Infectología												
Medicina General												
Medicina Interna												
Nefrología												
Neonatología												
Neumología												
Neurocirugía												
Neurología												
Oftalmología												
Oncología												
Ortopedia y Trauma												
Otorrinolaringología												
Pediatría												
Proctología												
Psiquiatría												
Reumatología												
Terapia Intensiva												
Urgencias												
Urología												
Otros (especificar)												
SUMA 10												

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

831

**Instructivo de formato:** Informe Mensual de Subrogación de las Unidades  
Médicas

**Clave del formato:**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación correspondiente
2	MES	El nombre del mes que se informa
3	AÑO	El año al que corresponda el informe
4	NOMBRE DE LA UNIDAD	El nombre oficial de la unidad
5	SERVICIO SUBROGADO	Servicio correspondiente
6	CANTIDAD	El número de consultas del mes que se informa, si son de 1ª. vez o subsecuente; y el total, así como el número de pacientes atendidos
7	INSTITUCIÓN SUBROGADA	En la columna de sector salud las siglas de acuerdo de la institución que se subrogue SS, IMSS, DIF; o si es al sector privado marcar con una cruz (x); en otros especificar si es de PEMEX, Marina, Defensa, etc.
8	COSTOS DE SUBROGACIÓN	El código que corresponda a cada columna, de acuerdo a lo siguiente:
8.1	RECURSOS HUMANOS	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- no existe plaza autorizada 2- plaza vacante 3- ausentismo no programado 4- ausentismo programado 5- falta de
8.2	RECURSOS MATERIALES	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- falta de equipo 2- equipo obsoleto o descompuesto 3- desabasto de insumos 4- falta de reactivos 5- falta de instrumental

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
SUBROGADOS****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

832

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8.3	RECURSOS FÍSICOS	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- no se cuenta con el área específica 2- falta remodelar el área
8.4	ORGANIZACIÓN	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- no existe coordinación con la unidad de apoyo 2- no se cumple con la normatividad establecida 3- falta de infraestructura de la unidad 4- grandes distancias entre las unidades 5- dispersión geográfica de los derechohabientes 6- baja productividad de los servicios
9	COSTOS	El total correspondiente a cada renglón
10	SUMA	La sumatoria correspondiente a cada columna
11	VO.BO. SUBDELEGADO MÉDICO	Nombre y firma del Subdelegado Médico
12	RESPONSABLE	Nombre y cargo de la persona que llena el formato.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

833

### ANEXO C

#### FORMATO DE INFORME MENSUAL DE SUBROGACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS. (PARTIDA PRESUPUESTAL 3207 - ESPECIALIZACIÓN-) CLAVE: S/N/B

Delegación \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ 3  
Nombre de la  
Unidad \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Auxiliares		Causas de Subrogación										
Costo												
Diag. Y Tratamiento	5	Cantidad en N° de:	6	Institución Subrogataria			7	Recursos				8
9												
	Pacientes	Estudios	Tratamientos	S. Salud	Priv.	Otros	Hum.	Fis.	Mat.	Org.		
							8.1	8.2	8.3	8.4		
Anatomía Patológica												
Audiometría												
Anestesiología												
Banco de Sangre												
Ecosonografía												
Electrocardiograma												
Electroencefalograma												
Endoscopia												
Laboratorio Clínico												
Litotripsia												
Med, Física y Rehab.												
Medicina Nuclear												
Optometría												
Prueba de esfuerzo												
Quimioterapia												
Radiodiagnóstico												
Radioterapia												
Resonancia Magnética												
Tomografía axial comp.												
Ultrasonografía												
Otros (especificar)												
SUMA	10											

Vo. Bo.

RESPONSABLE

11

12

Subdelegado Médico

Nombre y cargo

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

834

**Instructivo de formato:** Informe Mensual de Subrogación. Partida  
Presupuestal 3207 Especialización.

**Clave del formato:**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación correspondiente
2	MES	El nombre del mes que se informa
3	AÑO	El año al que corresponda el informe
4	NOMBRE DE LA UNIDAD	El nombre oficial de la unidad
5	AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	Servicio correspondiente
6	CANTIDAD EN NÚMERO DE:	El número de pacientes, estudios y tratamientos correspondientes al mes que se informa
7	INSTITUCIÓN SUBROGATORIA	En el renglón del sector salud las siglas de acuerdo de la institución que se subroga SS, IMSS, DIF; o si es al sector privado marcar con una cruz (x); en otros especificar si es de PEMEX, Marina, Defensa, etc.
8	CAUSA DE SUBROGACIÓN	El código que corresponda a cada columna, de acuerdo a lo siguiente:
8.1	RECURSOS HUMANOS	De acuerdo a la siguiente codificación: 1- no existe plaza autorizada 2- plaza vacante 3- ausentismo no programado 4- ausentismo programado 5- falta de

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

835

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8.2	RECURSOS MATERIALES	De acuerdo a la siguiente codificación: 1- falta de equipo 2- equipo obsoleto o descompuesto 3- desabasto de insumos 4- falta de reactivos 5- falta de instrumental
8.3	RECURSOS FÍSICOS	De acuerdo a la siguiente codificación: 1- no se cuenta con el área específica 2- falta remodelar el área
8.4	ORGANIZACIÓN	De acuerdo a la siguiente codificación: 1- no existe coordinación con la unidad de apoyo 2- no se cumple con la normatividad establecida 3- falta de infraestructura de la unidad 4- grandes distancias entre las unidades 5- dispersión geográfica de los derechohabientes 6- baja productividad de los servicios
9	COSTOS	El total correspondiente a cada renglón
10	SUMA	La sumatoria de todos los conceptos por columna.
11	VO. BO. SUBDELEGADO MÉDICO	Nombre y firma del Subdelegado Médico
12	RESPONSABLE	Nombre y cargo de la persona que llena el formato

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

836

#### ANEXO D

### FORMATO DE INFORME MENSUAL DE SUBROGACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS (PARTIDA PRESUPUESTAL 3208) CLAVE S/N/C

Delegación _____ 1 _____ Mes _____ 2 _____ Año _____ 3 _____											
Nombre de la Unidad _____ 4 _____											
Causas de Subrogación											
Servicio	Costo	Subrogado	5	Cantidad en N° de:	6	Institución Subrogataria	7	Recursos	8		
9	Consulta de 1ª. vez	Subs.	Total	Pacientes atendidos	S. Salud	Priv.	Otros	Hum.	Fis.	Mat.	Org.
Alergología								8.1	8.2	8.3	8.4
Anestesiología											
Angiología											
Audiología											
Cardiología											
Cirugía Cardiovascular											
Cirugía General											
Cirugía Maxilo Facial											
Cirugía Oncológica											
Cirugía Pediatría											
Cirugía Reconstructiva											
Dermatología											
Dietología											
Endocrinología											
Endoscopia											
Foniatría											
Gastroenterología											
Genética											
Ginecoobstetricia											
Hematología											
Histopatología											
Infectología											
Medicina General											
Medicina Interna											
Nefrología											
Neonatología											
Neumología											
Neurocirugía											
Neurología											
Odontología											
Oftalmología											
Oncología											
Ortopedia y trauma											
Otorrinolaringología											
Parodoncia											
Pediatría											
Proctología											
Psicología											
Psiquiatría											
Reumatología											
Terapia intensiva											
Urgencias											
Causas de Subrogación											
Servicio	Costo	Subrogado	5	Cantidad en N° de:	6	Institución Subrogataria	7	Recursos	8		
9	Consulta de 1ª. vez	Subs.	Total	Pacientes atendidos	S. Salud	Priv.	Otros	Hum.	Fis.	Mat.	Org.
Urología											
Otros (especificar)											
SUMA	10										

Vo. Bo.

RESPONSABLE

11

12

Subdelegado Médico

Nombre y cargo

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

837

**Instructivo de formato:** Informe Mensual de Subrogación. Partida Presupuestal 3208 Especialización

**Clave del formato:**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación correspondiente
2	MES	El nombre del mes que se informa
3	AÑO	El año al que corresponda el informe
4	NOMBRE DE LA UNIDAD	El nombre oficial de la unidad
5	SERVICIO SUBROGADO	Servicio correspondiente
6	CANTIDAD EN NÚMERO DE:	El número de consultas del mes que se informa, si son de 1ª. Vez o subsecuente; y el total, así como el número de pacientes atendidos
7	INSTITUCIÓN SUBROGADA	En la columna de sector salud las siglas de acuerdo de la institución que se subrogue SS, IMSS, DIF; o si es al sector privado marcar con una cruz (x); en otros especificar si es de PEMEX, Marina, Defensa, etc.
8	CAUSAS DE SUBROGACIÓN	El código que corresponda a cada columna, de acuerdo a lo siguiente:
8.1	RECURSOS HUMANOS	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- no existe plaza autorizada 2- plaza vacante 3- ausentismo no programado 4- ausentismo programado 5- falta de
8.2	RECURSOS MATERIALES	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- falta de equipo 2- equipo obsoleto o descompuesto 3- desabasto de insumos 4- falta de reactivos 5- falta de instrumental

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

**6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
SUBROGADOS****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

838

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8.3	RECURSOS FÍSICOS	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- no se cuenta con el área específica 2- falta remodelar el área
8.4	ORGANIZACIÓN	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- no existe coordinación con la unidad de apoyo 2- no se cumple con la normatividad establecida 3- falta de infraestructura de la unidad 4- grandes distancias entre las unidades 5- dispersión geográfica de los derechohabientes 6- baja productividad de los servicios
9	COSTOS	El total correspondiente a cada renglón
10	SUMA	La sumatoria de las columnas correspondientes a servicio subrogado
11	VO. BO. SUBDELEGADO MÉDICO	Nombre y firma del Subdelegado Médico
12	RESPONSABLE	Nombre y cargo de la persona que llena el formato

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

839

### ANEXO E

#### FORMATO DE INFORME MENSUAL DE SUBROGACIÓN DE LAS UNIDADES MÉDICAS (PARTIDA PRESUPUESTAL 3208 -ESPECIALIZACION-) CLAVE S/N/D

Delegación \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
Nombre de la  
Unidad \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Auxiliares					Causas de Subrogación						
Costo											
Diag. Y Tratamiento	5	Cantidad en N° de:			Institución Subrogataria			Recursos			
9											
	Pacientes	Estudios	Tratamientos		S. Salud	Priv.	Otros	Hum.	Fis.	Mat.	Org.
								8.1	8.2	8.3	8.4
Anatomía Patológica											
Audiometría											
Anestesiología											
Banco de Sangre											
Ecosonografía											
Electrocardiograma											
Electroencefalograma											
Endoscopia											
Laboratorio Clínico											
Litotripsia											
Med. Física y Rehab.											
Medicina Nuclear											
Optometría											
Prueba de esfuerzo											
Quimioterapia											
Radiodiagnóstico											
Radioterapia											
Resonancia Magnética											
Tomografía Axial Comp.											
Ultrasonografía											
Otros (especificar)											
SUMA	10										

Vo. Bo.

11

Subdelegado Médico

RESPONSABLE

12

Nombre y cargo

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS SUBROGADOS

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

840

**Instructivo de formato:** Informe Mensual de Subrogación. Partida  
Presupuestal 3808 Especialización.

**Clave del formato:**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación correspondiente
2	MES	El nombre del mes que se informa
3	AÑO	El año al que corresponda el informe
4	NOMBRE DE LA UNIDAD	El nombre oficial de la unidad
5	SERVICIO SUBROGADO	Servicio correspondiente
6	CANTIDAD EN NÚMERO DE:	El número de pacientes, estudios y tratamientos correspondientes al mes que se informa
7	INSTITUCIÓN SUBROGADA	En el renglón del sector salud las siglas de acuerdo de la institución que se subrogue SS, IMSS, DIF; o si es al sector privado marcar con una cruz (x); en otros especificar si es de PEMEX, Marina, Defensa, etc.
8	CAUSAS DE SUBROGACIÓN	El código que corresponda a cada columna, de acuerdo a lo siguiente:
8.1	RECURSOS HUMANOS	De acuerdo a la siguiente codificación:  1- no existe plaza autorizada 2- plaza vacante 3- ausentismo no programado 4- ausentismo programado 5- falta de

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
SUBROGADOS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

841

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
8.2	RECURSOS MATERIALES	De acuerdo a la siguiente codificación: 1- falta de equipo 2- equipo obsoleto o descompuesto 3- desabasto de insumos 4- falta de reactivos 5- falta de instrumental
8.3	RECURSOS FÍSICOS	De acuerdo a la siguiente codificación: 1- no se cuenta con el área específica 2- falta remodelar el área
8.4	ORGANIZACIÓN	De acuerdo a la siguiente codificación: 1- no existe coordinación con la unidad de apoyo 2- no se cumple con la normatividad establecida 3- falta de infraestructura de la unidad 4- grandes distancias entre las unidades 5- dispersión geográfica de los derechohabientes 6- baja productividad de los servicios
9	COSTOS	El total correspondiente a cada renglón
10	SUMA	La sumatoria de todos los conceptos por columna.
11	VO. BO. SUBDELEGADO MÉDICO	Nombre y firma del Subdelegado Médico
12	RESPONSABLE	Nombre y cargo de la persona que llena el formato

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**6. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS  
SUBROGADOS****MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES****SUBDELEGACIÓN MÉDICA****Código:****Versión:****Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

843

**Instructivo de formato:** Control de Cirugías**Clave del formato:**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE DE LA UNIDAD	El nombre oficial de la unidad
2	MES	El nombre del mes que se informa
3	AÑO	El año al que corresponde el informe
4	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación a que corresponde
5	NOMBRE DEL CIRUJANO	Nombre completo del cirujano
6	NOMBRE DE LA CIRUGÍA	Nombre del procedimiento quirúrgico realizado
7	DÍAS DE ESTANCIA	Días de estancia hospitalaria postquirúrgica del paciente
8	COMPLICACIONES	Número de complicaciones durante el período
9	DEFUNCIONES	Número de defunciones durante el período
10	OBSERVACIONES	Aspectos relevantes del proceso quirúrgico
11	SUBDELEGADO MÉDICO	El nombre y firma de la persona que realiza el informe.
12	ELABORÓ	El nombre completo y firma autógrafa del Subdelegado Médico

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

844

## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

845

#### 1. OBJETIVO

DEFINIR LAS ACTIVIDADES PARA EXPEDIR, AUTORIZAR Y CONTROLAR LAS LICENCIAS MÉDICAS POR EL PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO ESTABLECIENDO LOS REGISTROS Y MECANISMOS NECESARIOS PARA OBTENER INFORMACIÓN QUE PERMITA IDENTIFICAR PATRONES ANORMALES DE COMPORTAMIENTO.

#### 2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. LA LICENCIA MÉDICA ES EL DOCUMENTO MÉDICO LEGAL DE CARÁCTER PÚBLICO QUE EXPIDEN LOS MÉDICOS TRATANTES, EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL ISSSTE, EN LOS FORMATOS OFICIALES A FAVOR DEL TRABAJADOR DONDE SE CERTIFICA SU ESTADO DE INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD, MATERNIDAD O RIESGO DE TRABAJO DURANTE UN TIEMPO DETERMINADO, CON EL OBJETO DE PREVENIR, PROTEGER, RESTAURAR Y/O REHABILITAR LA PÉRDIDA O DISMINUCIÓN DE SUS FACULTADES FÍSICAS O MENTALES PARA DESEMPEÑAR SUS ACTIVIDADES LABORALES.

SU EXPEDICIÓN SURTE LOS EFECTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS CORRESPONDIENTES PARA AUSENTARSE DE SU CENTRO DE TRABAJO.

2. EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ OTORGAR LA LICENCIA CON UN PROFUNDO SENTIDO DE RESPONSABILIDAD Y ÉTICA CON Estricto APEGO A LO SEÑALADO POR LA NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL Y A LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, PUBLICADA EN EL D.O.F. EL 13 DE MARZO DEL 2002. (ARTÍCULO 8, FRACC. IX Y ART. 30).

#### DE LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA

3. EL INSTITUTO OTORGARÁ LICENCIA MÉDICA (ANEXO 1) A LOS TRABAJADORES EN LOS TÉRMINOS DE LO ESTABLECIDO EN LA "LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO"; LA "LEY DEL ISSSTE"; EL "REGLAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL ISSSTE"; EL "REGLAMENTO DE AFILIACIÓN, VIGENCIA DE DERECHOS Y COBRANZA" Y LAS "CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO DEL ISSSTE", ÉSTA ÚLTIMA APLICABLE A LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO.
4. EL MÉDICO TRATANTE ES EL RESPONSABLE DE OTORGAR, ELABORAR Y AUTORIZAR LAS "LICENCIAS MÉDICAS" CON BASE EN LA PATOLOGÍA DEL PACIENTE, MISMA QUE DEBERÁ ASENTARSE EN LA NOTA MÉDICA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

846

5. EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD, LOS MÉDICOS TRATANTES PODRÁN EXPEDIR Y AUTORIZAR LICENCIAS MÉDICAS INICIALES HASTA POR SIETE DÍAS NATURALES CON EXCEPCIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA POR MATERNIDAD Y DE LAS EXPEDIDAS POR LOS MOTIVOS CITADOS EN EL RUBRO “DE LAS EXCEPCIONES” DE ESTE DOCUMENTO.
6. LAS LICENCIAS SUBSECUENTES SERÁN EXPEDIDAS Y AUTORIZADAS POR EL MÉDICO TRATANTE POR PERIODOS DE UNO A SIETE DÍAS, HASTA AJUSTAR UN MÁXIMO DE VEINTIÚN DÍAS, SI SE REQUIERE DE LA EXPEDICIÓN DE MÁS LICENCIAS SUBSECUENTES, ESTAS DEBERÁN SER AUTORIZADAS POR EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA O POR LA PERSONA EN QUIEN ÉSTE DELEGUE LA FUNCIÓN, PREVIA REVISIÓN DEL CASO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.
7. LOS MÉDICOS TRATANTES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN, ASÍ COMO EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”, SON LOS FACULTADOS PARA EXPEDIR Y AUTORIZAR “LICENCIAS MÉDICAS” HASTA POR VEINTIOCHO DÍAS NATURALES CUANDO LA ENFERMEDAD LO JUSTIFIQUE, DEBIENDO REGISTRARSE ESTE HECHO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE.

#### DE LOS REQUISITOS PARA LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS

8. PARA LA EXPEDICIÓN DE “LICENCIAS MÉDICAS” EL TRABAJADOR DEBERÁ DEMOSTRAR LA VIGENCIA DE SUS DERECHOS EN LA UNIDAD MÉDICA QUE LE OTORQUE EL SERVICIO ANTE EL ÁREA O PERSONA ESPECÍFICA ENCARGADA DE VERIFICAR LA VIGENCIA DE DERECHOS.
9. PARA LA EXPEDICIÓN DE “LICENCIAS MÉDICAS” EN UNIDADES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN Y EN EL CMN “20 DE NOVIEMBRE” SE DEBERÁ VERIFICAR, ADEMÁS DE LO CONSIDERADO EN EL NUMERAL ANTERIOR, QUE LA SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SM1-17) ESTÉ REQUISITADO COMO INDICA SU INSTRUCTIVO, HACIÉNDOSE ÉNFASIS EN EL NUMERO DE DÍAS DE LICENCIA MÉDICA YA OTORGADOS POR LA PATOLOGÍA REFERIDA, CON EL SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA QUE REFIERE, EXCEPTO CUANDO EL TRABAJADOR HAYA SIDO ATENDIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.
10. TRATÁNDOSE DE TRABAJADORES NO ATENDIDOS MÉDICAMENTE EN EL INSTITUTO, DEBERÁN PRESENTAR EN SU CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS LEGALES QUE ACREDITEN SU ATENCIÓN EN ALGUNA OTRA INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA:
  - RESUMEN CLÍNICO EXPEDIDO POR EL MÉDICO O INSTITUCIÓN QUE ATENDIÓ AL TRABAJADOR.
  - ORIGINAL Y COPIA DE LA FACTURA O RECIBO DE HONORARIOS EN CASO DE HABER SIDO ATENDIDO POR MÉDICO O INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA, LA COPIA SERÁ RETENIDA POR EL INSTITUTO.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

847

11. EL INSTITUTO DE NINGUNA MANERA SE HACE CORRESPONSABLE DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS PRESTADOS POR OTRAS INSTITUCIONES O POR MÉDICOS PRIVADOS.
12. LA PRESENTACIÓN DE LA RECETA MÉDICA POR SÍ SOLA, NO JUSTIFICA EL OTORGAMIENTO DE LICENCIA MÉDICA AL TRABAJADOR. ASIMISMO, EL TRABAJADOR QUE SÓLO PRESENTE INCAPACIDAD MÉDICA EXPEDIDA POR EL IMSS O CUALQUIER OTRA INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA, REQUIERE NECESARIAMENTE LA VALORACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE DEL INSTITUTO PARA QUE SE LE EXPIDA LA LICENCIA MÉDICA.
13. LA FORMULACIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA DEBERÁ ELABORARSE EN MÁQUINA DE ESCRIBIR Ó DE FORMA MANUSCRITA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE.  
  
DE LA LICENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD NO PROFESIONAL
14. LA LICENCIA MÉDICA POR UNA ENFERMEDAD NO PROFESIONAL AMPARARÁ INVARIABLEMENTE DÍAS NATURALES.
15. DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 111 DE LA “LEY FEDERAL DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO”, EL MÉDICO TRATANTE PODRÁ EXPEDIR Y AUTORIZAR LICENCIAS MÉDICAS, SI EL CASO LO AMERITA, HASTA EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 52 SEMANAS EN EL TRANSCURSO DE LOS CUALES, ESTARÁ OBLIGADO A EMITIR EL FORMATO RT-09 “CERTIFICADO MÉDICO DE INVALIDEZ POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE AJENO AL TRABAJO O DE INCAPACIDAD PERMANENTE O DEFUNCIÓN POR RIESGO DE TRABAJO”, EN EL MOMENTO EN QUE LO DETERMINE Ó SE LO SOLICITE EL ÁREA DE MEDICINA DEL TRABAJO, PARA SU DICTAMINACIÓN.
16. EL MÉDICO FAMILIAR, GENERAL U ODONTÓLOGO OTORGARÁ LA LICENCIA MÉDICA POR EL TÉRMINO DE UNO A SIETE DÍAS NATURALES, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:
  - A) EN LOS PADECIMIENTOS DE CORTA DURACIÓN Y DE BUEN PRONÓSTICO, SE OTORGARÁ LA LICENCIA MÉDICA INICIAL POR UN MÁXIMO DE DOS DÍAS NATURALES.
  - B) PARA EL CASO DE PADECIMIENTOS MÁS COMPLEJOS SE OTORGARÁN DE TRES A SIETE DÍAS NATURALES.
  - C) EN LOS CASOS EN QUE EL TRABAJADOR REQUIERA LICENCIA MÉDICA SUBSECUENTE DE UNO A SIETE DÍAS Y CONTINÚE CON LA MISMA ENFERMEDAD O REQUIERA DE OTROS APOYOS A FIN DE INTEGRAR EL DIAGNÓSTICO Y RECIBIR EL TRATAMIENTO, DEBERÁ SER REFERIDO AL ESPECIALISTA CON EL FORMATO SM1-17, “SOLICITUD DE SERVICIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA”.
17. EL MÉDICO ESPECIALISTA ASIGNADO A LAS UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN PODRÁ EXPEDIR Y AUTORIZAR LICENCIA MÉDICA EN LOS TÉRMINOS DEL NUMERAL 6 DE ESTE DOCUMENTO.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

848

#### DE LA LICENCIA MÉDICA EXPEDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

18. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, EL MÉDICO TRATANTE PODRÁ OTORGAR LA LICENCIA MÉDICA, INVARIABLEMENTE POR EL TÉRMINO DE UNO HASTA TRES DÍAS NATURALES, ACREDITANDO LA ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA AL TRABAJADOR.
19. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, EN LOS CASOS EN QUE EL PACIENTE AMERITE LICENCIA MÉDICA Y NO ACREDITE LA VIGENCIA DE DERECHOS, ANTE EL ÁREA CORRESPONDIENTE:

#### A) EL MÉDICO TRATANTE:

- I) ELABORARÁ LA LICENCIA MÉDICA, ANOTARÁ EN LA NOTA MÉDICA DE URGENCIAS EL NÚMERO DE FOLIO Y DE DÍAS QUE ESTÁ AMPARANDO, SU FECHA DE INICIO Y TÉRMINO Y QUE QUEDA PENDIENTE SU ENTREGA POR NO ACREDITAR VIGENCIA DE DERECHOS.
- II) LE INDICARÁ AL PACIENTE, O A LA PERSONA QUE FIRMÓ LA AUTORIZACIÓN PARA SU ATENCIÓN, QUE LA LICENCIA MÉDICA SE LE ENTREGARÁ EN EL SERVICIO DE ESTADÍSTICA Y QUE TIENE DOS DÍAS HÁBILES, DESPUÉS DE HABER SIDO DADO DE ALTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, PARA COMPROBAR QUE SUS DERECHOS ESTÁN VIGENTES ANTE EL ÁREA CORRESPONDIENTE.
- III) FIRMARÁ LA LICENCIA MÉDICA OBTENIENDO LA FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE O DE LA PERSONA QUE FIRMÓ LA AUTORIZACIÓN PARA SU ATENCIÓN.
- IV) REGISTRARÁ EN EL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO, LA CONSULTA Y LOS DATOS CORRESPONDIENTES ESCRIBIENDO LA PALABRA "PENDIENTE" EN LA COLUMNA NÚMERO DE SERIE DE LA LICENCIA MÉDICA.
- V) ANEXARÁ LA COPIA DE LA LICENCIA MÉDICA "PARA EL EXPEDIENTE" A LA NOTA MÉDICA DE URGENCIAS.
- VI) ENTREGARÁ EN EL ÁREA DE ESTADÍSTICA:
  - A. EL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO
  - B. LAS COPIAS DE LAS LICENCIAS MÉDICAS OTORGADAS
  - C. LOS ORIGINALES Y COPIAS PARA EL TRABAJADOR Y ESTADÍSTICA DE LAS LICENCIAS MÉDICAS PENDIENTES DE OTORGAR.

#### B) EL ÁREA DE ESTADÍSTICA:

- I) RECIBIRÁ LOS INFORMES DIARIOS DE LABORES DEL MÉDICO Y LAS COPIAS DE LAS LICENCIAS OTORGADAS Y LOS ORIGINALES Y COPIAS DE LAS LICENCIAS PENDIENTES.
- II) SOLICITARÁ AL TRABAJADOR, O A LA PERSONA QUE FIRMÓ LA AUTORIZACIÓN PARA SU ATENCIÓN, UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL PARA VERIFICAR EL NOMBRE Y LA FIRMA, EN CASO DE QUE COINCIDAN ENTREGARÁ EL ORIGINAL Y COPIA DE LA LICENCIA MÉDICA.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

849

III) REGISTRARÁ EL NÚMERO DE SERIE DE LA LICENCIA EN EL RENGLÓN DEL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO CORRESPONDIENTE Y CAPTURARÁ LA LICENCIA MÉDICA.

IV) EN CASO QUE SE CUMPLAN LOS DOS DÍAS HÁBILES Y EL TRABAJADOR NO SE PRESENTE POR SU LICENCIA MÉDICA, EL ÁREA DE ESTADÍSTICA CANCELARÁ LA LICENCIA MÉDICA PENDIENTE Y LO REGISTRARÁ EN EL REGISTRO DIARIO DE CONTROL DE FOLIOS DE LICENCIAS POR MÉDICO (FORMATO SMLM-06) INFORMANDO AL MÉDICO QUE LA EXPIDIÓ Y AUTORIZÓ, REGISTRE SU CANCELACIÓN EN SU CONTROL DEL BLOCK DE LICENCIAS MÉDICAS.

#### DE LA LICENCIA MÉDICA POR MATERNIDAD

20. EL MÉDICO TRATANTE, OTORGARÁ A LAS ASEGURADAS EN ETAPA DE GESTACIÓN, LICENCIA MÉDICA POR UN PERÍODO DE 90 DÍAS NATURALES, DE LOS CUALES TREINTA TENDRÁN POR OBJETO PROTEGER A LA MADRE Y EL PRODUCTO ANTES DE LA FECHA APROXIMADA DEL PARTO, Y LOS SESENTA RESTANTES PARA CUIDADOS MATERNOS.
21. LA TRABAJADORA QUE NO HAYA RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA INSTITUCIONAL DURANTE SU EMBARAZO, NI DURANTE EL PARTO, TENDRÁ DERECHO A SOLICITAR LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA POSTPARTO POR 60 DÍAS NATURALES, PREVIA PRESENTACIÓN DE: ORIGINAL Y COPIA DE CERTIFICADO MÉDICO QUE DEBE INCLUIR EL RESUMEN CLÍNICO DEL EVENTO OBSTÉTRICO O LA CONSTANCIA DE ALUMBRAMIENTO DE ALGUNA INSTITUCIÓN PÚBLICA O PRIVADA; EL ACTA DE NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO Y, EN SU CASO, LA FACTURA DE GASTOS MÉDICOS QUE ACREDITEN EL PARTO. SE ANEXARÁ COPIA DE TODOS ESTOS DOCUMENTOS AL EXPEDIENTE CLÍNICO.
22. EN CASO DE QUE EL PARTO SE HUBIERA ATENDIDO EN SU DOMICILIO, EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA O EN QUIEN DELEGUE LA FACULTAD, AUTORIZARÁ LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA POR 60 DÍAS NATURALES PREVIA VALORACIÓN MÉDICA, SIEMPRE Y CUANDO LA TRABAJADORA PRESENTE AL RECIÉN NACIDO, EL ACTA DE NACIMIENTO DE ÉSTE O, EN SU CASO, EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN CORRESPONDIENTE.

#### DE LA LICENCIA MÉDICA POR RIESGOS DE TRABAJO

23. LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA EN LOS CASOS DE RIESGOS DE TRABAJO, YA SEA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD, DEBERÁ AJUSTARSE A LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES:
  - A) EN CUANTO A LOS RIESGOS DEFINIDOS COMO “DE TRABAJO”, LA LICENCIA MÉDICA INICIAL Y SUBSECUENTE SE EXPEDIRÁ Y SE REGISTRARÁ COMO “PROBABLE RIESGO DE TRABAJO” EN EL FORMATO “INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO” HASTA LA CALIFICACIÓN DEL MISMO POR EL ÁREA COMPETENTE.



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

850

B) AL CALIFICARSE EL RIESGO RECLAMADO COMO “**SÍ DE TRABAJO**”, SE DEBERÁ INTEGRAR LA COPIA DE DICTAMEN DE PROCEDENCIA EN FORMA INVARIABLE EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO, ESPECIFICANDO EL DIAGNÓSTICO QUE ORIGINÓ EL RIESGO.

24. SI EL RIESGO DE TRABAJO INCAPACITA PARA LABORAR AL ASEGURADO, SE LE EXPEDIRÁ LA LICENCIA MÉDICA DE UNO A VEINTIOCHO DÍAS NATURALES MIENTRAS DURE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y HASTA QUE SE DICTAMINE LA INCAPACIDAD PERMANENTE. EL TOTAL DE DÍAS POR ESTA CAUSA NO DEBERÁ EXCEDER A 52 SEMANAS, A PARTIR DE QUE EL INSTITUTO TOME CONOCIMIENTO DEL PROBABLE RIESGO DE TRABAJO (NOTA MÉDICA INICIAL Y/O AVISO A SU DEPENDENCIA), DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 40 DE LA LEY DEL ISSSTE.

#### DE LA LICENCIA MÉDICA CON CARÁCTER RETROACTIVO

25. EN TODOS LOS CASOS, LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA CON EFECTO RETROACTIVO DEBERÁ SUSTENTARSE EN LA OPINIÓN DEL MÉDICO TRATANTE Y, EN SU CASO, EN EL ANÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA PRESENTADA POR EL ASEGURADO Y SE SUJETARÁ A LO SIGUIENTE:

- I) EL MÉDICO TRATANTE LA EXPEDIRÁ Y AUTORIZARÁ HASTA POR CINCO DÍAS ANTERIORES A LA FECHA EN QUE SE GESTIONE SU EXPEDICIÓN, PRESENTANDO LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA QUE SUSTENTE LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA Y PREVIA VALORACIÓN MÉDICA, Y CONTANDO CON EL VISTO BUENO DEL DIRECTOR Ó SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA Ó DE LA PERSONA EN QUIEN ÉSTE DELEGUE LA FUNCIÓN.
- II) SI SOLICITA QUE LA LICENCIA MÉDICA AMPARE SEIS O MÁS DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO, SU EXPEDICIÓN SE SOMETERÁ A LA RESOLUCIÓN DEL SUBDELEGADO MÉDICO DE LA DELEGACIÓN QUE CORRESPONDA.

SI A JUICIO DE ÉSTA NO ES PROCEDENTE LA SOLICITUD DEL TRABAJADOR, SE LE INFORMARÁ POR ESCRITO ESA DECISIÓN”.

26. AUN CUANDO EL DERECHOHABIENTE NO ACUDA A RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO, DEBERÁ JUSTIFICAR EL MOTIVO Y PRESENTAR EL RESUMEN CLÍNICO DEL MÉDICO QUE LO ATENDIÓ, CON EL NÚMERO DE LA CÉDULA PROFESIONAL, ESTUDIOS CLÍNICOS, ANTECEDENTES Y DEMÁS ELEMENTOS QUE COMPRUEBEN SU PADECIMIENTO Y EL TRATAMIENTO RECIBIDO, LO QUE DETERMINARÁ SI MÉDICAMENTE RESULTA PROCEDENTE ADMITIR QUE TUVO INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO Y, DE SER ASÍ, OTORGARÁ LOS DÍAS DE INCAPACIDAD QUE AMPARARÁ LA LICENCIA MÉDICA CON EFECTO RETROACTIVO, DE ACUERDO A LO QUE ESTABLECE EL NUMERAL 24 DE ESTE DOCUMENTO.



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

851

#### RESPONSABILIDADES DEL MÉDICO TRATANTE

27. EL MÉDICO TRATANTE DEL INSTITUTO AL EXPEDIR Y AUTORIZAR LA LICENCIA MÉDICA, ACTUARÁ BAJO SU ABSOLUTA RESPONSABILIDAD ÉTICA PROFESIONAL Y CON ECTRITO APEGO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, DE NO SER ASÍ SE APLICARÁ LO CORRESPONDIENTE A LAS POLÍTICAS 1 A 7 DEL PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS..
28. LA EXPEDICIÓN Y AUTORIZACIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA ÚNICAMENTE LA PODRÁ REALIZAR EL MÉDICO TRATANTE DE ACUERDO Y EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES Y DENTRO DE SU JORNADA LABORAL.
29. PARA EL OTORGAMIENTO DE LA LICENCIA MÉDICA EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ REGIRSE Y APEGARSE A LO SIGUIENTE:
  - A) CONTAR CON EL EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE (APLICA PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS SÓLO QUE SE CUENTE CON ESTE EN LA UNIDAD MÉDICA).
  - B) ANOTAR INVARIABLEMENTE LOS DATOS DEL PACIENTE EN EL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO (ANEXO II).
  - C) LA NOTA MÉDICA DEBERÁ INCLUIR LA FECHA Y HORA DE LA ATENCIÓN, INTERROGATORIO, ANTECEDENTES Y SEMIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO ACTUAL, INCLUYENDO LA ACTIVIDAD LABORAL DEL PACIENTE; LOS DATOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA, SIGNOS VITALES Y EL DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO O DE PRESUNCIÓN, TRATAMIENTO O PLAN A SEGUIR, SI ES “PROBABLE RIESGO DE TRABAJO” O SI YA SE CERTIFICÓ Y DICTAMINÓ EL RIESGO DE TRABAJO, ASÍ COMO LOS DEMÁS DATOS QUE ESTABLECE LA NOM-168-SSA1-1998 DEL “EXPEDIENTE CLÍNICO”, EL NÚMERO DE DÍAS AMPARADOS CON SU FECHA DE INICIO Y EL NÚMERO DE SERIE DE LA LICENCIA MÉDICA, ASÍ COMO EL NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE.
  - D) EN CASO DE QUE EL DIAGNÓSTICO A CRITERIO DEL MÉDICO TRATANTE SEA CONFIDENCIAL (VIH/SIDA, SÍFILIS, HEPATITIS, ENTRE OTROS), SE OMITIRÁ EL REGISTRO DEL MISMO EN LA FOJA ORIGINAL DE LA LICENCIA MÉDICA, DESCRIBIENDO LO ANTERIOR EN LA NOTA MÉDICA Y EN EL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO.
30. EN LAS UNIDADES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL, LOS MÉDICOS TRATANTES OTORGARÁN LA “LICENCIA MÉDICA” ÚNICAMENTE CUANDO LOS TRABAJADORES SEAN REFERIDOS DE UNA UNIDAD DE PRIMER O SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN QUE CORRESPONDA A SU REGIÓN, EXCEPTO EL CASO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE URGENCIAS O QUE AMERITEN HOSPITALIZACIÓN.
31. EL MÉDICO TRATANTE, AL TÉRMINO DE SU JORNADA, ENTREGARÁ LAS COPIAS DE LA LICENCIA MÉDICA QUE HAYA EXPEDIDO DURANTE EL DÍA, Y SÓLO EN CASO EXCEPCIONAL SE LE OTORGARÁ UN TÉRMINO DE 48 HORAS PARA REALIZAR LA ENTREGA DE ESTA DOCUMENTACIÓN, AL ÁREA DE ESTADÍSTICA DE LA UNIDAD MÉDICA.



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

852

RESPONSABILIDADES DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA (CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR Y HOSPITALES GENERALES.)

32. PROMOVER LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE EL PERSONAL MÉDICO DE LAS UNIDADES, A FIN DE INTEGRAR UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO QUE PERMITA AL PACIENTE REINTEGRARSE A SU ACTIVIDAD LABORAL EN EL MENOR TIEMPO POSIBLE
33. REGISTRAR Y ACTUALIZAR ANTE LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN LA FIRMA DEL PERSONAL DE SU UNIDAD QUE PODRÁ OTORGAR Y EN SU CASO AUTORIZAR LA LICENCIA MÉDICA.
34. INFORMAR MENSUALMENTE A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA DE SU ADSCRIPCIÓN MEDIANTE EL FORMATO CORRESPONDIENTE (ANEXO III) SOBRE LAS "LICENCIAS MÉDICAS" EXPEDIDAS, ASÍ COMO LOS PROBLEMAS DETECTADOS Y LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN APLICADAS.
35. CONTROLAR, SUPERVISAR Y EVALUAR LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA CONFORME A LO ESTABLECIDO EN LA LEGISLACIÓN, NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL Y EN EL PRESENTE DOCUMENTO, ASÍ COMO EN SU CASO REPORTAR LAS IRREGULARIDADES IDENTIFICADAS Y APLICAR LAS MEDIDAS CORRECTIVAS CORRESPONDIENTES.
36. SUPERVISAR EN SU UNIDAD LA ELABORACIÓN DEL "INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO" Y DEL "REPORTE MENSUAL DE LICENCIAS MÉDICAS".
37. VIGILAR EL FUNCIONAMIENTO DEL SUBCOMITÉ DE LICENCIAS MÉDICAS, EL ANÁLISIS Y REVISIÓN DE "LICENCIAS MÉDICAS", ASÍ COMO SU DEBIDA INTEGRACIÓN EN LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS, INFORMANDO A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE LAS DESVIACIONES Y MEDIDAS CORRECTIVAS APLICADAS, ASÍ COMO LOS CASOS AUTORIZADOS POR EXCEPCIÓN.
38. DEBERÁ INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE LAS SOLICITUDES DE VALIDACIÓN Y AUTENTICIDAD DE LA "LICENCIAS MÉDICAS" TRAMITADAS POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES, DE ACUERDO A LO SIGUIENTE:
  - A) SOLICITARÁ EXPEDIENTE CLÍNICO DEL PACIENTE;
  - B) VERIFICARÁ QUE CONCUERDE LA ASISTENCIA DEL ASEGURADO CON LA FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA EN EL INFORME DIARIO DE LABORES DEL MÉDICO;
  - C) REVISARÁ QUE LA NOTA MÉDICA CONTenga LA INFORMACIÓN COMPLETA; VERIFICARÁ LA CONGRUENCIA CLÍNICO-DIAGNÓSTICA-TERAPÉUTICA Y EVALUARÁ LA PROCEDENCIA DE LA LICENCIA MÉDICA Y LOS DÍAS AMPARADOS DE LA MISMA;



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

853

D) EMITIRÁ Y TURNARÁ OPINIÓN TÉCNICA A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE PARA QUE POR SU CONDUCTO SE INFORME A LA DEPENDENCIA SOBRE EL RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN DEL CASO.

39. REPORTAR MENSUALMENTE LOS CASOS DE “LICENCIAS MÉDICAS” EXPEDIDAS COMO CASOS DE EXCEPCIÓN, A TRAVÉS DEL FORMATO DE REPORTE MENSUAL DE CASOS EXCEPCIONALES DE OTORGAMIENTO DE LICENCIAS MÉDICAS.

#### RESPONSABILIDADES DE LOS TITULARES DE LAS DELEGACIONES.

40. LOS TITULARES DE LAS DELEGACIONES PROGRAMARÁN Y LLEVARÁN A CABO 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 O A LOS JEFES DE SERVICIO, RESPECTIVAMENTE, LAS DESVIACIONES REGISTRADAS PARA SU CORRECCIÓN INMEDIATA.
41. VIGILAR QUE DURANTE LAS SESIONES DEL SUBCOMITÉ DE LICENCIAS MÉDICAS, SE EVALÚE LA EXPEDICIÓN, REGISTRO Y CONTROL DE LAS LICENCIAS MÉDICAS, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LAS EXPEDIDAS POR ENFERMEDAD NO PROFESIONAL O RIESGOS DE TRABAJO QUE AMPAREN MÁS DE CATORCE DÍAS NATURALES.
42. LOS TITULARES MENCIONADOS, PROCEDERÁN DE ACUERDO CON LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS EVALUACIONES MÉDICAS, DE LA SIGUIENTE MANERA:
- A) CUANDO SE DETECTEN IRREGULARIDADES MENORES, SE APLICARÁ LO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 13 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, QUE SEÑALA LAS SANCIONES POR FALTA ADMINISTRATIVA CONSISTIRÁN EN: I. AMONESTACIÓN PRIVADA O PÚBLICA; II.-SUSPENSIÓN DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN; III.-DESTITUCIÓN DEL PUESTO; SANCIÓN ECONÓMICA; IV.-INHABILITACIÓN TEMPORAL PARA DESEMPEÑAR EMPLEOS, CARGOS O COMISIONES EN EL SERVICIO PÚBLICO.
- B) CUANDO SE DETECTE PERSISTENCIA EN LA IRREGULARIDAD O ALGUNA ANOMALÍA GRAVE, ENVIARÁN LA RECOMENDACIÓN DE SANCIÓN A LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE.
43. REPORTAR MENSUALMENTE A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA LAS “LICENCIAS MÉDICAS” OTORGADAS (ANEXO V), ASÍ COMO LA PROBLEMÁTICA PRESENTADA Y LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.
44. DAR RESPUESTA A LAS SOLICITUDES DE VALIDACIÓN Y AUTENTICIDAD DE LAS “LICENCIAS MÉDICAS” TRAMITADAS POR DEPENDENCIAS O ENTIDADES CON BASE EN EL INFORME DEL MÉDICO TRATANTE Y DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE Y EN CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE SOLICITE AL RESPECTO.



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

854

45. EN CASO DE DETECTAR IRREGULARIDADES NO IMPUTABLES AL PERSONAL DEL INSTITUTO, SOLICITARÁ A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD REALICEN LAS DENUNCIAS CORRESPONDIENTES. CUANDO DETECTE DESVIACIONES EN LA APLICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD PROCEDERÁ CONFORME AL “PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS”.

#### DE LA RESPONSABILIDAD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

46. EVALUAR EL PROCESO DE EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD. ASÍ COMO, INFORMAR A LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES AFILIADAS AL RÉGIMEN DE LA LEY DEL ISSSTE LAS INCIDENCIAS POR ROBO, EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LAS LICENCIAS MÉDICAS SIN FORMULAR, REPORTADAS POR LOS MÉDICOS TRATANTES DEL INSTITUTO.
47. EMITIR DICTAMEN DE LOS CASOS DIRIGIDOS ESPECÍFICAMENTE A SU ATENCIÓN POR LAS DEPENDENCIAS O ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA O POR LAS UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL PROPIO INSTITUTO.
48. MANTENER ACTUALIZADA LA NORMATIVIDAD, CONFORME A LOS COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES DE LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS, DIRECTORES DE LAS UNIDADES Y UNIDADES ADMINISTRATIVAS DEL INSTITUTO, Y PARTICIPAR EN SU DIFUSIÓN Y CAPACITACIÓN PARA SU APLICACIÓN.

#### DE LAS EXCEPCIONES

49. CUANDO UN ASEGURADO POR LA NATURALEZA DE SU PADECIMIENTO REQUIERA SER REFERIDO A UNA UNIDAD DE SEGUNDO O TERCER NIVEL DE ATENCIÓN Y SE ENCUENTRE IMPOSIBILITADO PARA TRABAJAR, LA UNIDAD MÉDICA QUE REALIZA LA REFERENCIA EXPEDIRÁ LA LICENCIA MÉDICA POR EL TIEMPO NECESARIO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE A SU DESTINO Y LA ATENCIÓN RESPECTIVA.
50. EL MÉDICO TRATANTE QUE ATIENDE AL TRABAJADOR QUE LE FUE REFERIDO, EN SU CASO, OTORGARÁ LA LICENCIA MÉDICA SUBSECUENTE A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE AL QUE EXPIRE EL PLAZO CUBIERTO POR LA LICENCIA QUE EMITIÓ EL MÉDICO QUE REALIZÓ LA REFERENCIA.
51. PARA TRABAJADORES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA ESPECIALIDAD DE ORTOPEDIA, EL MÉDICO DE LA CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN PODRÁ EXPEDIR LA LICENCIA MÉDICA EN UNA EMISIÓN, HASTA UN TOTAL DE 21 DÍAS, PREVIA VALORACIÓN Y CLÍNICAMENTE SUSTENTABLE, HASTA LA FECHA DE LA CITA CON EL ESPECIALISTA.





## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

855

52. CUANDO UN TRABAJADOR EN TRÁNSITO EN UNA LOCALIDAD DIFERENTE A LA DE SU ADSCRIPCIÓN LABORAL REQUIERA SER ATENDIDO MÉDICAMENTE, DEBERÁ ACUDIR AL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA UNIDAD MÉDICA MÁS CERCANA Y, A JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE, SE LE PODRÁ OTORGAR LICENCIA MÉDICA CONFORME A LO QUE ESTABLECE LOS NUMERALES 5 Y 7 DE ESTE DOCUMENTO.
53. LOS TITULARES DE LAS UNIDADES MÉDICAS PODRÁN AUTORIZAR LA LICENCIA MÉDICA EN LOS SIGUIENTES CASOS DE EXCEPCIÓN:
- A) CUANDO EL ASEGURADO PRESENTE UN PADECIMIENTO QUE A JUICIO DEL MÉDICO TRATANTE AMERITE MÁS DE SIETE DÍAS DE LICENCIA MÉDICA PARA SU RECUPERACIÓN, ESTANDO SU CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN A MÁS DE 80 KILÓMETROS DE DISTANCIA DEL LUGAR DE RESIDENCIA.
  - B) EN FUNCIÓN DE LA OPINIÓN DEL MÉDICO TRATANTE, EN AQUELLOS CASOS QUE POR LA PATOLOGÍA O SITUACIÓN DEL PACIENTE LO IMPOSIBILITEN PARA ACUDIR A LA UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN A RENOVAR LA LICENCIA MÉDICA.
  - C) TODOS LOS CASOS DE LICENCIAS EXCEPCIONALES DEBERÁN SER INFORMADOS AL SUBDELEGADO MÉDICO EN FORMA MENSUAL MEDIANTE EL FORMATO DISEÑADO PARA TAL EFECTO (ANEXO IV), QUIEN REVISARÁ LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE EN LAS VISITAS DE SUPERVISIÓN QUE SE LLEVEN A CABO. EN ESTE CASO, EL SUBDELEGADO MÉDICO SE RESERVA EL DERECHO DE SOLICITAR LA DOCUMENTACIÓN QUE CONSIDERE NECESARIA PARA EL ANÁLISIS DEL CASO O BIEN SOLICITAR A LA PROPIA UNIDAD MÉDICA LA APLICACIÓN DE MEDIDAS ESPECIALES, INCLUYENDO LA CANCELACIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA, CUANDO A SU JUICIO NO PROCEDA.
  - D) EL INFORME A QUE SE REFIERE EL INCISO ANTERIOR DEBERÁ SER REMITIDO EN COPIA PARA EL CONOCIMIENTO DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DELEGACIONAL, QUE CORRESPONDA, QUIEN DE CONFORMIDAD CON SU MARCO REGULATORIO PODRÁ REVISAR EN CUALQUIER MOMENTO LA EXPEDICIÓN DE LA LICENCIA MÉDICA POR CASO DE EXCEPCIÓN, Y A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, A EFECTO DE ANALIZAR Y CONCENTRAR LA INFORMACIÓN RESPECTIVA.
54. CUANDO EL TRABAJADOR NO CUMPLA CON LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE EXPEDICIÓN DE LICENCIA MÉDICA, TIENE DOS DÍAS HÁBILES DESPUÉS DE SER ATENDIDO MÉDICAMENTE PARA PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN FALTANTE AL DIRECTIVO Ó MÉDICO AUTORIZADO PARA EXPEDIRLA, PREVIA REVISIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.
55. EL ALCOHOLISMO ESTA CONSIDERADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD COMO UNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE AFECTA AL INDIVIDUO FÍSICA Y MENTALMENTE, POR LO QUE SE DEBERÁ OTORGAR ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA CON CALIDAD Y TRATO HUMANO PARA SU MANEJO Y TRATAMIENTO.



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

856

56. LOS TRABAJADORES QUE SE ENCUENTREN EN TRATAMIENTO EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN SE LES PODRÁ OTORGAR LICENCIA MÉDICA PREVIA VALORACIÓN MÉDICA EFECTUADA POR UN MÉDICO DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR DE ADSCRIPCIÓN, HASTA POR 21 DÍAS, ANEXANDO AL EXPEDIENTE CLÍNICO LA NOTA MÉDICA Y LA DOCUMENTACIÓN SOPORTE DEL CASO.
57. EN CASO NECESARIO DE QUE SE REQUIERA CONTINUAR EL TRATAMIENTO PARA SU REHABILITACIÓN SE LE DEBERÁ REFERIR A LA UNIDAD MÉDICA DE SEGUNDO O TERCER NIVEL CORRESPONDIENTE PARA QUE ACUDA A VALORACIÓN Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO, A FIN DE DETERMINAR LA EXPEDICIÓN O NO DE LICENCIAS MÉDICAS.





## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

857

### 3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	DERECHOHABIENTE	<p>Inicia el Procedimiento</p> <p>Solicita servicio médico en Unidad Médica y acredita vigencia de derechos, con la documentación siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Último Comprobante de pago.</li><li>Identificación.</li><li>Carnet.</li></ul>
2	UNIDAD MÉDICA DE 1°, 2° NIVEL DE ATENCIÓN (ARCHIVO CLÍNICO Y VIGENCIA DE DERECHOS)	<p>Archivo Clínico y Vigencia de Derechos de la Unidad Médica, anota en el formato SM10-1 "Informe Diario de Labores" si el trabajador tiene vigencia y lo firma, localiza expediente clínico y envía al médico tratante junto con el formato SM-10-1.</p>
3	MÉDICO TRATANTE	<p>Recibe documentos, proporciona consulta al paciente y establece diagnóstico médico.</p> <p>¿Amerita licencia médica?</p> <p>SÍ, Anota diagnóstico, número de días otorgados con fecha de inicio y de término, así como número de serie de la licencia en expediente clínico y en el formato SM-10-1. Elabora formato SM-3-1 "Licencia médica", en original y 3 copias, que distribuirá de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>Original y 1ra copia la entrega al trabajador</li><li>2da copia firmada de recibido por el trabajador se integra al expediente clínico</li><li>3ra copia la entrega al área de estadística al término de su jornada</li></ul> <p>Continúa en la actividad No. 4.</p>
3.1		<p>NO, Anota diagnóstico en expediente clínico, y requisita el formato SM10-1, turna el expediente al archivo clínico para su guarda. Termina el Procedimiento en ésta actividad.</p>
3.2		
4	DERECHOHABIENTE	<p>Recibe el original y 1ra. copia de la licencia médica, firma de recibido en la 2da. copia y la devuelve al médico tratante.</p>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

12

2007

No. de Página

858

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
5	MÉDICO TRATANTE	Recibe la 2da. copia de la licencia, la integra al expediente y la 3er. copia la entrega al Área de Estadística al término de su jornada, junto con el formato SM10-1.
6	ÁREA DE ESTADÍSTICA	Recibe copia de la licencia médica y formato SM10-1, los coteja, captura datos y observa comportamiento en Tablero de Control de médicos y pacientes (ver manual de usuario del sistema), e Informa al Director de la Unidad Médica, las anomalías detectadas, en el formato SMLM-04 "Reporte de Desviaciones".
7		Elabora concentrados mensuales, y los turna a la Dirección de la Unidad, en formatos de: <ul style="list-style-type: none"><li>• SMLM-01 "Reporte mensual sobre licencias médicas".</li><li>• SMLM-02 "Reporte mensual de casos excepcionales de otorgamiento de licencias médicas".</li><li>• SMLM-04 "Reporte de desviaciones".</li><li>• SMLM-05 "Control de folios de licencias en Almacén de Unidades Médicas".</li></ul>
8	DIRECCIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA	Analiza la información estadística mensual en reunión del Subcomité de Licencias Médicas, detecta desviaciones, realiza acciones correctivas y envía en su caso, notificación al Órgano Interno de Control y a la Subdelegación Médica correspondiente. (continúa en procedimiento de sanciones)
9		Envía formatos SMLM-01 y SMLM-04 al Departamento de Atención Médica de la Subdelegación Médica correspondiente.
10	SUBDELEGACIÓN MÉDICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	Recibe, revisa e integra la información estadística de las Unidades Médicas. Elabora formato SMLM-03 "Concentrado Delegacional de Licencias Médicas otorgadas al mes", da seguimiento a las acciones correctivas y envía a la Subdirección de Planeación y Evaluación de la Subdirección General Médica.
11	SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA (SUBDIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, Y EVALUACIÓN)	Recibe y registra la información estadística del formato SMLM-03 en el Sistema de Información y emite reportes para la toma de decisiones.
Termina el Procedimiento		

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

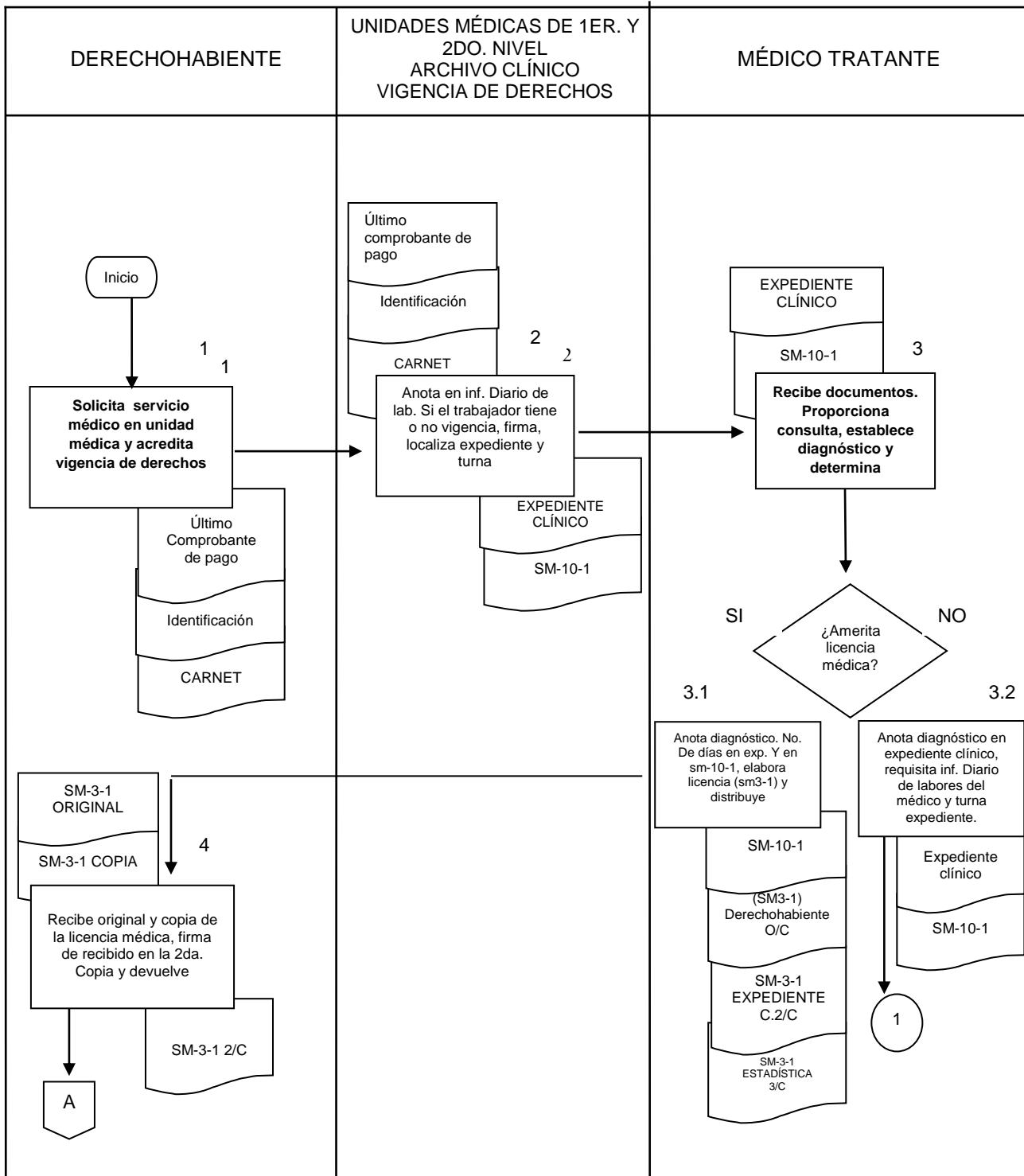
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

859

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO.



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

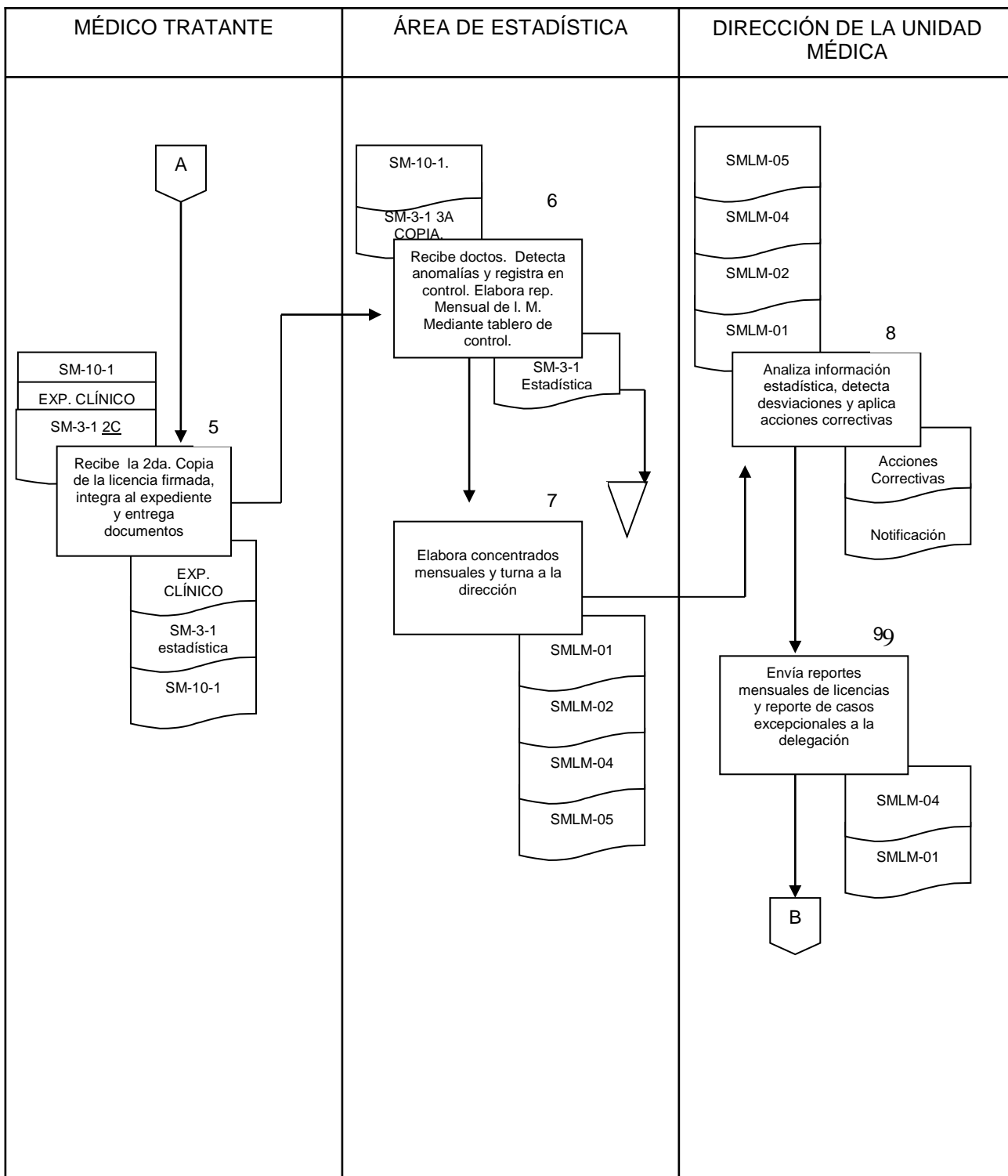
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

860





## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

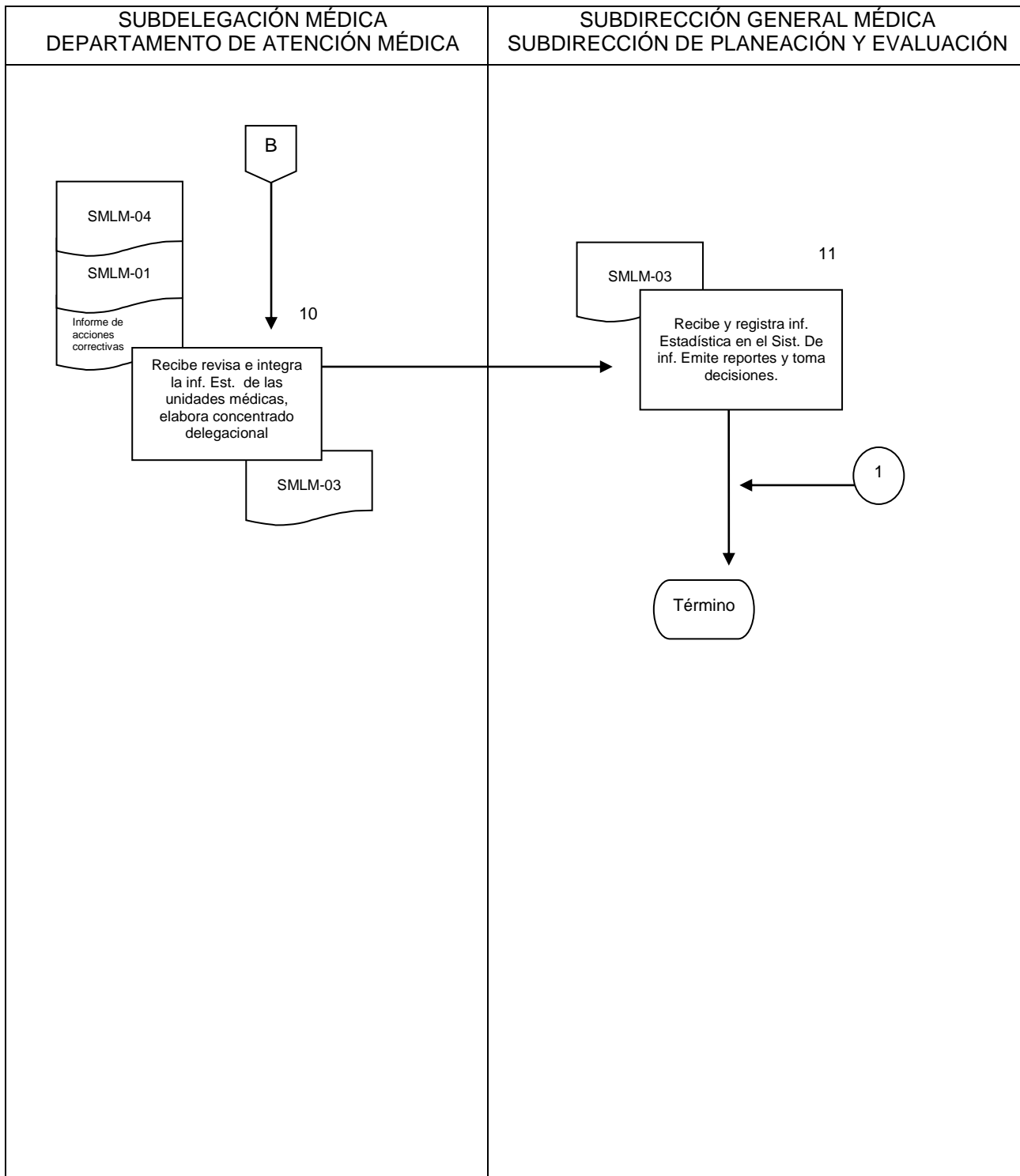
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

861



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

862

### 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS	1. Procedimiento de Sanciones.
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	
8. ANEXOS	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Formato SM-3-1 "Licencia Médica".</li><li>b. Formato SM-10-1 "Informe Diario de Labores del Médico".</li><li>c. Formato SMLM-01 "Reporte Mensual sobre Licencias Médicas".</li><li>d. Formato SLMM-02 "Reporte Mensual de Casos Excepcionales de Otorgamiento de Licencias Médicas".</li><li>e. Formato SM-10-1-A "Informe Diario de Labores del Médico" (para Unidades que no cuenten con equipo de computo).</li></ul>

### 9. RESUMEN DE CAMBIOS

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

863

## 8. ANEXOS



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

864



Instituto de Seguridad y  
Servicios Sociales de los  
Trabajadores del Estado

Subdirección General Médica

LICENCIA MÉDICA

Serie \_\_\_\_\_

(1) Entidad Federativa:	(2) Unidad médica:	(3) Clave	(4) Fecha:		
			Día	Mes	Año
(5) Nombre del Paciente:			(6) Cédula de Afiliación:		
(7) Dependencia:			(8) Unidad Administrativa		
(9) Diagnóstico.					
(10) Días Otorgados con letra	(11) Días Otorgados con número	(12) Inicio		(13) Término	
		Día	Mes	Año	Día
					Mes
					Año
(14) Motivo de la Licencia	(15) Carácter de la Licencia	(16) Tipo de Servicio Otorgado:			
Enfermedad General	<input type="radio"/> Inicial	<input type="radio"/> Consulta Externa:			
Maternidad pre y post	<input type="radio"/> Subsecuente	<input type="radio"/> Hospitalización:			
(17) Número de Consulta y/o No. de Cama.	<input type="radio"/> Retroactiva	<input type="radio"/> Urgencias:			
	<input type="radio"/> Excepcional				
(18) Clave, Nombre y Firma del Médico Tratante.			(19) Nombre y Firma del Paciente.		

CLAVE SM3-1

ESTE DOCUMENTO ES DE CARÁCTER PÚBLICO, POR LO QUE SU FALSIFICACIÓN O MAL USO CONSTITUYE UN DELITO FEDERAL Y SERÁ RESPONSABILIDAD DE QUIEN LO SUSCRIBA, DE ACUERDO A LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y CÓDIGO PENAL EN MATERIA FEDERAL PARA TODA LA REPÚBLICA

ANEXO A

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

865

**Instructivo de formato:** Licencia Médica

**Clave del formato:**

SM-3-1

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	ENTIDAD FEDERATIVA	La localidad y Estado en que se elabora la licencia médica.
2	UNIDAD MÉDICA	La denominación de la Unidad Médica que expide la licencia médica.
3	CLAVE	El número asignado a la Unidad Médica que expide la licencia médica.
4	FECHA	El día, mes y año de elaboración de la licencia médica.
5	NOMBRE DEL PACIENTE	El apellido paterno, materno y nombre (s) del trabajador derechohabiente. No se deberá abreviar ninguno de éstos.
6	CÉDULA DE AFILIACIÓN	En los primeros diez caracteres el Registro Federal de Contribuyentes (RFC), en el décimo primer carácter, el tipo de derechohabiente de acuerdo con la lista siguiente;
7	DEPENDENCIA	<p>TRABAJADOR 1</p> <p>TRABAJADORA 2</p> <p>Nombre (s) de la(s) dependencia (s) donde presta sus servicios el trabajador, en caso de que labore en dos dependencias deberán anotarse ambas.</p>
8	UNIDAD ADMINISTRATIVA	La unidad de adscripción del paciente, el área donde labora ejemplo: secretaría de Educación Pública, Dirección General de Servicios Educativos, etc.
9	DIAGNÓSTICO	En el original y copias del (los) diagnóstico (s) que origina la licencia médica. En caso de que el diagnóstico sea confidencial (VIH, Sífilis, entre otros) sólo se imprimirá en la segunda y tercera copia.
10	DÍAS OTORGADOS (C/LETRA)	Con letra de molde, el número de días que ampara la licencia médica.
11	DÍAS OTORGADOS CON NÚMERO	Los dígitos numéricos de los días que ampara la licencia médica.
12	INICIO	Día, mes y año de inicio de la licencia médica.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

866

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
13	TERMINO	Día, mes y año de término de la licencia médica.
14	MOTIVO DE LA LICENCIA	Con una "X" el motivo por le que le fue otorgada la licencia médica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad General.</li> <li>• Maternidad.</li> </ul>
15	CARÁCTER DE LA LICENCIA	Con una "X" el carácter de temporalidad de la licencia médica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicial.</li> <li>• Subsecuente.</li> <li>• Retroactiva.</li> <li>• Excepcional.</li> </ul>
16	TIPO DE SERVICIO OTORGADO	La especialidad del servicio donde fue otorgada la licencia médica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Externa, Ejemplo: Nefrología, Pediatría, Medicina interna, Pediatría, Oncología, etc.</li> <li>• Hospitalización IDEM.</li> <li>• Urgencias: Pediatría, Adultos, Ginecobstetricia, etc.</li> </ul>
17	NÚMERO DE CONSULTA Y/O NÚMERO DE CAMA.	El número de consulta asignado en el Informa Diario de Labores del Médico, en caso de que la licencia se expida en las áreas de hospitalización o urgencias se anotará el número de cama.
18	CLAVE Y NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	La clave numérica asignada, nombre y firma del médico tratante que expide la licencia médica.
19	NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE	El paciente deberá anotar su nombre y firmar, en caso de que el paciente no esté capacitado para firmar la persona que autorizó la "Carta de Responsiva Médica" deberá firmar y anotar su nombre.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

867

Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Día	Mes	Año
		200_

CLAVE: SM-10-1

[illegible]

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

868

**Instructivo de formato:** Informe Diario de Labores del Médico

**Clave del formato:**

SM10-1

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FECHA	La correspondiente al día de la consulta.
2	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO	El apellido paterno, materno y nombre (s).
3	FIRMA	La firma del médico correspondiente (Programado)
4	CLAVE	La clave del Médico, asignada por la unidad.
5	ESPECIALIDAD	El área de la especialidad médica a la que está adscrito el médico tratante.
6	HORARIO	El correspondiente a la consulta otorgada.
7	UNIDAD	El nombre de la unidad médica correspondiente.
8	LOCALIDAD Y ENTIDAD <b>PARA SUSTITUCIÓN</b>	Estado, ciudad, delegación y/o municipio.
9	NOMBRE DEL MÉDICO	El nombre del médico suplente, apellido paterno, materno y nombre(s).
10	FIRMA	La firma del médico suplente.
11	CLAVE	La clave del médico suplente, asignada por la unidad.
12	CAUSA	El motivo de la suplencia.
13	<b>PARA SER LLENADO POR LA PERSONA RESPONSABLE DE LA VIGENCIA DE DERECHOS</b>	El apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que autoriza la vigencia de derechos
	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO VIGENCIA DE DERECHOS	
14	NÚMERO DE CONSULTA.	El número consecutivo de consulta otorgada durante el día.
15	NOMBRE DEL PACIENTE.	El apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que recibe consulta.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

869

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
16	EXPEDIENTE	El número de expediente que se determine.
17	VIGENCIA DE DERECHOS.	Una (x) en la columna (si) cuando el paciente tenga vigentes sus derechos en el ISSSTE, una (x) en la columna (no) cuando el paciente no tenga vigentes sus derechos.
18	TIPO DE DERECHOHABIENTE	<div>El tipo de derechohabiente de acuerdo con la siguiente lista: :</div> <div><div>TRABAJADOR</div><div>1</div></div> <div><div>TRABAJADORA</div><div>2</div></div> <div><div>ESPOSA O CONCUBINA</div><div>3</div></div> <div><div>ESPOSO O CONCUBINARIO</div><div>4</div></div> <div><div>PADRE O ABUELO</div><div>5</div></div> <div><div>MADRE O ABUELA</div><div>6</div></div> <div><div>HIJO</div><div>7</div></div> <div><div>HIJA</div><div>8</div></div> <div><div>PENSIONADO O PENSIONADA</div><div>9</div></div> <div><div>NO DERECHOHABIENTE</div><div>10</div></div>
19	SEXO Y EDAD	<div>Los dos conceptos de la columna correspondiente, relacionando lo correspondiente al sexo, ya sea “M” en masculino y “F” en femenino.</div> <div>La edad correspondiente en años del derechohabiente.</div> <div>Si el paciente es menor de un año, se deberá anotar en forma de fracción aritmética la edad en meses, por ejemplo, 6 mes, “6/12”</div> <div>Si el paciente es menor de un mes de edad, se anotará en forma de fracción aritmética la edad en días, ejemplo: 16 días, “16/30”</div>
20	CONSULTA POR PRIMERA VEZ	<div>Si se trata de un padecimiento crónico, el médico debe marcar esta columna cada vez que otorgue al paciente la primera consulta en cada año calendario.</div> <div>El médico marcará esta columna cuando el paciente proceda de otro servicio dentro de la misma unidad y se modifique el diagnóstico efectuado en el servicio que lo refirió.</div>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

870

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
21	CONSULTA SUBSECUENTE	Una (X) en esta columna cuando el paciente acuda a consulta por el mismo padecimiento o motivo por el cual asistió a la consulta anterior pudiendo ser también el caso de interconsulta cuando el paciente acuda subsecuentemente.
22	FORÁNEO	Una (X) en esta columna cuando el paciente que acude a solicitar consulta, no pertenece a la población adscrita a la unidad, ya sea porque se encuentre transitoriamente en la localidad, por vacaciones, comisión, servicio etc.
<b>SOLICITUD A:</b>		
23	LABORATORIO	El número de exámenes o de estudios que se le tengan que realizar al paciente.
24	RAYOS "X"	El número de exámenes o de estudios que se le tengan que realizar al paciente.
25	INTERCONSULTA	Una "x" cuando el Médico tratante solicite una interconsulta.
26	OTROS	Una "x" en caso de requerir algún servicio auxiliar de diagnóstico o tratamiento a los ya mencionados.
27	PASE A OTRA UNIDAD MÉDICA	Una "x" en caso de que el Médico tratante considere necesario hacer una referencia del paciente a otro nivel de atención.
28	MOTIVO DE LA LICENCIA	Una "x" en la columna (PRT) cuando la enfermedad no haya sido calificada y se tenga considerada como "probable riesgo de trabajo" y una "x" cuando la enfermedad sea ya calificada como "sí de trabajo" en la columna (RT).
29	SERIE	El número de serie de la licencia médica.  En caso que el paciente no haya acreditado su vigencia de derechos, se llenará este campo con la palabra "pendiente"
30	DÍAS DE LICENCIA MÉDICA	Con números arábigos, la cantidad de días que amparará la licencia médica que se le expide al paciente. el llenado de esta columna se hará solamente si el paciente está catalogado como trabajador (a).

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día

Mes

Año

21

12

2007

No. de Página

871

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
31	NÚMERO DE MEDICAMENTOS	La cantidad de medicamentos diferentes que se le prescriben al paciente y no el número de piezas o unidades de cada uno.
	<b>DIAGNÓSTICO</b>	
32	CÓDIGO	
33	DESCRIPCIÓN	Código CIE-10 del diagnóstico, cuando la consulta no se otorgue se deja en blanco. Este campo lo deberá llenar el área de estadística o la persona que capture los datos del formato al sistema de tablero de control.  Con letra de molde el diagnóstico o el motivo de consulta. cuando esta no sea otorgada se pondrá la leyenda "consulta no otorgada". Subrayar el diagnostico, cuando este corresponda a un padecimiento transmisible.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

**Versión:**

Día	Mes	Año
21	12	2007

872



CLAVE: SMLM-01

ANEXO III

**DELEGACION:**

UNIDAD MEDICA:

**CLAVE:**

**NIVEL DE ATENCION:**

MES REPORTADO:

AÑO:

DIA	NUM. DE TRABAJADORES ATENDIDOS	MOTIVO DE LA LICENCIA						SEXO						CARÁCTER DE LICENCIA						SERVICIO								FRECUENCIA		CANTIDAD	
		ENFERMEDAD		MATERNIDAD		RIESGO DE TRABAJO		M		F		INICIAL		SUBSECUENTE		RETROACTIVA		CONSULTA EXTERNA		HOSPITALIZACION		URGENCIAS		TOTAL		POR ESPECIALIDAD					
		No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS	No. LIC.	DIAS		No. LIC.	DIAS	No. LIC.		DIAS
1																												1			
2																												2			
3																												3			
4																												4			
5																												5			
6																												OTRAS			
7																												TOTAL			
8																												POR DIAGNOSTICO			
9																												1			
10																												2			
11																												3			
12																												4			
13																												5			
14																												OTROS			
15																												TOTAL			
16																												POR DEPENDENCIA			
17																												1			
18																												2			
19																												3			
20																												4			
21																												5			
22																												OTRAS			
TOTAL																												TOTAL			

FEB-02/PROPIUESTA/SPE/OEOS

DIRECTOR DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_ ELABORO: \_\_\_\_\_

NOTA: EN LOS CASOS DE CONCEDER LICENCIAS POR EXCEPCION, REQUISITAR TAMBIEN EL FORMATO DE REPORTE DE CASOS EXCEPCIONALES

TIPO B





## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

873

**Instructivo de formato:** Reporte Mensual sobre Licencias Médicas

**Clave del formato:**

SMLM-01

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación estatal, regional o unidad médica desconcentrada.
2	UNIDAD MÉDICA	El nombre de la unidad médica que reporta a la delegación que corresponda.
3	CLAVE	Número asignado a la unidad médica que expidió la licencia médica.
4	NIVEL DE ATENCIÓN	Registrar el nivel de atención de la unidad médica que expidió las licencias médicas. <ul style="list-style-type: none"><li>• 1er. nivel de atención</li><li>• 2do. nivel de atención</li></ul>
5	MES REPORTADO	El mes que corresponde al reporte.
6	AÑO	El año en curso.
7	DÍA DE EXPEDICIÓN	El día de la expedición de las licencias médicas.
8	NÚMERO DE TRABAJADORES ATENDIDOS	Total de trabajadores atendidos en el día del mes que se informa.
9	MOTIVO DE LA LICENCIA	El motivo por el que fueron otorgadas las licencias médicas, número y días amparadas por:  Enfermedad general. Maternidad Riesgo de trabajo
10	SEXO	El número de licencias médicas otorgadas y días amparados por sexo: <ul style="list-style-type: none"><li>• M: masculino</li><li>• F: femenino</li></ul>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

874

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
11	CARÁCTER DE LA LICENCIA MÉDICA	<p>El número de licencias médicas otorgadas y días amparados, por su carácter de temporalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Inicial</li><li>• Subsecuente</li><li>• Retroactiva</li></ul>
12	SERVICIO	<p>El número de licencias médicas otorgadas y los días amparados por:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consulta externa</li><li>• Hospitalización</li><li>• Urgencias</li></ul> <p>Nota: el total de licencias y días amparados de este campo, deberán ser igual al de los campos: 9, 10, 11, 12, 14, 15 y 16</p>
13	FRECUENCIA	<p>Se refiere a las veces que se repiten en orden decreciente los datos requeridos en los campos: 14, 15 y 16.</p>
14	POR ESPECIALIDAD	<p>En orden decreciente las cinco especialidades médicas que concedieron la mayor cantidad de licencias médicas y días amparados, en otras la suma de las especialidades restantes para establecer el total generado en el mes.</p> <p>Nota: los datos de este campo se obtienen juntando todas las licencias médicas del mes que se reporta separándolas por especialidad.</p>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

875

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
15	POR DIAGNÓSTICO	<p>En orden decreciente los diagnósticos con mayor frecuencia de licencias médicas y días amparados, en otras los diagnósticos restantes, a fin de integrar el total generado en el mes.</p> <p>Nota: los datos de este campo se obtienen juntando todas las licencias médicas del mes que se reporta separándolas por diagnostico.</p>
16	POR DEPENDENCIA	<p>En orden decreciente las cinco dependencias que generaron el mayor número de licencias médicas y días amparados, en otras el total de las dependencias, para integrar el total del mes.</p> <p>Nota: los datos de este campo se obtienen juntando todas las licencias médicas del mes que se reporta separándolas por dependencias.</p>
17	TOTAL	El total de los diferentes conceptos de los campos 8, 9, 10, 11 y 12 de este formato.
18	DIRECTOR DE LA UNIDAD	El nombre y firma del titular de la unidad médica que reporta.
19	ELABORÓ	El nombre y firma de quien elaboro el informe.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

**Versión:**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

876



Delegación: \_\_\_\_\_  
Unidad Médica: \_\_\_\_\_  
Clave: \_\_\_\_\_

Nivel de Atención \_\_\_\_\_  
Mes Reportado \_\_\_\_\_  
Año \_\_\_\_\_

[illegible]

C.c.p.	Delegado
	Jefe de Unidad de Auditoria Interna

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

877

**Instructivo de formato:** Reporte Mensual de Casos Excepcionales de Otorgamiento de Licencias Médicas

**Clave del formato:**  
SMLM-02

NO	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación estatal, regional o unidad médica desconcentrada.
2	UNIDAD MÉDICA	El nombre de la unidad médica que reporta a la delegación que corresponda.
3	CLAVE	Número asignado a la unidad médica que expidió las licencias médicas excepcionales.
4	NIVEL DE ATENCIÓN	Registrar el nivel de atención de la unidad médica que expidió las licencias médicas excepcionales: <ul style="list-style-type: none"><li>• 1er. nivel de atención</li><li>• 2do. nivel de atención</li></ul>
5	MES REPORTADO	El mes al que corresponde el reporte.
6	AÑO	El año en curso.
7	NÚMERO	El número consecutivo correspondiente.
8	NOMBRE DEL PACIENTE	El apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
9	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico médico establecido por el médico tratante.
10	NO. SERIE	El número de serie de la licencia médica.
11	DÍAS	Los días otorgados de licencia médica.
12	MOTIVO DE LA LICENCIA	Motivo por el que fueron otorgadas las licencias médicas excepcionales: <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad General.</li><li>• Maternidad.</li><li>• Riesgo de Trabajo o Probable Riesgo de Trabajo.</li></ul>
13	CARÁCTER DE LA LICENCIA	Si la licencia es inicial, subsecuente o retroactiva.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

878

NO	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
14	UNIDAD MÉDICA ORIGEN	La unidad médica a la cual se encuentra adscrito el paciente.
15	TRASLADO	Una (x) en este rubro cuando la unidad médica que realiza la referencia expida la licencia médica por el tiempo necesario para el traslado del paciente a su destino y la atención respectiva.
16	URGENCIA SEGUNDO NIVEL	Una (x) cuando en la CMF de adscripción se otorgue licencia médica hasta 21 días, a pacientes atendidos en el servicio de urgencias de gineco-obstetricia y ortopedia.
17	URGENCIA EN TRÁNSITO	Una (x) cuando en el servicio de urgencias se otorgue licencia médica a un paciente en transito en una localidad diferente a la de su adscripción laboral.
18	TOTAL	Se refiere a las licencias médicas excepcionales y días amparados, por motivo de: <ul style="list-style-type: none"><li>• enfermedad general.</li><li>• maternidad.</li><li>• probable riesgo de trabajo o riesgo de trabajo.</li></ul> Nota: el total de este campo deberá coincidir con la sumatoria de carácter de la licencia médica excepcional.
19	CARÁCTER DE LA LICENCIA MÉDICA EXCEPCIONAL	El número de licencias médicas excepcionales y días amparados, por su temporalidad: <ul style="list-style-type: none"><li>• inicial</li><li>• subsecuente</li><li>• retroactiva</li></ul>
20	MÉDICO QUE SOLICITA	El nombre completo del médico que solicita la expedición de la licencia médica excepcional y su clave.
21	JUSTIFICACIÓN	Las razones de carácter médico por las cuales se expide la licencia en forma excepcional.
22	TOTAL	El total de las diferentes conceptos de los campos 8, 9, 10, 11, 12 y 13.
23	DIRECTOR DE LA UNIDAD	El nombre completo y firma del director de la unidad médica que reporta.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

879

### Informe Diario de Labores del Médico



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Subdirección General Médica

Día	Mes	Año
		200_

CLAVE: SM-10-1

2	3	4	5	6	7	8	9
Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Clave de la Unidad	Localidad y Entidad
Para Sustituciones:		14	11	12	Causa	13	
Nombre del Médico Sustituto		Firma					

#### 1.1 NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDA LA VIGENCIA DE DERECHOS:

Num. de consulta	Nombre del Paciente	Expediente	VIGENCIA DE DERECHOS	TIPO DE O U H	SEXO Y EDAD	SOLICITUD A					Pase a otra U.M.	No. de Medicamentos	Diagnóstico	
						SI	NO	Lab	Rx	Inter				Cons
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

**Código:**

**Versión:****Fecha de autorización**

<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>
21	12	2007

No. de Página

880

## Informe Diario de Labores del Médico



Día	Mes	Año
		200_

CLAYE: SM-10-1

Nombre Completo del Médico		Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Clave de la Unidad	Localidad y Entidad
Para Sustituciones: Nombre del Médico Sustituto		Firma	Clave	Causa				

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHOS:**

NÚMERO CONSULTA	NOMBRE DE SERVIDOR LICENCIADO	DÍAS OTORGADOS DE LICENCIA MÉDICA	MOTIVO DE LICENCIA				CARÁCTER DE LA LICENCIA				TIPO DE SERVICIO OTORGADO			DEPENDENCIA DONDE LABORA EL TRABAJADOR	UNIDAD ADMINISTRATIVA	FRECUENCIA				
			ENFERMEDAD GRAL.	MATERNIDAD	R.O.C.	P.R.T.	Inicial	SUSC. cuente	Refo activa	EXCUSE-0008	Consulta Externa	Hospitaliza-0001	Urgencias			INDICADORES	CANTIDAD	FÓRMULA de Cálculo de Frecuencia	NO. LIC.	DÍAS
	(30)																			
		(31)															(46)		(48)	
			(32)							(38)								(47)		
				(33)							(39)									
					(34)							(40)								
						(35)							(41)							
							(36)							(42)						
								(37)							(43)					
																(44)				
																	(45)			
TOTAL	(39)																			

POR DIAGNOSTICO		
Indicadores	NÚMERO DE LIC.	DÍAS
1	(49)	
2		(51)
3		
4		
5		(50)
OTROS		
TOTAL		

POR DEPENDENCIAS		
INDICADORES	CANTIDAD	DÍAS
1	(49)	(49)
2		
3		
4		
5		(49)
OTROS		
TOTAL		

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

881

**Instructivo de formato:** Informe Diario de Labores del Médico para Unidades que no cuenten con equipo de cómputo. (Ampliado)

**Clave del formato:**  
SM-10-1-A

NO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	FECHA	La correspondiente al día de consulta
2	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO	El apellido paterno, materno y nombre (s).
3	FIRMA	La firma del médico correspondiente (programado).
4	CLAVE	La clave del médico, asignada por la unidad.
5	ESPECIALIDAD	El área de la especialidad médica a la que esta adscrito el médico tratante.
6	HORARIO	El correspondiente a la consulta otorgada.
7	UNIDAD	El nombre de la unidad médica correspondiente.
8	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA	Número asignado a la unidad médica que expide la licencia médica.
9	LOCALIDAD Y ENTIDAD PARA SUSTITUCIONES	Estado, ciudad, delegación y/o municipio.
10	NOMBRE DEL MÉDICO	El nombre del médico suplente: apellido paterno, materno y nombre (s).
11	FIRMA	La firma del médico suplente.
12	CLAVE	La clave del médico suplente, asignada por la unidad.
13	CAUSA PARA SER LLENADO POR LA PERSONA RESPONSABLE DE LA VIGENCIA DE DERECHOS	El motivo de la suplencia.
14	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDÓ VIGENCIA DE DERECHOS.	El apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que autoriza la vigencia de derechos
16	NOMBRE DEL PACIENTE.	El apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que recibe consulta.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE  
LICENCIAS MÉDICAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

882

NO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
17	EXPEDIENTE	El número de expediente que se determine.
18	VIGENCIA DE DERECHOS.	Una (x) en la columna (si) cuando el paciente tenga vigentes sus derechos en el ISSSTE, una (x) en la columna (no) cuando el paciente no tenga vigentes sus derechos.
19	TIPO DE DERECHOHABIENTE	TRABAJADOR 1
		TRABAJADORA 2
		ESPOSA O CONCUBINA 3
		ESPOSO O CONCUBINARIO 4
		PADRE O ABUELO 5
		MADRE O ABUELA 6
		HIJO 7
		HIJA 8
		PENSIONADO O PENSIONADA 9
		NO DERECHOHABIENTE 10
		Una "x" en esta columna, cada vez que el derechohabiente se presente con un padecimiento distinto al que ocasiono la (s) consulta (s) anterior (es).

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

883

NO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
20	SEXO Y EDAD	<p>Relacionar los dos conceptos en la columna correspondiente al sexo, ya sea "m" masculino y "f" femenino.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anotar la edad correspondiente del derechohabiente.</li><li>• Si el paciente es menor de un año, se deberá anotar en forma de fracción aritmética la edad en meses; por ejemplo, 6 mes "6/12".</li><li>• Si el paciente es menor de un mes de edad, se anotara en forma fracción aritmética la edad en días por ejemplo: 16 días "6/30".</li></ul> <p>Si se trata de un padecimiento crónico, el Médico debe marcar esta columna cada vez que otorgue al paciente la primera consulta en cada año calendario.</p> <p>El Médico marcara esta columna, cuando el paciente proceda de otro servicio dentro de la misma unidad y se modifique el diagnostico efectuado en el servicio que lo refirió.</p>
21	FORÁNEO	<p>Una "x" en esta columna cuando el paciente que acude a solicitar consulta, no pertenece a la población adscrita a la unidad, ya sea porque se encuentre transitoriamente en la localidad, por vacaciones, comisión, servicio, etc.</p>
22	SOLICITUD A: LABORATORIO	<p>El número de exámenes o de estudios que se le tengan que realizar al paciente.</p>
23	RAYOS "X"	<p>El número de exámenes o de estudios que se le tengan que realizar al paciente.</p>
24	INTERCONSULTA	<p>Una "x" cuando el Médico tratante solicite una interconsulta.</p>
25	OTROS	<p>Una "x" en caso de requerir algún servicio auxiliar de diagnostico o tratamiento a los ya mencionados.</p>

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

884

NO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
26	PASE A OTRA UNIDAD MÉDICA	Una "x" en caso de que el médico tratante considere necesario hacer una referencia del paciente a otro nivel de atención.
27	NÚMERO DE MEDICAMENTOS	La cantidad de medicamentos recetados.
28	CÓDIGO	Código CIE-10 del diagnostico, cuando la consulta no se otorgue se deja en blanco. este campo lo deberá llenar el área de estadística o la que capture los datos del formato al sistema de tablero de control.
29	DIAGNÓSTICO	Con letra de molde el diagnostico o el motivo de consulta. Cuando esta no sea otorgada se pondrá la leyenda "consulta no otorgada". Subrayar el diagnostico, cuando este corresponda a un padecimiento transmisible.
30	NO DE SERIE DE LA LICENCIA	El número de serie de la licencia médica.
31	MOTIVO DE LA LICENCIA	Con números arábigos, la cantidad de días que amparara la licencia médica que se le expide al paciente. el llenado de esta columna se hará solamente si el paciente esta catalogado como trabajador (a).
32	ENFERMEDAD GENERAL	Con una (x) si el carácter de la licencia corresponde al rubro enfermedad general.
33	MATERNIDAD:	Con una (x) cuando la licencia médica se otorgue por maternidad.
34	PRE	Si la licencia médica ampara 90 días, con una (x) marcar los espacios pre y post
	POST	Marcar post con una (x) cuando la licencia médica se otorgue después del parto corresponda a los 60 días destinados a cuidados maternos.
35	RIESGO DE TRABAJO	Una "x" en la columna (prt) cuando la enfermedad no haya sido calificada y se tenga considerada como "probable riesgo de trabajo."

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 7. EXPEDICIÓN Y CONTROL DE LICENCIAS MÉDICAS.

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

885

NO	NOMBRE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
36	PROBABLE RIESGO DE TRABAJO	Una "x" cuando la enfermedad sea ya calificada como "si de trabajo", en la columna (rt)
37	INICIAL	Una (x) en esta columna cuando el paciente recibe atención médica por una enfermedad en la unidad médica a la que acude.
38	SUBSECUENTE	Una "x" en esta columna cuando el paciente acuda a consulta por el mismo padecimiento o motivo por el cual asistió a la consulta anterior. pudiendo ser también el caso de interconsulta cuando el paciente acuda subsecuentemente.
39	CARÁCTER DE LA LICENCIA RETROACTIVA	Con una "x" si el carácter de temporalidad de la licencia médica corresponde al rubro retroactiva.
40	EXCEPCIONAL	Con una "x" si el carácter de temporalidad de la licencia médica corresponde al rubro excepcional

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

886

**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE BLOCK'S DE LICENCIAS  
MÉDICAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL  
DE ATENCIÓN**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

887

**1. OBJETIVO**

REGULAR Y CONTROLAR EL PROCESO DE ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS, SU CUSTODIA Y GUARDA PARA VIGILAR QUE SU USO SE REALICE CON UN GRAN SENTIDO DE RESPONSABILIDAD, ESPECIFICANDO LAS ACCIONES A REALIZAR EN CASO DE ROBO, DESTRUCCIÓN Ó EXTRAVÍO DE LOS BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

**DEL CONTROL ADMINISTRATIVO DE LAS LICENCIAS MÉDICAS**

1. ES RESPONSABILIDAD DEL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA ESTABLECER EL CONSUMO PROMEDIO MENSUAL DE LICENCIAS MÉDICAS Y REALIZAR LA SOLICITUD ANTE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES, LOS REQUERIMIENTOS DE BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS, ASÍ COMO EL MANEJO, SUMINISTRO Y CONTROL DE LOS MISMOS EN EL INTERIOR DE LA UNIDAD MÉDICA.
2. EN CASO DE EXTRAVÍO, ROBO O DESTRUCCIÓN DE LAS LICENCIAS MÉDICAS SIN FORMULAR, EL RESPONSABLE DE SU CUSTODIA ACUDIRÁ A LA AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO PRÓXIMA A SU UNIDAD PARA LEVANTAR EL ACTA CORRESPONDIENTE, SEÑALANDO SERIE Y NÚMERO DE LICENCIAS INVOLUCRADAS, SOLICITANDO LA INVESTIGACIÓN DEL HECHO.

A SU VEZ EL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA:

3. PROCEDERÁ A LEVANTAR EL ACTA ADMINISTRATIVA QUE DIÓ LUGAR AL HECHO, ENTREGÁNDOSELA AL SUBDELEGADO MÉDICO CORRESPONDIENTE, QUIEN A TRAVÉS DE LA UNIDAD JURÍDICA DELEGACIONAL PROCEDERÁ A LA INVESTIGACIÓN Y FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES A QUIEN CORRESPONDA.
4. INFORMARÁ A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA LOS NÚMEROS DE SERIE DE LAS LICENCIAS MÉDICAS EXTRAVIADAS PARA QUE ÉSTA LOS DIFUNDA A LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS Y UNIDADES MÉDICAS DESCONCENTRADAS Y CONTRIBUYAN A EVITAR SU MAL USO.



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	888

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Determina los requerimientos de Blocks de Licencias Médicas para la Unidad, elabora solicitud anual, mediante formato ABAST y envía a la Delegación.
2		Solicita a la Subdelegación Médica el intervalo de números de serie que deberá adquirir con base en la estimación del consumo de licencias médicas calculado
3	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Recibe solicitud y consolida requerimientos de Block's de Licencias Médicas, de todas las Unidades Médicas adscritas a la Delegación.
4		Elabora Guía de Distribución y calendario de entrega y envía a la Subdirección de Regulación de Atención Médica de la Subdirección General Médica.
5	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	Recibe la Guía de Distribución y calendario de entrega, integra necesidades de block's y asigna números de serie para cada una de las unidades médicas adscritas a la Delegación mediante intervalos secuenciados.
6		Distribuye los intervalos de número de serie de Licencias Médicas a las Unidades Médicas Adscritas a la Delegación.
7		Realiza el proceso de adquisición, y entrega Guía de Distribución en original al proveedor.
8	PROVEEDOR	Recibe pedido y Guía de Distribución, procesa el tiraje de Block's de Licencias Médicas y entrega al Almacén Regional.
9	ALMACÉN REGIONAL	Recibe Block's de Licencias Médicas, verifica los números de serie y distribuye de acuerdo a la guía a Unidades Médicas.

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





**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	889

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
10	ALMACÉN DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe Blocks de Licencias Médicas, verifica el pedido, asigna folio y registra en formato "Abastecimiento y Distribución de Block's de Licencias Médicas (SMLM-05), y en Kardex. Notifica del abasto al Director de la Unidad Médica y le envía copia del formato.
11	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA (ÁREA DE ESTADÍSTICA)	Recibe notificación y solicita al almacén Block's de Licencias Médicas mediante vale de requerimientos de Block's de Licencias.
12	ALMACÉN DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe el Vale de requerimiento, surte pedido, registra en el Kardex las salidas. Requisita el formato de SMLM-05 y envía a área de estadística.
13	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA (ÁREA DE ESTADÍSTICA )	Recibe los Block's de Licencias Médicas, coteja números de serie de Licencias Médicas, y firma de recibido en formato SMLM-05 y distribuye al personal médico.
14	PERSONAL MÉDICO	<p>Recibe Block de Licencia Médica, verifica los números de folio y serie, y firma de recibido en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formato SMLM-05 "Control de Folios de Licencias en Almacén de Unidades Médicas"</li> <li>• Volante de Block's de Licencias Médicas (Desprender del Block)</li> <li>• Formato SMLM-06 "Registro Diario de Control de Folios de Licencias por Médico"</li> </ul>
15		Al término de su jornada diaria, entrega copias de licencias expedidas, junto con el formato SM-10-1 "Informe diario de labores del médico" haciendo aclaración de las licencias canceladas, y/o extraviadas, en cuyo caso presentará el acta ministerial, y envía a área de estadística. Al terminarse el Block canjea el casco de éste por uno nuevo.

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



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	890

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
16	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA ÁREA DE ESTADÍSTICA	Recibe formato SM-10-1 y copias de las licencias médicas expedidas, Registra el Status de cada licencia y coteja el No. de serie de las licencias otorgadas, captura en sistema y verifica con el Tablero de Control, y envía casco del Block de Licencias Médicas al Archivo de la Unidad Médica.
17		Elabora los informes estadísticos y el Reporte de las Desviaciones e irregularidades detectadas y las entrega a las autoridades correspondientes.
18	ARCHIVO	Recibe Cascos de Blocks de Licencias Médicas y archiva. Conserva por 5 años.
Termina el Procedimiento		

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



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

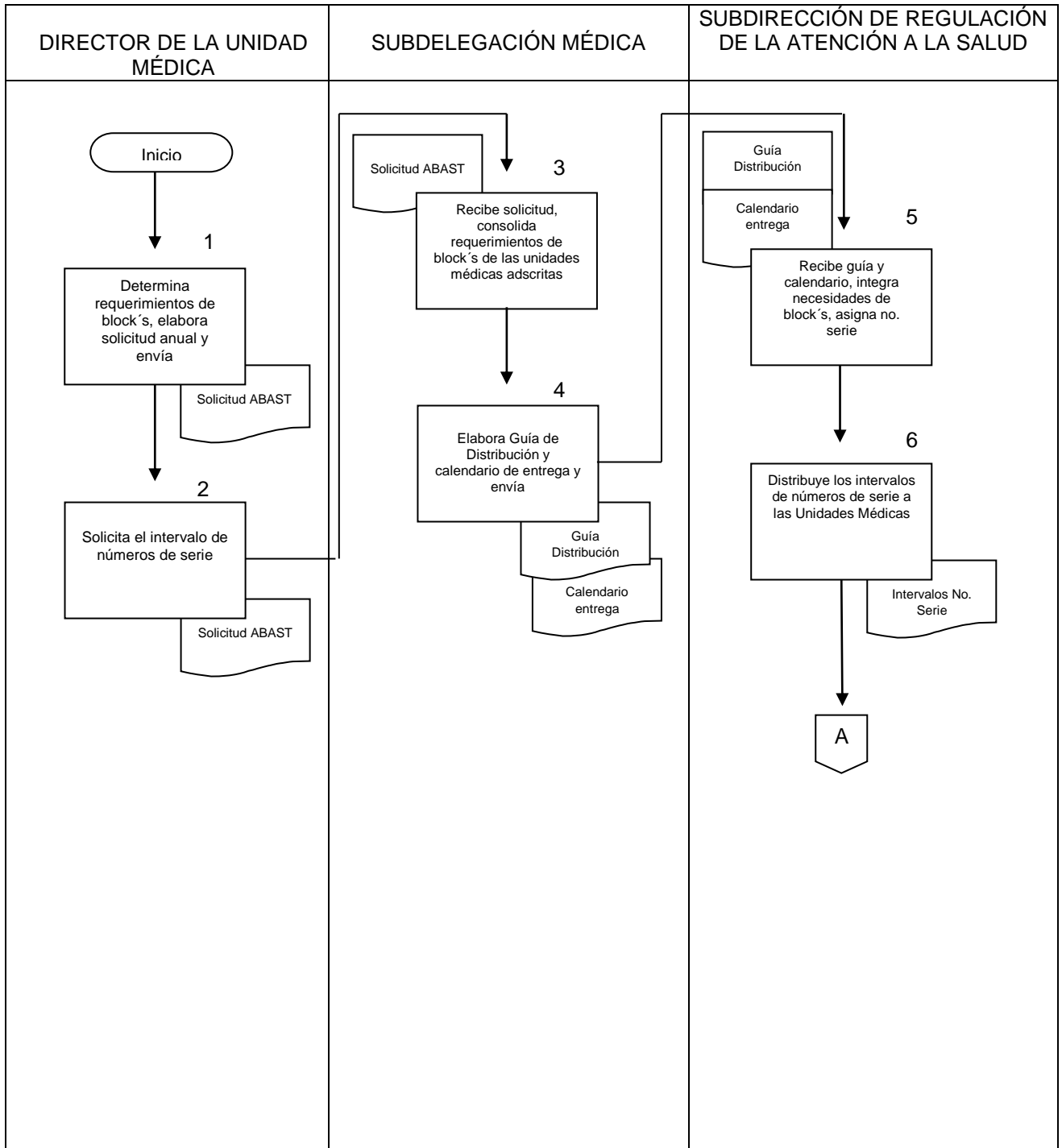
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

891

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

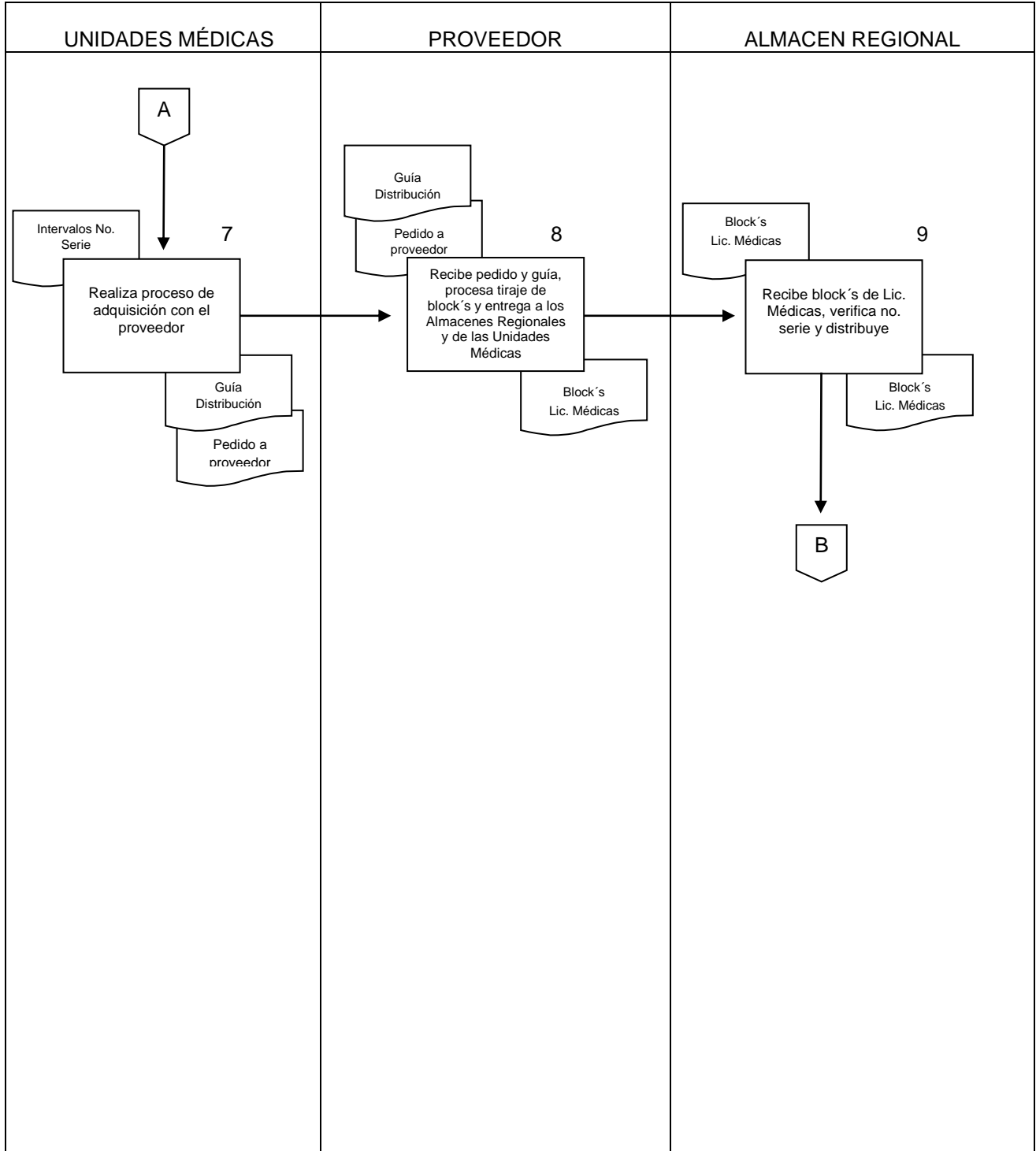
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

892



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## 8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

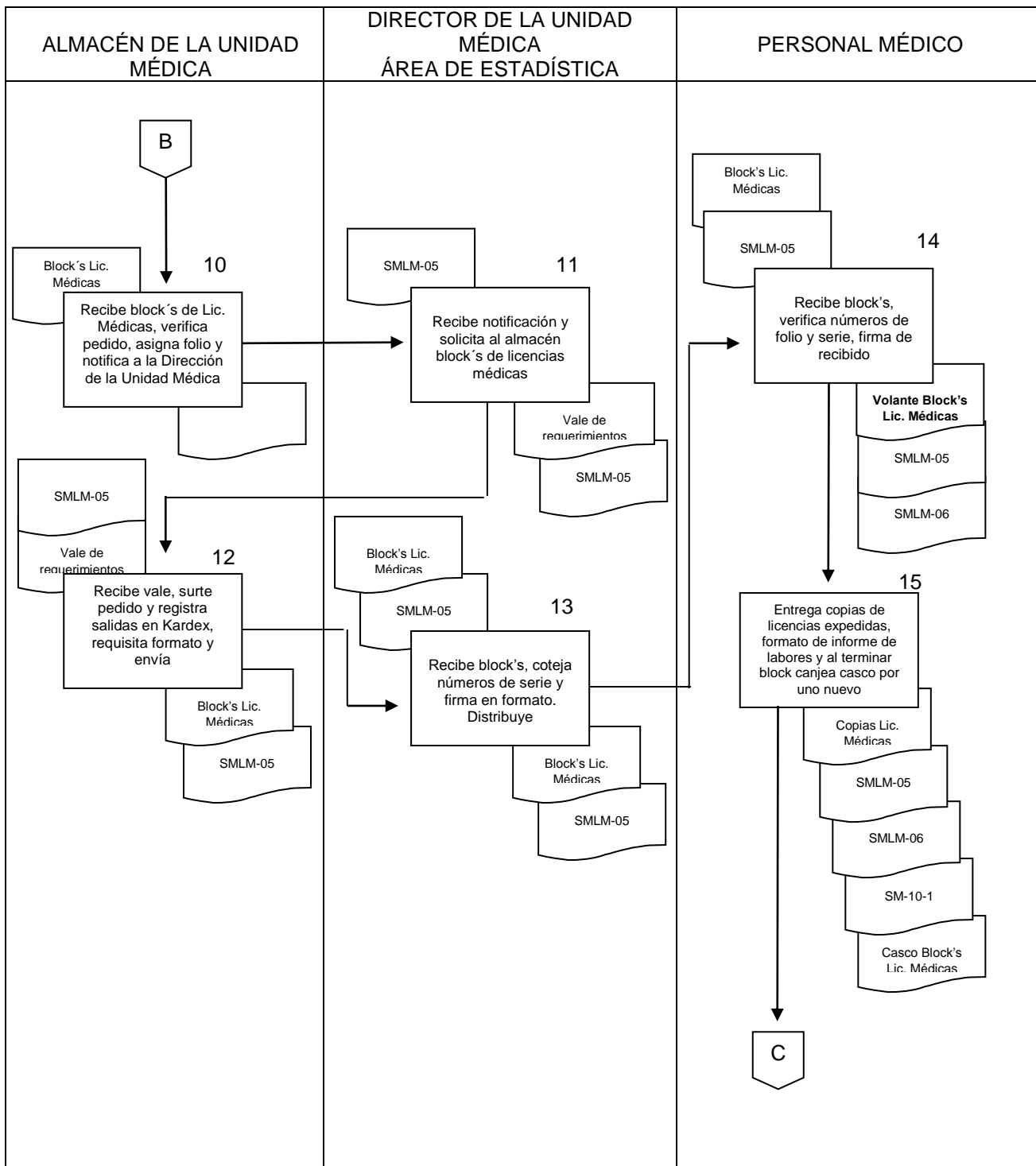
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

893



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

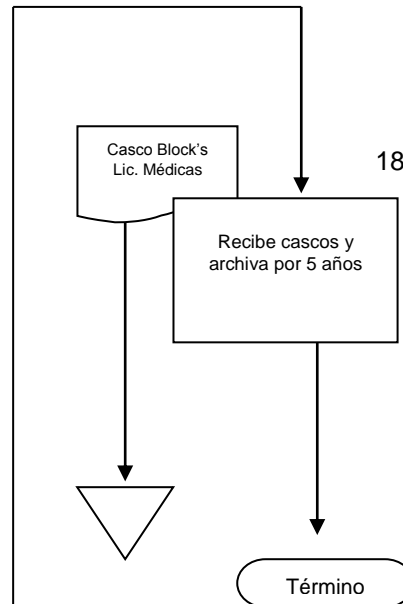
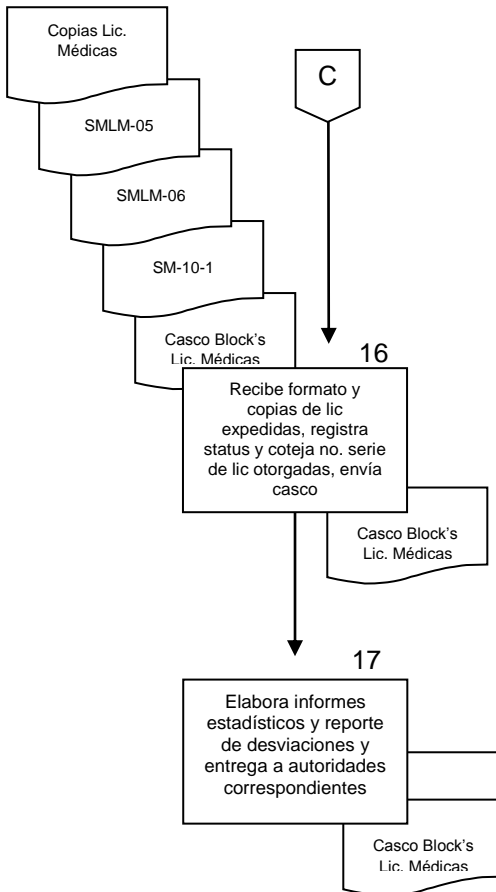
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

894

**DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA  
ÁREA DE ESTADÍSTICA**

**ARCHIVO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

895

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

<b>6. REFERENCIAS</b>	1. Procedimiento de Expedición y Control de Licencias Médicas
<b>7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES</b>	
<b>8. ANEXOS</b>	<p>A. Formato SM-10-1 "Informe Diario de las Labores del Médico".</p> <p>B. Formato SMLM-05 "Control de Folios de Licencias en Almacén de Unidades Médicas. Abastecimiento de Block's de Licencias Médicas".*</p> <p>C. Formato SMLM-06 "Registro Diario de Control de Folios de Licencias por Médico".*</p> <p><i>* Solicitar instructivos al Área Normativa correspondiente.</i></p>

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

896

## **8. ANEXOS**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

897

**ANEXO A**

**Informe Diario de Labores del Médico**



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

Subdirección General Médica

Día	Mes	Año
		200_

CLAVE: SM-10-1

Nombre Completo del Médico	Firma	Clave	Especialidad	Horario	Unidad	Localidad y Entidad
Para Sustituciones: Nombre del Médico Sustituto						
Firma						
Clave						
Causa						

**NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHOS:**

Núm. de consult a	Nombre del Paciente	Expediente	VIGENCIA DERECHOS			SEXO Y EDAD			SOLICITUD A				Pase a otra U.M.	Motivo de la Licencia		NÚMERO DE SERIE DE LICENCIA MÉDICA	DÍAS DE L.M.	No. de Medica mentos	Diagnóstico			
			SI	NO	M	F	Fo ra- neo	Lab	Rx	Inter Cons	Otros			PR T	RT				Código	Descripción	1ª vez	Sub sac
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

898

**Instructivo de formato:** Informe Diario de Labores del Médico

**Clave del formato:**  
SM10-1

NO	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FECHA	La correspondiente al día de la consulta.
2	NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO	El apellido paterno, materno y nombre (s).
3	FIRMA	La firma del médico correspondiente (Programado)
4	CLAVE	La clave del médico, asignada por la unidad.
5	ESPECIALIDAD	El área de la especialidad médica a la que está adscrito el médico tratante.
6	HORARIO	El correspondiente a la consulta otorgada.
7	UNIDAD	El nombre de la unidad médica correspondiente.
8	LOCALIDAD Y ENTIDAD PARA SUSTITUCIÓN	Estado, ciudad, delegación y/o municipio.
9	NOMBRE DEL MÉDICO	El nombre del médico suplente, apellido paterno, materno y nombre(s).
10	FIRMA	La firma del médico suplente.
11	CLAVE	La clave del médico suplente, asignada por la unidad.
12	CAUSA	El motivo de la suplencia.
	PARA SER LLENADO POR LA PERSONA RESPONSABLE DE LA VIGENCIA DE DERECHOS	
13	NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDÓ VIGENCIA DE DERECHOS	El apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que autoriza la vigencia de derechos
14	NÚMERO DE CONSULTA.	El número consecutivo de consulta otorgada durante el día.
15	NOMBRE DEL PACIENTE.	El apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que recibe consulta.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	899

NO	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
16	EXPEDIENTE	El número de expediente que se determine.
17	VIGENCIA DE DERECHOS.	Una (x) en la columna (si) cuando el paciente tenga vigentes sus derechos en el ISSSTE, una (x) en la columna (no) cuando el paciente no tenga vigentes sus derechos.
18	TIPO DE DERECHOHABIENTE	<div>El tipo de derechohabiente de acuerdo con la siguiente lista: :</div> <div><div>TRABAJADOR</div><div>1</div><div>TRABAJADORA</div><div>2</div><div>ESPOSA O CONCUBINA</div><div>3</div><div>ESPOSO O CONCUBINARIO</div><div>4</div><div>PADRE O ABUELO</div><div>5</div><div>MADRE O ABUELA</div><div>6</div><div>HIJO</div><div>7</div><div>HIJA</div><div>8</div><div>PENSIONADO O PENSIONADA</div><div>9</div><div>NO DERECHOHABIENTE</div><div>10</div></div>
19	SEXO Y EDAD	<div>Los dos conceptos de la columna correspondiente, relacionando lo correspondiente al sexo, ya sea “M” en masculino y “F” en femenino.</div> <div>La edad correspondiente en años del derechohabiente.</div> <div>Si el paciente es menor de un año, se deberá anotar en forma de fracción aritmética la edad en meses, por ejemplo, 6 mes, “6/12”</div> <div>Si el paciente es menor de un mes de edad, se anotará en forma de fracción aritmética la edad en días, ejemplo: 16 días, “16/30”</div>

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



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	900

NO	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
20	CONSULTA POR PRIMERA VEZ	Si se trata de un padecimiento crónico, el médico debe marcar esta columna cada vez que otorgue al paciente la primera consulta en cada año calendario.  El médico marcará esta columna cuando el paciente proceda de otro servicio dentro de la misma unidad y se modifique el diagnóstico efectuado en el servicio que lo refirió.
21	CONSULTA SUBSECUENTE	Una (X) en esta columna cuando el paciente acuda a consulta por el mismo padecimiento o motivo por el cual asistió a la consulta anterior pudiendo ser también el caso de interconsulta cuando el paciente acuda subsecuentemente.
22	FORÁNEO	Una (X) en esta columna cuando el paciente que acude a solicitar consulta, no pertenece a la población adscrita a la unidad, ya sea porque se encuentre transitoriamente en la localidad, por vacaciones, comisión, servicio etc.
	SOLICITUD A:	
23	LABORATORIO	El número de exámenes o de estudios que se le tengan que realizar al paciente.
24	RAYOS "X"	El número de exámenes o de estudios que se le tengan que realizar al paciente.
25	INTERCONSULTA	Una "x" cuando el médico tratante solicite una interconsulta.
26	OTROS	Una "x" en caso de requerir algún servicio auxiliar de diagnóstico o tratamiento a los ya mencionados.
27	PASE A OTRA UNIDAD MÉDICA	Una "x" en caso de que el Médico tratante considere necesario hacer una referencia del paciente a otro nivel de atención.
28	MOTIVO DE LA LICENCIA	Una "x" en la columna (PRT) cuando la enfermedad no haya sido calificada y se tenga considerada como "probable riesgo de trabajo" y una "x" cuando la enfermedad sea ya calificada como "si de trabajo" en la columna (RT).

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



**8. ABASTO Y DISTRIBUCIÓN DE  
BLOCK'S DE LICENCIAS MÉDICAS EN  
UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y  
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

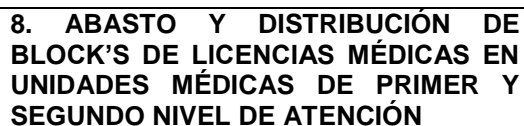
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	901

NO	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
29	SERIE	El número de serie de la licencia médica.  En caso que el paciente no haya acreditado su vigencia de derechos, se llenara este campo con la palabra "pendiente"
30	DÍAS DE LICENCIA MÉDICA	Con números arábigos, la cantidad de días que amparara la licencia médica que se le expide al paciente. el llenado de esta columna se hará solamente si el paciente esta catalogado como trabajador (a).
31	NÚMERO DE MEDICAMENTOS	La cantidad de medicamentos diferentes que se le prescriben al paciente y no el número de piezas o unidades de cada uno.
	DIAGNÓSTICO	
32	CÓDIGO	Código CIE-10 del diagnóstico, cuando la consulta no se otorgue se deja en blanco. este campo lo deberá llenar el área de estadística o la persona que capture los datos del formato al sistema de tablero de control.
33	DESCRIPCIÓN	Con letra de molde el diagnóstico o el motivo de consulta. cuando esta no sea otorgada se pondrá la leyenda "consulta no otorgada". subrayar el diagnóstico, cuando este corresponda a un padecimiento transmisible.

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

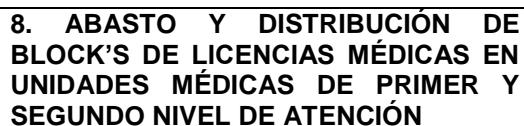


## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

902

**CLAVE:**

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

903

**SMLM-06**

Especialidad: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma del Responsable**

TIPO B



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

904

**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**





**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de  
Página**

905

**1. OBJETIVO**

CONTROLAR Y SUPERVISAR LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS MEDIANTE LA DETECCIÓN DE LAS ANOMALÍAS Y/O DESVIACIONES QUE SE PRESENTEN Y QUE SE IDENTIFICARÁN MEDIANTE UN TABLERO DE CONTROL, PARA QUE SE VIGILE LA APLICACIÓN CORRECTA DE LOS PROCEDIMIENTOS Y LA MEDICIÓN DE LA OPERACIÓN, MEDIANTE EL SEGUIMIENTO DE INDICADORES QUE DETERMINEN EL COMPORTAMIENTO DE LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. LOS MÉDICOS DEL INSTITUTO QUE EXPIDAN INDEBIDAMENTE LAS LICENCIAS MÉDICAS, ADEMÁS DE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES CIVILES Y PENALES A QUE HAYA LUGAR, SE HARÁN ACREEDORES A LAS SANCIONES ADMINISTRATIVAS ESTABLECIDAS EN LA LEY DEL ISSSTE Y EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS DE ACUERDO A LOS ARTÍCULOS 13 Y 30.
2. CUANDO SE DETECTEN IRREGULARIDADES, EL TITULAR DE LA UNIDAD MÉDICA, APLICARÁ LO QUE ESTABLECE EL ARTÍCULO 13 DE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, QUE SEÑALA:

“LAS SANCIONES POR FALTA ADMINISTRATIVA CONSISTIRÁN EN:

- “AMONESTACIÓN PRIVADA O PÚBLICA. CUANDO LA IRREGULARIDAD SE CONSIDERE NO GRAVE Y SEA LA PRIMERA Y/O SEGUNDA OCASIÓN QUE SE REALICE, ESTA AMONESTACIÓN QUEDARÁ ASENTADA EN UNA NOTA MALA EN EL EXPEDIENTE.
- SUSPENSIÓN DEL EMPLEO, CARGO O COMISIÓN POR UN PERÍODO NO MENOR DE 3 DÍAS NI MAYOR DE 1 AÑO, CUANDO SE INCURRA POR 3RA. OCASIÓN EN LA IRREGULARIDAD.
- DESTITUCIÓN DEL PUESTO. DE ACUERDO A LAS SANCIONES QUE SEÑALE EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL.
- SANCIÓN ECONÓMICA, DE ACUERDO A LO QUE SEÑALE EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL.
- INHABILITACIÓN TEMPORAL PARA DESEMPEÑAR EMPLEOS, CARGOS O COMISIONES EN EL SERVICIO PÚBLICO, DE ACUERDO CON LO QUE SEÑALE EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL.”



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

906

3. CUANDO NO SE CAUSEN DAÑOS O PERJUICIOS, NI EXISTA BENEFICIO O LUCRO ALGUNO, SE IMPONDRÁ DE SEIS MESES A UN AÑO DE INHABILITACIÓN.
4. CUANDO LA INHABILITACIÓN SE IMPONGA COMO CONSECUENCIA DE UN ACTO U OMISIÓN QUE IMPLIQUE BENEFICIO O LUCRO, O CAUSE DAÑOS O PERJUICIOS, SERÁ DE UN AÑO HASTA 10 AÑOS SI EL MONTO DE AQUELLOS NO EXCEDE A 200 VECES EL SALARIO MÍNIMO GENERAL MENSUAL VIGENTE EN EL DISTRITO FEDERAL, Y DE 10 A 20 AÑOS SI EXCEDE A DICHO LÍMITE. ESTE ÚLTIMO PLAZO DE INHABILITACIÓN TAMBIÉN SERÁ APLICABLE POR CONDUCTAS GRAVES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.
5. EN EL CASO DE INFRACCIONES GRAVES SE IMPONDRÁ, ADEMÁS, LA SANCIÓN DE DESTITUCIÓN. EN TODO CASO, SE CONSIDERARÁ INFRACCIÓN GRAVE EL INCUMPLIMIENTO A LAS OBLIGACIONES PREVISTAS EN LAS FRACCIONES VIII, X A XIV, XVII, XIX, XXII Y XXIII DEL ARTÍCULO 8 DE LA "LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS".
6. TRATÁNDOSE LA LICENCIA MÉDICA COMO UN DOCUMENTO PÚBLICO, SU FALSIFICACIÓN SE TIPIFICA COMO DELITO EN EL ARTÍCULO 243 DEL "CÓDIGO PENAL FEDERAL", MISMO QUE SE CASTIGA CON PRISIÓN DE CUATRO A OCHO AÑOS Y MULTA DE 200 A 370 DÍAS DE SALARIO MÍNIMO.
7. EL MÉDICO QUE JUSTIFIQUE FALSAMENTE QUE UN ASEGURADO TIENE ENFERMEDAD U OTRO IMPEDIMENTO PARA DISPENSARLO DE PRESTAR UN SERVICIO QUE LE EXIJA CUALQUIER ORDENAMIENTO LEGAL, COMETE UN DELITO QUE SERÁ SANCIONADO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LA FRACCIÓN III DEL ARTÍCULO 246 DEL "CÓDIGO PENAL FEDERAL".
8. COMPETE A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA O A LAS UNIDADES JURÍDICAS DELEGACIONALES, SEGÚN CORRESPONDA, ESTABLECER LAS DEMANDAS ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA DENUNCIAR LOS PRESUNTOS ILÍCITOS EN QUE INCURRAN LOS INVOLUCRADOS, DE CONFORMIDAD CON LOS DOS NUMERALES ANTERIORES. PARA ESTE EFECTO, LOS TITULARES DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN INTEGRAR LOS EXPEDIENTES CORRESPONDIENTES Y TURNARLOS A AQUELLAS.
9. LOS TITULARES DE LAS UNIDADES MÉDICAS AL DICTAMINAR ALGUNA IRREGULARIDAD PROCEDERÁN CONFORME A LO SIGUIENTE:
  - A) ANALIZARÁN LA GRAVEDAD DE LA MISMA, LEVANTANDO ACTA ADMINISTRATIVA EN PRESENCIA DEL PERSONAL INVOLUCRADO, EL RESPONSABLE DE RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD, EL REPRESENTANTE DE LA UNIDAD DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL DELEGACIONAL Y DEL REPRESENTANTE SINDICAL, ESTO ÚLTIMO TRATÁNDOSE DE TRABAJADORES DE BASE.



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de  
Página**

907

B) EN CASO DE SER PROCEDENTE ALGUNA SANCIÓN, GENERARÁN APERCIBIMIENTOS O NOTAS MALAS AL PERSONAL INVOLUCRADO, INTEGRANDO ÉSTAS AL EXPEDIENTE DEL (LOS) TRABAJADOR (ES), SIN MENOSCABO DE LAS SANCIONES QUE RESULTEN DE LA INVESTIGACIÓN DEL CASO POR PARTE DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL.

C) DARÁN AVISO DE LOS CASOS DETECTADOS COMO GRAVES A LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA Y A LA UNIDAD JURÍDICA DELEGACIONAL, PARA QUE PROCEDAN EN CONSECUENCIA.

10. TODA LICENCIA MÉDICA, AL MARGEN DE LO DISPUESTO EN EL PRESENTE DOCUMENTO, SERÁ MOTIVO SUFICIENTE PARA INVALIDARLA, DECLARANDO NULOS LOS EFECTOS Y DERECHOS QUE LA MISMA OTORGA AL ASEGURADO, RESERVÁNDOSE EL INSTITUTO EL DERECHO DE ACTUAR CONFORME A LAS DISPOSICIONES APLICABLES. PARA LO CUAL LA UNIDAD JURÍDICA DELEGACIONAL, A SOLICITUD DEL SUBDELEGADO MÉDICO O EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA DESCONCENTRADA, EMITIRÁ UN OFICIO FUNDADO Y MOTIVADO DIRIGIDO A LA DEPENDENCIA O ENTIDAD DE ADSCRIPCIÓN DEL TRABAJADOR, CON COPIA A LA UNIDAD MÉDICA, AL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL, AL MÉDICO QUE LA EXPIDIÓ Y AL PROPIO ASEGURADO.



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

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

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Detecta que existen anomalías en la expedición de Licencias Médicas, revisa expedientes de los casos y turna al secretario técnico para tratarse en la sesión del Subcomité de Licencias Médicas
2	SECRETARIO TÉCNICO DEL SUBCOMITÉ DE LICENCIAS MÉDICAS	Recibe los expedientes propuestos a revisión en la sesión del Subcomité de Licencias Médicas y programa reunión. Elabora orden del día y cita a reunión a los integrantes del Subcomité de Licencias Médicas.
3	SUBCOMITÉ DE LICENCIAS MÉDICAS	Realiza sesión, analiza los expedientes y determina si existen irregularidades.
		¿Existen irregularidades?
3.1		NO, Se elabora minuta y se firma por los participantes concluyéndose la sesión. Termina el Procedimiento en ésta actividad.
3.2		SÍ, Se elabora minuta, registran las irregularidades, y firman los participantes en la sesión.
4		Se integra la documentación del caso, se analiza y define la gravedad de la desviación.
		¿Es grave la desviación?
4.1		NO, Se determina la sanción de amonestación privada ó pública y se instruye al titular de la unidad para proceder a citar a los involucrados y representantes: de auditoria interna y sindical y levantar el acta administrativa correspondiente de acuerdo al procedimiento.
		Continúa en la actividad no. 5.
4.2		SÍ, Se notifica al Órgano Interno de Control, a la Subdelegación Médica, a la Subdirección General Médica para su investigación y envía minuta, copia del expediente certificado y demás elementos. Continúa en la actividad no. 6.

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



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de  
Página**

909

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
5	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Informa de las anomalías detectadas al personal involucrado, ya sea personal médico y/o administrativo, y los convoca, conjuntamente con sus representantes sindicales y el representante de Auditoría Interna de la Delegación para la elaboración del acta administrativa
6	ÓRGANO INTERNO DE CONTROL	Analiza y determina la sanción que deberá aplicar a los involucrados y notifica al Director de la Unidad Médica
7	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Aplica la sanción correspondiente en los casos no graves y en los graves recibe notificación de la sanción por parte del OIC y las aplica a los involucrados.
8	PERSONAL MÉDICO Y/O ADMINISTRATIVO RESPONSABLE	Recibe la sanción que señale el Subcomité de Licencias Médicas y/o el Órgano Interno de Control, en su caso.
		Termina el Procedimiento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

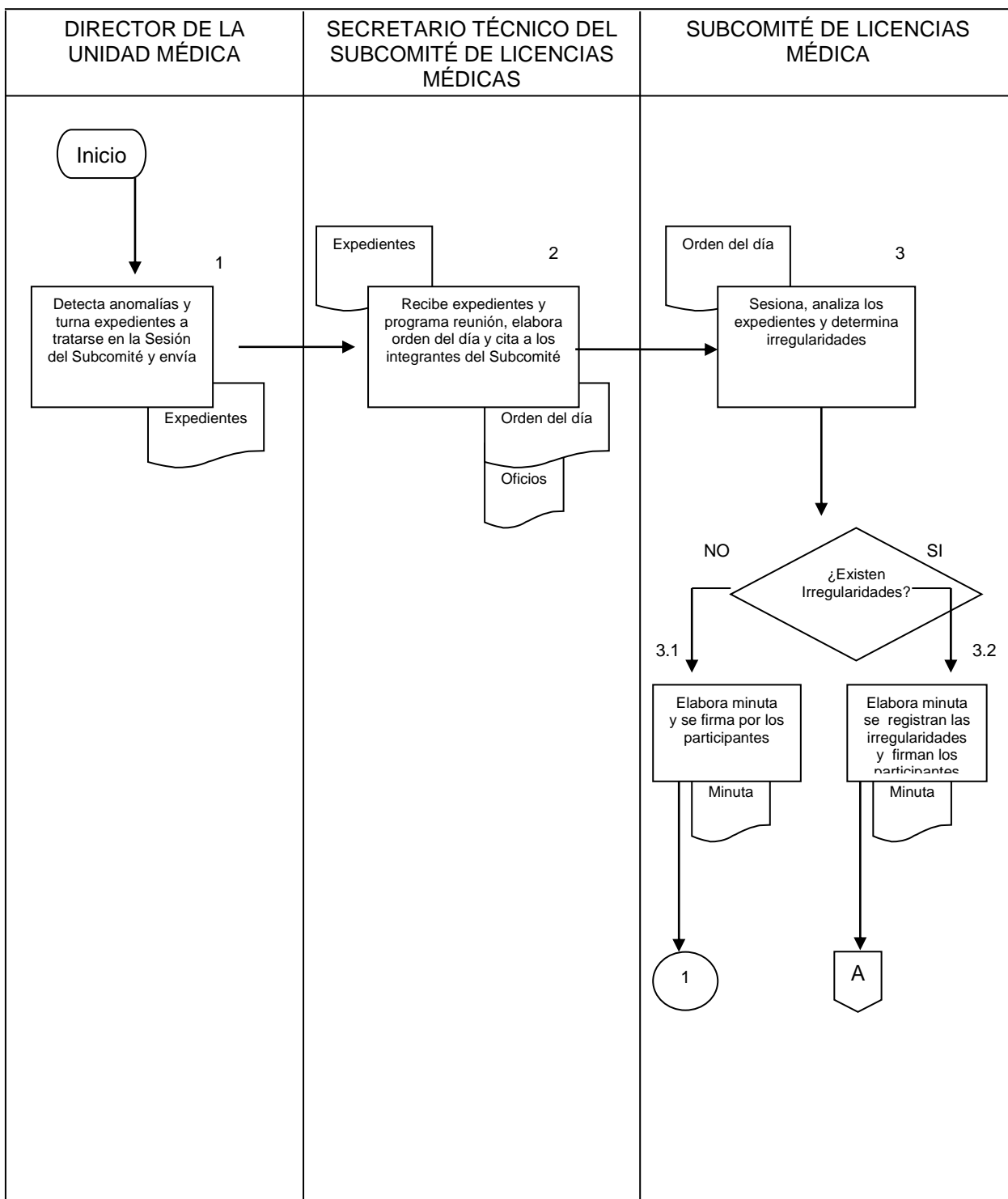
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

910

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

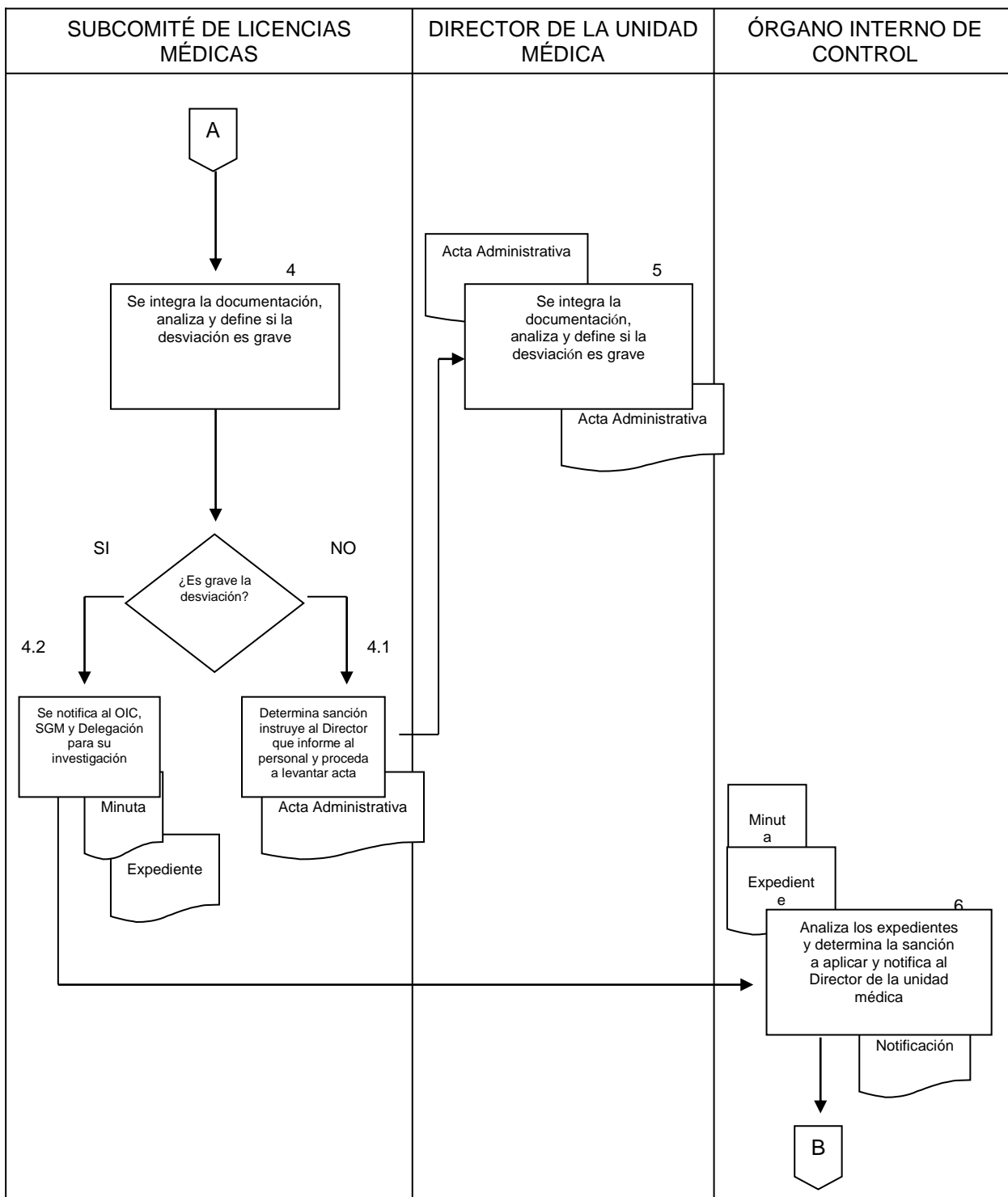
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

911



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

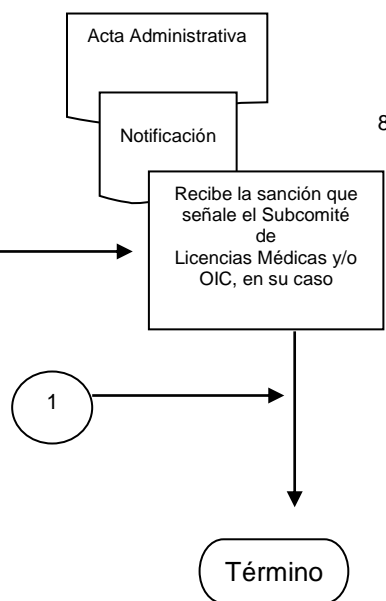
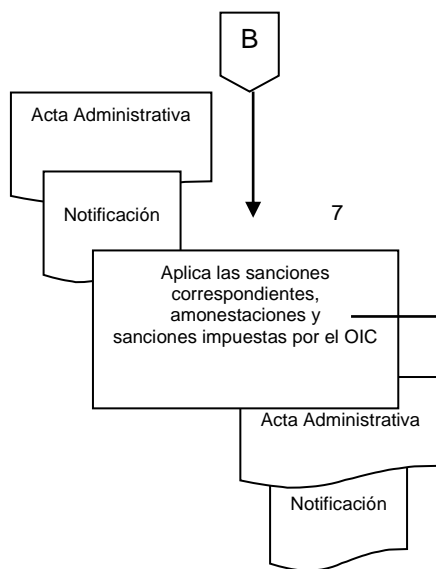
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

912

DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA

PERSONAL MÉDICO Y/O ADMINISTRATIVO  
RESPONSABLE



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de  
Página**

913

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

6. REFERENCIAS	1. Procedimiento de Expedición y Control de Licencias Médicas
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES	
8. ANEXOS	A. Formato SMLM-04 "Reporte de Desviaciones"

**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



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES  
ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES  
MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO  
NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

**Día**

**Mes**

**Año**

21

12

2007

**No. de  
Página**

914

## **8. ANEXOS**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

915

**ANEXO A  
REPORTE DE DESVIACIONES**



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_ (1) \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_

DELEGACION: \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

IRREGULARIDADES DETECTADAS	ACCIONES PROPUESTAS	DATOS DEL PERSONAL INVOLUCRADO
4	5	6

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA (7)

\_\_\_\_\_  
FECHA DE ELABORACION (8)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**9. APLICACIÓN DE SANCIONES ADMINISTRATIVAS EN UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de**

**Página**

916

**Instructivo de formato:** Reporte de Desviaciones

**Clave del formato:**

**SMLM-04**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA	La denominación de la unidad Médica que expide la Licencia Médica.
2	CLAVE	Número asignado a la Unidad Médica que expide la licencia médica.
3	DELEGACIÓN	El nombre de la delegación a que corresponde la Unidad Médica.
4	IRREGULARIDADES DETECTADAS	La descripción de las irregularidades que se hayan identificado, y referir además, la documentación en donde se observen las desviaciones, ya sea nota médica, formato de licencia, Informe Diario de Labores del Médico, etc. Así como la participación del personal.
5	ACCIONES PROPUESTAS	Las propuestas para la solución de los problemas detectados, y/o en su caso, la aplicación de la normatividad y la investigación por parte de los órganos correspondientes (Órgano Interno de Control y Comité) y la aplicación de las sanciones que correspondan.
6	DATOS DEL PERSONAL INVOLUCRADO	Datos del médico y/o personal involucrado, nombre, clave, especialidad, consultorio, turno, datos de la cita, fecha.
7	NOMBRE Y FIRMA DEL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	El nombre y signar la firma del Director.
8	FECHA DE ELABORACIÓN	Día, mes y año de la elaboración del reporte.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

917

**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO  
EN CUNERO O ALOJAMIENTO CONJUNTO**



**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

918

**1. OBJETIVO**

DEFINIR LOS CONTROLES Y LOS MECANISMOS DE SEGURIDAD QUE DEBEN DE REALIZAR EL PERSONAL ADSCRITO Y EL DE VIGILANCIA QUE PERMITAN LA SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO Y DE LA MADRE EN LOS SERVICIOS DE CUNERO Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. EL MÉDICO OBSTETRA, AVISARÁ DEL NACIMIENTO Y/O DEL FALLECIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO A LOS FAMILIARES DENTRO DE LOS PRIMEROS 30 MINUTOS POSTERIORES A ESTE.
2. PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE IDENTIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO (SM-6-1), SE USARÁ LETRA DE MOLDE Y/O MÁQUINA, ADEMÁS DE TINTA INDELEBLE PARA LA IMPRESIÓN DE LAS HUELLAS PLANTARES DEL RECIÉN NACIDO.
3. TODO RECIÉN NACIDO DEBERÁ SER IDENTIFICADO EN LA SALA DE EXPULSIÓN CON UN BRAZALETE Y UN MEMBRETE EN EL TÓRAX, Y COMPLEMENTARIAMENTE A LA MADRE SE COLOCARÁ OTRO BRAZALETE QUE CONTENGA LOS MISMOS DATOS, QUE PODRÁN SER COTEJADOS EN LOS CONTROLES POSTERIORES.
4. EL BRAZALETE DEBERÁ CONTENER LOS SIGUIENTES DATOS: NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE, FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO, SEXO, TIPO DE PARTO, ESTATURA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO Y NÚMERO DE EXPEDIENTE.
5. EL RECIÉN NACIDO DEBERÁ SER MOSTRADO A LA MADRE EN LA SALA DE EXPULSIÓN PARA QUE LO IDENTIFIQUE O EN SU CASO SEÑALAR ALGUNA PARTICULARIDAD EN EL MISMO.
6. TODAS LAS ÁREAS DE NEONATOLOGÍA SERÁN DE ACCESO RESTRINGIDO Y TENDRÁN VIGILANCIA LAS 24 HORAS DEL DÍA, LOS 365 DÍAS DEL AÑO.
7. LA UNIDAD MÉDICA DEBERÁ ESTABLECER HORARIOS PARA INFORMES MÉDICOS, VISITAS Y EGRESOS DEL ÁREA DE CUNERO Y ALOJAMIENTO CONJUNTO.
8. LAS UNIDADES MÉDICAS FOMENTARÁN LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES QUE FORTALEZCAN EL PROGRAMA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO.
9. EL HORARIO IDEAL PARA EL EGRESO DEL RECIÉN NACIDO SERÁ A LAS 12:00 HRS.



**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	919

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	MÉDICO OBSTETRA	<p>Inicia el Procedimiento</p> <p>Atiende el parto y recibe al recién nacido</p> <p>¿Nació vivo?</p>
1.1		SÍ, Entrega recién nacido al Médico Pediatra. Continúa en la actividad No. 2
1.2		NO, En caso de óbito (recién nacido) o fallecimiento materno, extiende certificado de defunción. Enlazar con Procedimiento No. 13 "Expedición de Certificados de Defunción".
2	MÉDICO PEDIATRA	<p>Recibe y proporciona cuidados inmediatos al Recién Nacido:</p> <p>Aspiraciones de secreciones.</p> <p>Mide Temperatura.</p> <p>Ligadura del cordón umbilical.</p> <p>Somatometría.</p> <p>En caso de requerirlo, realiza maniobras de reanimación.</p>
3		Informa el sexo, estado general y muestra al Recién Nacido a la madre o algún familiar para reconocimiento. Entrega a la enfermera asignada al servicio de Expulsión.
4	ENFERMERA DE EXPULSIÓN	<p>Recibe al recién nacido y realiza:</p> <p>Profilaxis oftálmica.</p> <p>Limpieza.</p> <p>Identificación de brazalete y membrete en tórax al recién nacido con el de la madre.</p>
5		Anota en la libreta de Registros de Nacimientos el nombre completo de la madre, fecha y hora del nacimiento, sexo, tipo de parto, estatura y peso del recién nacido.

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



**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	920

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6	MÉDICO PEDIATRA	Elabora formato SM-6-1 "Hoja de Identificación" y formato SM-5-25 "Aviso de Nacimiento" y regresa al recién nacido con el Médico Pediatra.
7		Recibe al recién nacido junto con los formatos SM-6-1 y SM-5-25, elabora formato SM6-8 "Historia Clínica del Recién Nacido" firma formato anotando su nombre, clave y número de cédula profesional y entrega al recién nacido con documentación a enfermera asignada al servicio de expulsión.
8		Recibe al recién nacido e integra documentación requisitada al expediente de recién nacido y lo envía al Auxiliar Administrativo Continúa en la actividad No. 10.
9	ENFERMERA DE EXPULSIÓN	Entrega recién nacido a Médico Pediatra y al Médico Obstetra para valoración de la madre e hijo. Continúa en la actividad No. 11.
10	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	Recibe expediente integrado, obtiene 3 copias y distribuye: Original Relaciones Públicas. Copia 1 Bioestadística. Copia 2 Admisión. Copia 3 Archiva.
11	MÉDICO PEDIATRA	Recibe recién nacido y valoran a madre e hijo para realizar su traslado a cunero ó integrarlos al programa de alojamiento conjunto.
11.1		¿Traslado a cunero o alojamiento conjunto? Cunero: La enfermera traslada a recién nacido y lo entrega al área de cuneros. Continúa en la actividad No. 12.
11.2		A. Conjunto: La enfermera traslada al recién nacido y lo entrega al área de alojamiento conjunto. Continúa en la actividad No. 13.

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





**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	921

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
12	ENFERMERA DE NEONATOLOGÍA	<p>Recibe recién nacido, verifica los datos contenidos en el brazalete y el membrete de tórax con los de la madre y contra el formato SM-6-1.</p> <p>¿Son correctos los datos?</p>
12.1		<p>SÍ, Efectúa los registros en formato SM-6-13 "Tarjeta de Identificación del Recién Nacido y la Madre", formato SM-5-11 "Hoja de Enfermera" y en Libreta de registros de ingresos y egresos. Integra el expediente clínico del recién nacido. Continúa en la actividad No. 14.</p>
12.2		<p>NO, Realiza seguimiento retrospectivo con la Enfermera de Expulsión. Regresa a la actividad No. 8.</p>
13	ENFERMERA DEL SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO	<p>Recibe recién nacido, verifica los datos contenidos en el brazalete y el membrete de tórax con los de la madre y contra el formato SM-6-1.</p> <p>¿Son correctos los datos?</p>
13.1		<p>SÍ, Efectúa los registros en formato SM-6-13 "Tarjeta de Identificación del Recién Nacido y la Madre", formato SM-5-11 "Hoja de Enfermera" y en Libreta de registros de ingresos y egresos. Integra el expediente clínico del recién nacido. Continúa en la actividad No. 14.</p>
13.2		<p>NO, Realiza seguimiento retrospectivo con la Enfermera del servicio de Expulsión. Regresa a la actividad No. 8.</p>
14	PERSONAL DE VIGILANCIA	<p>Registra ingreso en libreta de control, restringe la entrada y salida de los recién nacidos sin una orden para garantizar la seguridad del Recién Nacido</p>
15	MÉDICO PEDIATRA	<p>Para determinar el egreso del recién nacido, valora su estado de salud y determina si procede el egreso.</p> <p>¿Procede la autorización de egreso?</p>

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



**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	922

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
15.1	ENFERMERA DE NEONATOLOGÍA	SÍ, Elabora formato SM-3-16 “Aviso de Alta” y lo entrega a enfermera del servicio de Neonatología. Continúa en la actividad No. 16.
15.2		NO, Da indicaciones al servicio de Neonatología para realizar tratamiento subsecuente hasta nueva valoración. Termina el Procedimiento en ésta actividad.
16		Recibe formato SM-3-16 e integra al expediente del recién nacido.
17		Elabora formato SM-5-21 “Confirmación de Egreso”, comunica a Trabajo Social y a Relaciones Públicas de la Unidad Médica.
18		Solicita identificación a los padres y verifica con la madre la identificación del recién nacido con el brazalete.
19	SERVICIO DE ADMISIÓN	Registra en la libreta de control de ingresos y egresos, recaba firma de la madre y entrega formato SM-5-25.
20		Acompaña a la madre junto con recién nacido y entrega expediente al Servicio de Admisión.
21		Recibe el expediente, firma de recibido en la libreta de control de ingresos y egresos de cunero o alojamiento conjunto y entrega copia del formato SM-5-21 a la madre.
22	MADRE DEL RECIÉN NACIDO	Firma libreta de control de ingresos y egresos del servicio de cunero o alojamiento conjunto.
23	PERSONAL DE VIGILANCIA	Recibe documentación del recién nacido y entrega copia del formato SM-5-21 al personal de vigilancia.
24		Coteja información y registra egreso en libreta de control de ingresos y egresos recabando nombre, firma e identificación de la enfermera del servicio y autoriza la salida
Termina el Procedimiento		

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



# 10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN CUNERO O ALOJAMIENTO CONJUNTO

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

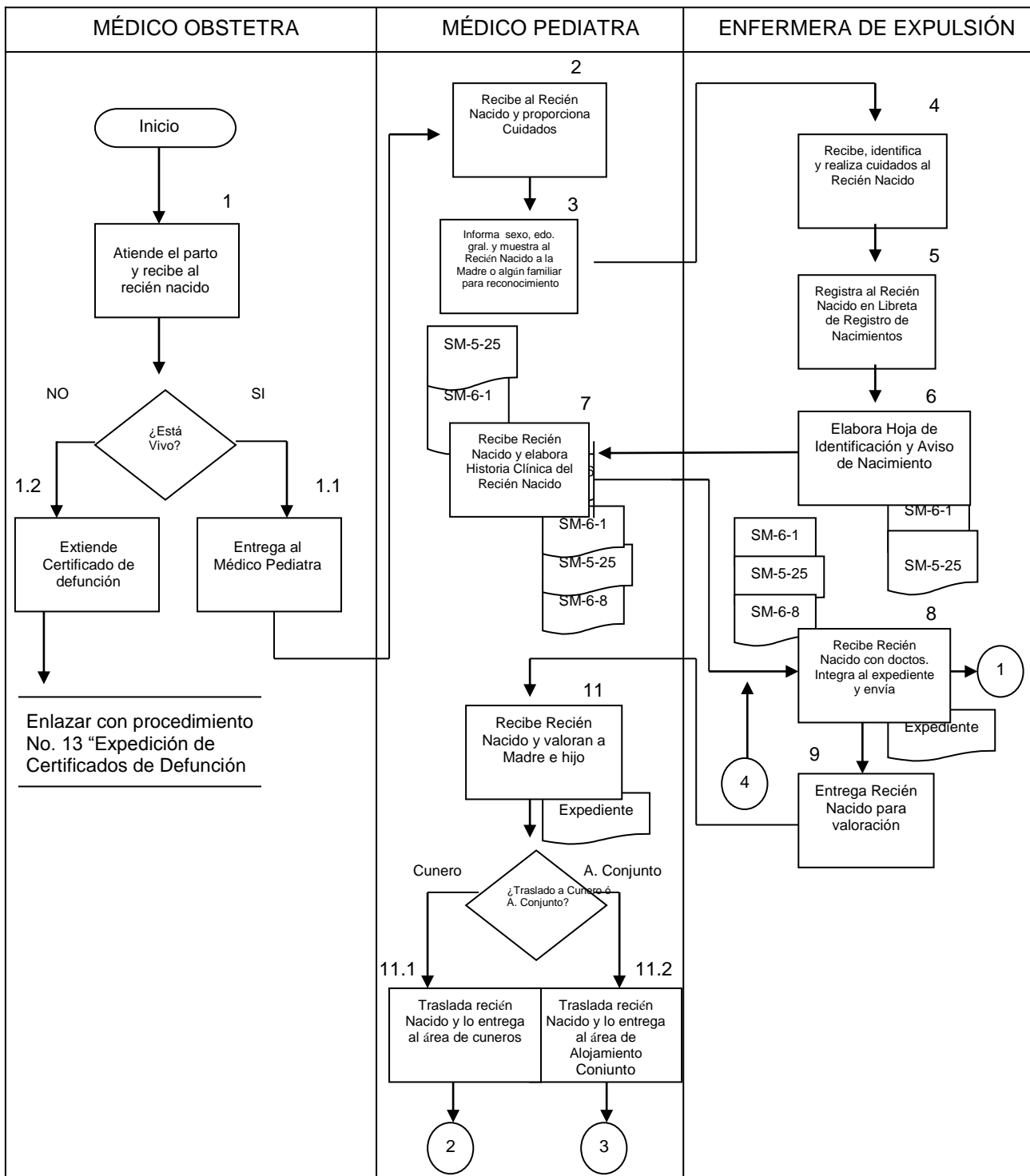
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

923

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO





# 10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN CUNERO O ALOJAMIENTO CONJUNTO

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

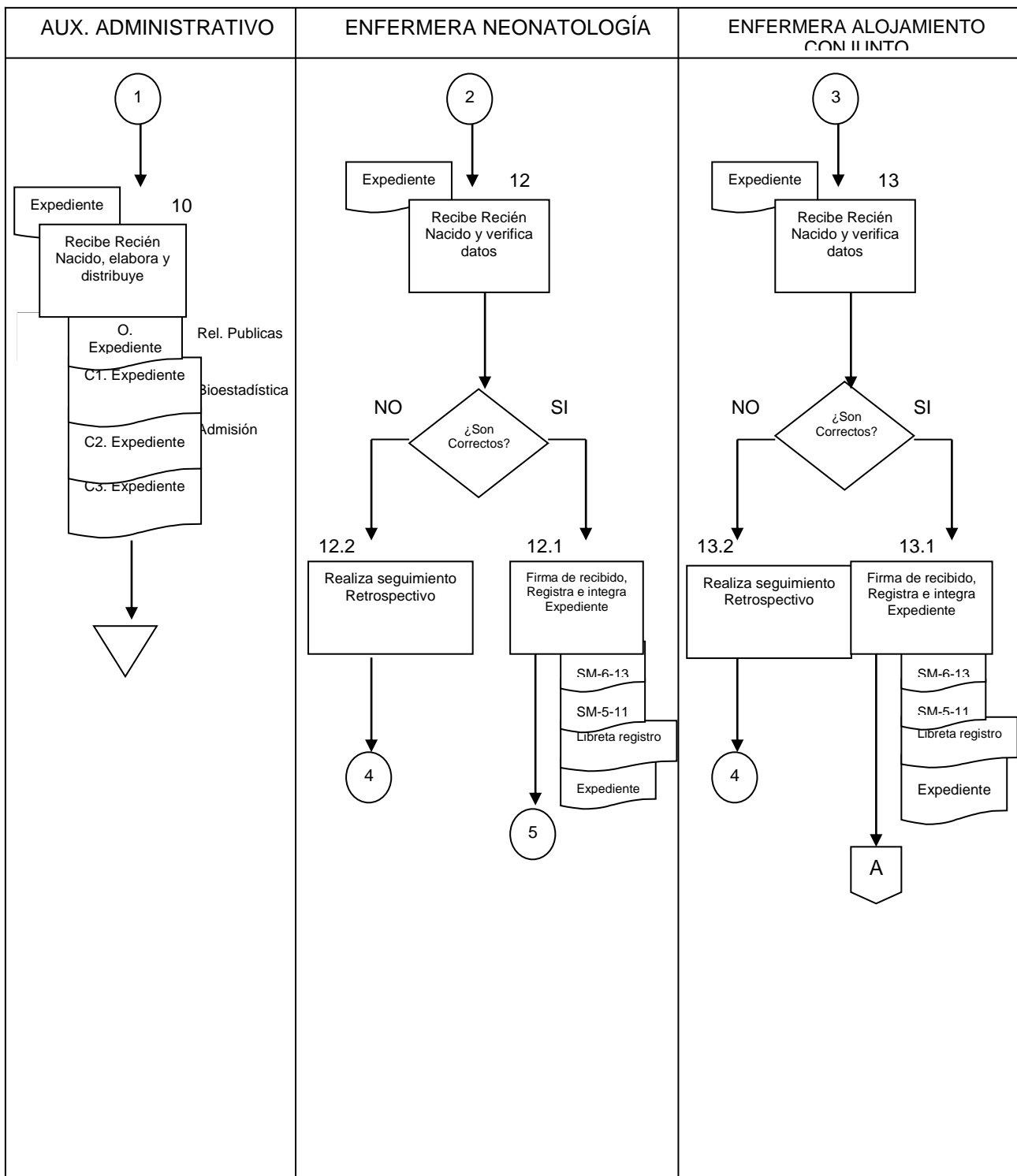
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

924



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



# 10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO EN CUNERO O ALOJAMIENTO CONJUNTO

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

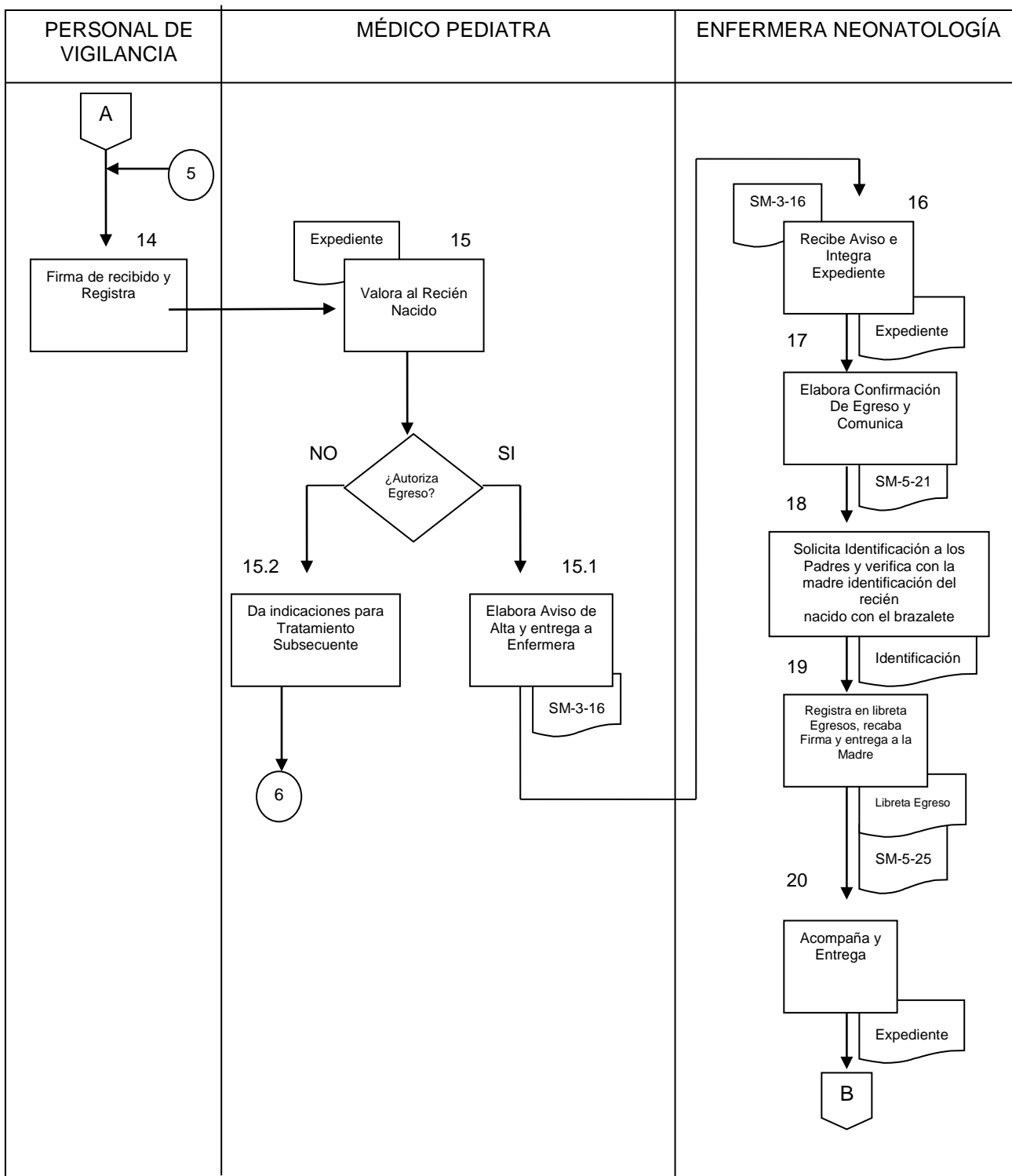
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

925



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

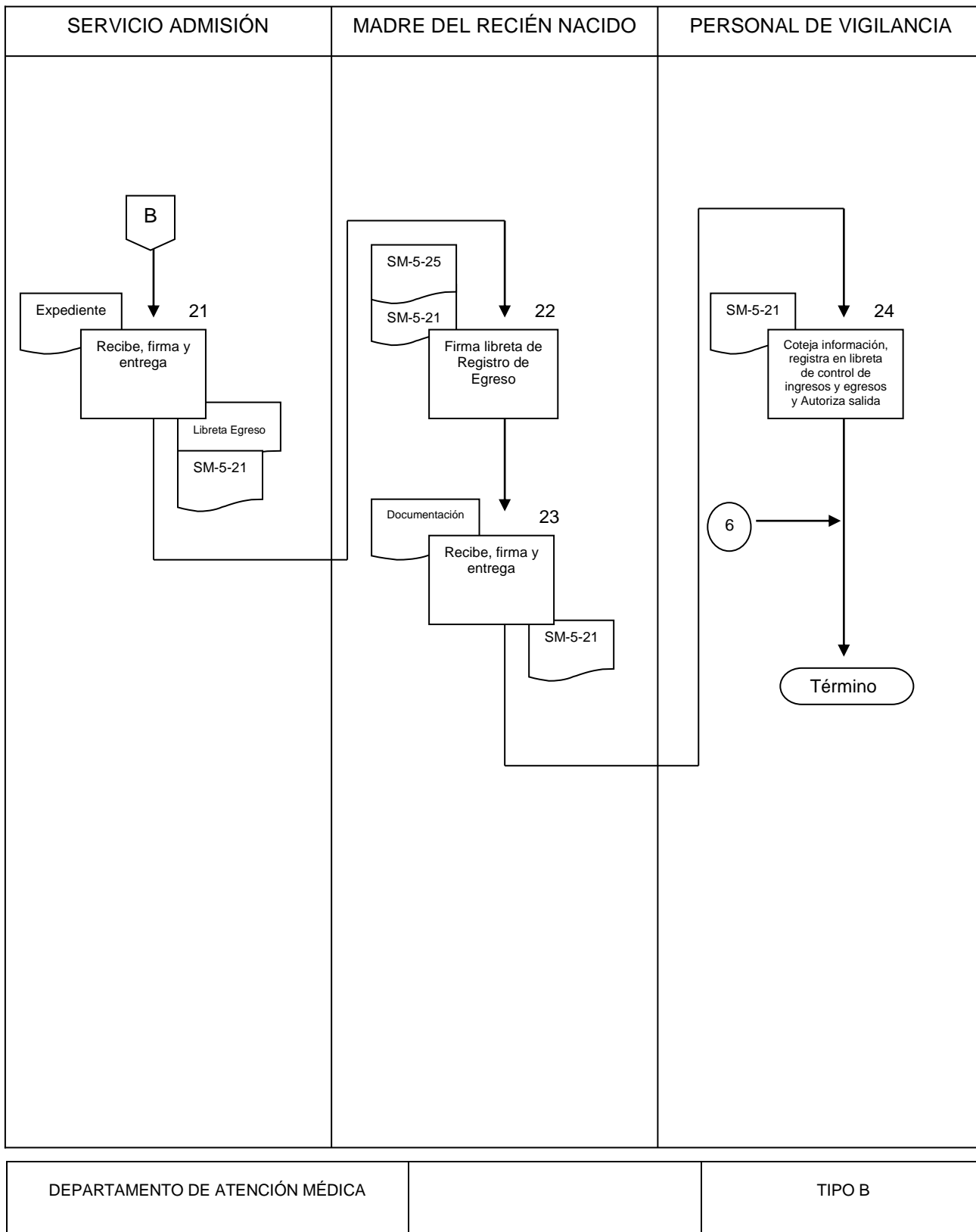
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

926





**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

927

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

1. Procedimiento de Expedición de Certificados de Defunción

**7. TÉRMINOS Y  
DEFINICIONES**

**8. ANEXOS**

- A. Formato SM-6-1 "Hoja de Identificación del Recién Nacido".\*
- B. Formato SM-5-25 "Aviso de Nacimiento".\*
- C. Formato SM-6-8 "Historia Clínica del Recién Nacido".\*
- D. Formato SM-5-11 "Hoja de la Enfermera del Servicio de Pediatría y Cunero".\*
- E. Formato SM-6-13 "Tarjeta de Identificación del Recién Nacido y la Madre".\*
- F. Formato SM-3-16 "Aviso de Alta".\*
- G. Formato SM-5-21 "Confirmación de Egreso".\*

*\* Solicitar formatos e instructivos al Área Normativa correspondiente.*

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**10. CONTROL Y SEGURIDAD DEL  
RECIÉN NACIDO EN CUNERO O  
ALOJAMIENTO CONJUNTO**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

928

## **8. ANEXOS**





11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

929

## 11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

930

**1. OBJETIVO**

ESTABLECER LOS LINEAMIENTOS TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS QUE DEBEN REALIZAR LAS UNIDADES HOSPITALARIAS PARA LA SOLICITUD Y SUMINISTRO DE MARCAPASOS CARDIACOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS, CON EL FIN DE ABASTECER LA DEMANDA, REDUCIR LAS QUEJAS DEL DERECHOHABIENTE Y OPTIMIZAR LOS RECURSOS DE LA INSTITUCIÓN

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

**DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA**

1. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA RECIBIRÁ OFICIO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS DONDE INFORMARÁ SOBRE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL PARA LA ADQUISICIÓN DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS.
2. LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, BASÁNDOSE EN LA DEMANDA DE IMPLANTE Y EL PRESUPUESTO AUTORIZADO SOLICITARÁ A LA SUBDIRECCIÓN DE ABASTO DE INSUMOS MÉDICOS LA ADQUISICIÓN DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS, INCORPORANDO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS COMPLETAS DE ACUERDO AL CUADRO BÁSICO Y EN LAS CANTIDADES MÍNIMAS Y MÁXIMAS POR PARTIDA, CONFORME AL PROCEDIMIENTO VIGENTE.
3. LA SUBDIRECCIÓN DE ABASTO DE INSUMOS MÉDICOS DEBERÁ INFORMAR A LAS SUBDIRECCIONES DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, DE PLANEACIÓN Y EVALUACIÓN, DE INFRAESTRUCTURA Y DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SOBRE LAS EMPRESAS CONTRATADAS, PARTIDAS ADJUDICADAS, MARCAS Y COSTOS DE ADJUDICACIÓN, REMITIENDO COPIAS DE LOS CONTRATOS.
4. LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD SERÁ LA RESPONSABLE DE ENVIAR OFICIO CIRCULAR A LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS Y A LAS UNIDADES HOSPITALARIAS DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN INFORMANDO SOBRE LAS EMPRESAS CONTRATADAS, PARTIDAS ADJUDICADAS, MARCAS Y COSTOS DE ADJUDICACIÓN, ASÍ COMO LOS COMPROMISOS DE PAGO AL PROVEEDOR.
5. LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD SERÁ LA RESPONSABLE DE LLEVAR EL CONTROL DE LAS SOLICITUDES DE LOS INSUMOS IMPLANTADOS, LAS CANCELACIONES Y LA REPROGRAMACIÓN DE LAS CIRUGÍAS.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

931

6. LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD, DEBERÁ INFORMAR A LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A TRAVÉS DEL ACTA ADMINISTRATIVA DE INCUMPLIMIENTO, SOBRE LOS DÍAS DE ATRASO (MENOS DE 21 DÍAS) IMPUTABLES AL PROVEEDOR, PARA QUE SE EFECTÚE LA APLICACIÓN DE LAS SANCIONES CONFORME A LO QUE ESTABLECEN LAS BASES DE LICITACIÓN CORRESPONDIENTE

**DE LA UNIDAD HOSPITALARIA**

7. LOS OFICIOS DE SOLICITUD Y FORMATOS ESTABLECIDOS EN ESTE PROCEDIMIENTO, SERÁN FIRMADOS POR EL MÉDICO CIRUJANO QUE EFECTUARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, EL JEFE DEL SERVICIO O EL COORDINADOR DE CIRUGÍA, O EN SU CASO, EL SELLO DE LA DIRECCIÓN O DE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA.
8. NO SERÁN TRAMITADOS LOS FORMATOS DE SOLICITUD DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS QUE NO ESTÉN DEBIDAMENTE REQUISITADOS.
9. LA SOLICITUD DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS DEBERÁ REALIZARSE EN UN PLAZO MÍNIMO DE 24 HORAS PARA EL DISTRITO FEDERAL Y 48 HORAS PARA EL ÁREA FORÁNEA, ANTES DE LA PROGRAMACIÓN DE LA CIRUGÍA.
10. LOS MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y LAS ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS NO REQUERIRÁN RECIBIR LOS CONTROLES DE INVENTARIO Y ESTERILIZACIÓN DE LA CENTRAL DE EQUIPO Y ESTERILIZACIÓN (CEYE) DE LA UNIDAD HOSPITALARIA, SOLO EL DE RECEPCIÓN E IMPLANTE, DEBIDO A QUE ES EL PROVEEDOR QUIEN SE ENCARGA DE PROPORCIONAR EL INSUMO EN OPTIMAS CONDICIONES PARA SU IMPLANTE.
11. POR NINGÚN MOTIVO DEBERÁ PERMANECER EL INSUMO EN POSESIÓN DE LA UNIDAD MÉDICA CON EL PROPÓSITO DE IMPLANTARLO POSTERIORMENTE, PARA NO INCURRIR EN UNA FALTA DE LOS INSUMOS POR EXTRAÍO.
12. SI LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO SE EFECTÚA EN UN TIEMPO PERENTORIO DE 5 DÍAS NATURALES A LA FECHA PROBABLE DE LA CIRUGÍA QUE SE ASIENTA EN EL FORMATO DE SOLICITUD DE MARCAPASOS CARDIACOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS ENVIADO VÍA FAX AL PROVEEDOR, SE DEBERÁ CANCELAR Y PARA SU REPROGRAMACIÓN SE INICIA EL PROCEDIMIENTO.
13. SERÁ RESPONSABILIDAD DE LA UNIDAD HOSPITALARIA LA LIQUIDACIÓN DE LAS FACTURAS CORRESPONDIENTE A LOS MARCAPASOS CARDIACOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS, EN CASO DE NO HABER SIDO CANCELADA O REPROGRAMADA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

932

14. LA UNIDAD HOSPITALARIA LEVANTARÁ ACTA ADMINISTRATIVA DE INCUMPLIMIENTO (ANEXO 7) EN UN PLAZO NO MAYOR DE 48 HORAS, MISMA QUE DEBERÁ ENVIAR A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, CUANDO EL PROVEEDOR NO CUMPLA EN LA ENTREGA DEL INSUMO CON LAS CARACTERÍSTICAS SOLICITADAS, EN LA FECHA PROGRAMADA O EL EQUIPO DE APOYO SE ENCUENTRE EN MALAS CONDICIONES.
15. CUANDO LA UNIDAD HOSPITALARIA NO LEVANTE Y REMITA EL ACTA ADMINISTRATIVA CORRESPONDIENTE EN EL PLAZO ESTABLECIDO, SERÁ SUJETA A LAS SANCIONES CONFORME LO ESTABLECE LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS.
16. LA UNIDAD HOSPITALARIA DEBERÁ COMUNICAR OFICIALMENTE VÍA FAX, A LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD EL NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LLEVAR EL CONTROL ADMINISTRATIVO DE LOS IMPLANTES, QUIEN ADEMÁS DEBERÁ INFORMAR SOBRE LA CANCELACIÓN DE LA CIRUGÍA Y REPROGRAMACIÓN RESPECTIVA.
17. LA UNIDAD HOSPITALARIA RECIBIRÁ DEL PROVEEDOR, DOS HORAS ANTES EL MARCAPASO CARDIACO O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICA, ASÍ COMO LA ASISTENCIA TÉCNICA Y EL INSTRUMENTAL MÉDICO COMPLETO Y EN ÓPTIMAS CONDICIONES.



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	933

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA	Recibe de Subdirección General de Finanzas oficio de asignación de la partida correspondiente a marcapasos cardiacos definitivos y/o endoprótesis ortopédicas y solicita a través de oficio a la Subdirección de Abasto de Insumos Médicos, realice el procedimiento de adquisiciones con base en las necesidades estimadas, anexando copia de oficio de asignación.
2	SUBDIRECCIÓN DE ABASTO DE INSUMOS MÉDICOS	Recibe oficio de solicitud del procedimiento de adquisiciones y copia de oficio de asignación, lleva a cabo el procedimiento de adjudicación aplicando la normatividad vigente, efectúa la adquisición de marcapasos cardiacos definitivos y endoprótesis ortopédicas, bajo la mecánica de contratos abiertos, ajustándose a la asignación presupuestal.
3		Elabora y envía oficio informando a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud y a la Subdirección de Planeación de la Subdirección General Médica sobre las empresas y las partidas las cuales resultaron adjudicadas en el procedimiento de adquisición, archiva oficios de solicitud y copia de asignación.
4	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	Recibe oficio con la información de los resultados adjudicados, elabora y envía a las unidades hospitalarias en oficio circular con el nombre de las empresas y partidas que resultaron adjudicadas, los compromisos y procedimiento de pago al proveedor.
5	UNIDAD HOSPITALARIA SOLICITANTE	Recibe oficio circular junto con anexos, envía vía fax formato SM-1SM "Solicitud de Marcapasos Cardiacos Definitivos" y/o formato SM-2SE "Solicitud de Endoprótesis Ortopédicas" debidamente requisitadas de acuerdo a descripción de las partidas conferidas, a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.

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



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					934

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	Recibe vía fax el formato SM-1SM y/o formato SM-2SE, registra en carpeta de control de implantes y asigna número de folio consecutivo.
7		Elabora y envía a la Subdirección de Administración de Servicios de Salud formato SM-3AI "Autorización del Implante" y anexa copia de solicitud de implante y copia de oficio de asignación.
8	SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, JEFATURA DE SERVICIOS DE EJECUCIÓN DE PROYECTOS DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA	Recibe el formato SM-3AI junto con anexos y verifica si hay piezas disponibles de acuerdo a lo convenido en el contrato respectivo.
		¿Existencia de piezas?
8.1		NO, Elabora oficio donde informa que no hay piezas disponibles del insumo y lo remite a la Subdirección de Regulación de Atención a Salud. Continúa en la actividad No. 9.
8.2		SÍ, Envía por fax al proveedor el formato SM-3AI, verifica telefónicamente su recepción y lo turna a la Subdirección de Regulación de Atención a Salud. Continúa en la actividad No. 11.
9	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	Recibe oficio de que no hay piezas disponibles, elabora oficio de negativa y envía a la unidad hospitalaria solicitante.
10	UNIDAD HOSPITALARIA SOLICITANTE	Recibe oficio de negativa y realiza adjudicación directa de marcapaso cardiaco definitivo y/o endoprótesis ortopédica con recursos propios de la unidad hospitalaria. (Archiva documentación).
11	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	Recibe fax y notifica a la Unidad Hospitalaria solicitante que su solicitud fue turnada al proveedor, ratificando número de folio asignado por la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.

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



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					935

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
12	UNIDAD HOSPITALARIA SOLICITANTE	Recibe vía telefónica la ratificación del folio, elabora formato SM-4CI "Confirmación de Implante al Proveedor" y lo envía fax sobre el tipo de insumo solicitado, fecha y hora de la cirugía, con acuse de recibo y número de folio.
13	PROVEEDOR	Recibe los formatos SM-3AI y SM-4CI, se comunica con la Unidad Hospitalaria para ponerse de acuerdo en la entrega del marcapaso cardiaco definitivo y/o endoprótesis ortopédica en la fecha programada de la cirugía.
14	UNIDAD HOSPITALARIA SOLICITANTE	Recibe información y se pone de acuerdo con el proveedor adjudicado sobre las acciones para la recepción del marcapaso cardiaco y/o endoprótesis ortopédica en la Unidad Hospitalaria.
15	PROVEEDOR	Entrega el marcapaso cardiaco definitivo y/o endoprótesis ortopédica en la fecha programada de la cirugía, proporcionan asistencia técnica e instrumental médico requerido a las Unidades Hospitalarias Estatales y Regionales.
16	UNIDADES HOSPITALARIAS DE LAS DELEGACIONES ESTATALES Y REGIONALES	Reciben el marcapaso cardiaco y/o endoprótesis ortopédica, la asistencia técnica y el instrumental médico completo por parte del proveedor y en óptimas condiciones.
17	UNIDADES HOSPITALARIAS DE LAS DELEGACIONES ESTATALES Y REGIONALES	Realiza el implante, envía por fax a la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, el formato SM-5Col "Control de Implante" con las etiquetas del marcapaso cardiaco definitivo y/o endoprótesis ortopédica.
18	SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD	Recibe vía fax formato SM-5Col con etiquetas y turna a la Subdirección de Administración de Servicios de Salud. Archiva copia de Control de Implante.
Termina el Procedimiento		

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



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

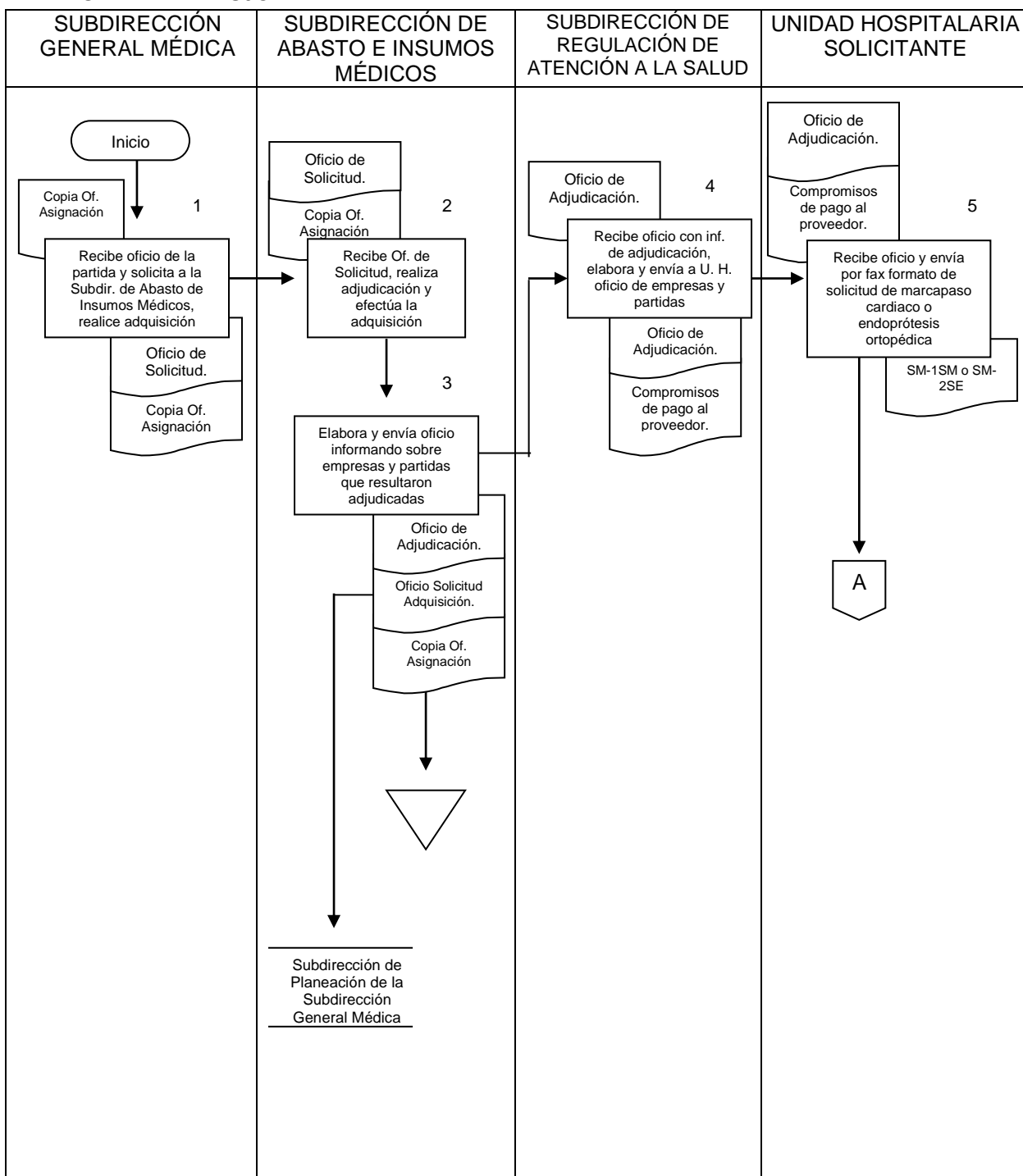
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

936

**4. DIAGRAMA DE FLUJO.**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

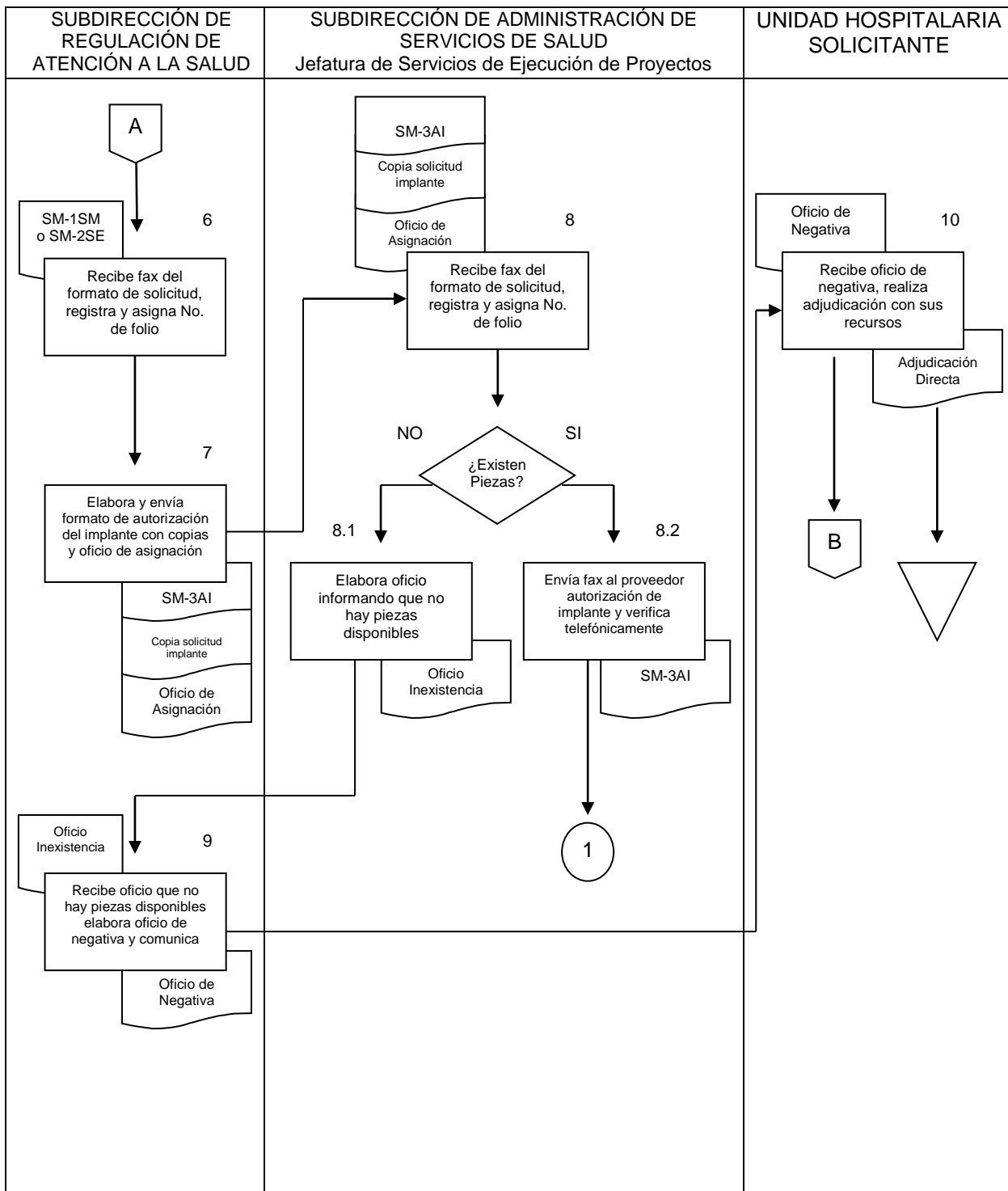
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

937



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

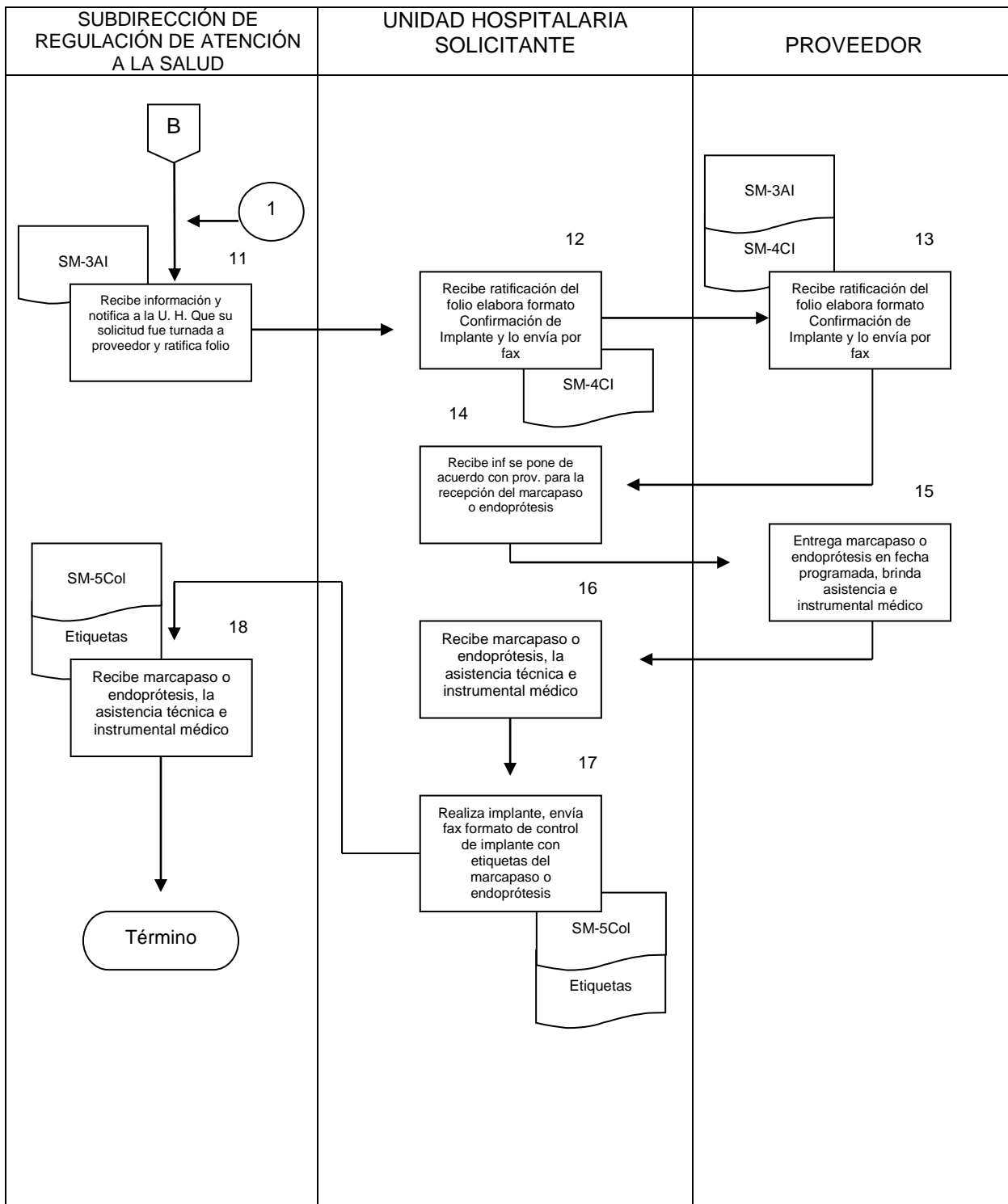
**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

938



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

939

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y  
DEFINICIONES**

**8. ANEXOS**

1. Formato SM-1SM "Solicitud de Marcapasos Cardiacos Definitivos"
2. Formato SM-2SE "Solicitud e Endoprótesis Ortopédicas"
3. Formato SM-3AI "Formato de Autorización"
4. Formato SM-4CI "Confirmación de Implante al Proveedor"
5. Formato SM-5Col "Control de Implante"
6. Formato SM-6CaI "Cancelación de Implante"
7. Acta Administrativa

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

940

## 8. ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

941

**ANEXO 1**



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

FOLIO No. 1

**SOLICITUD DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS**

DELEGACIÓN: 2 FECHA DE SOLICITUD: 3

UNIDAD MÉDICA: 4

**DATOS DEL PACIENTE:**

NOMBRE: 5 EDAD: 6

CÉDULA: 7 SEXO: MASC. FEM. 8

DIAGNOSTICO: 9

**DATOS DE LA CIRUGÍA:**

FECHA PROGRAMADA: 10

NOMBRE DEL CIRUJANO: 11

**INSUMO SOLICITADO:**

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN
<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>

15  
NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO

16  
Vo. Bo.  
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
O SUBDIRECTOR MÉDICO  
O SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
(FIRMA Ó SELLO)

17  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIOS  
O DEL COORDINADOR DE CIRUGÍA

SM-1SM

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

942

**ANEXO 2**



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

**SOLICITUD DE ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS**

DELEGACIÓN: 2 FECHA DE SOLICITUD: 3

UNIDAD MÉDICA: 4

**DATOS DEL PACIENTE:**

NOMBRE: 5 EDAD: 6

CÉDULA: 7 SEXO: MASC. 8 FEM. 8

DIAGNOSTICO: 9

**DATOS DEL LA CIRUGÍA:**

FECHA PROGRAMADA: 10

NOMBRE DEL CIRUJANO: 11

**INSUMO SOLICITADO:**

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCION
<u>12</u>	<u>13</u>	<u>14</u>

15  
NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO

16  
Vo. Bo.  
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
O SUBDIRECTOR MÉDICO  
O SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
(FIRMA O SELLO)

17  
NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIOS  
O DEL COORDINADOR DE CIRUGÍA

SM-2SE

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

943

**Instructivo de formato:** Solicitud de Marcapasos Cardiacos y/o Endoprótesis  
Ortopédicas

**Clave del formato:**  
**SM-1SM SM-2SE**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO NO.	El número progresivo que le asignará la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, cuando confirmen la recepción de la solicitud.
2	DELEGACIÓN	Nombre de la delegación a la que esté adscrito el hospital.
3	FECHA DE SOLICITUD	El día, mes y año en el que se elabore la solicitud.
4	UNIDAD MÉDICA DATOS DEL PACIENTE	El tipo y nombre del hospital.
5	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombre (s)
6	EDAD	El número de años cumplidos
7	CÉDULA	El número de expediente completo
8	SEXO	Señalar con una cruz el sexo que corresponda al paciente
9	DIAGNÓSTICO DATOS DE LA CIRUGÍA	El diagnóstico definitivo que se obtenga del expediente clínico
10	FECHA PROGRAMADA	Fecha probable de la cirugía
11	NOMBRE DEL CIRUJANO INSUMO SOLICITADO	Nombre completo del médico cirujano que realizará el implante
12	PARTIDA	Número progresivo que se le asigna a cada partida y que se les da a conocer cuando se les comunica el fallo de la licitación internacional
13	CLAVE	Número que se le asigna a cada partida y que se les da a conocer cuando se les comunica el fallo de la licitación internacional

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



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

944

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
14	DESCRIPCIÓN	La misma descripción del insumo que se les da a conocer cuando se les comunica el fallo de la licitación internacional.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO	Deberá anotarse el nombre completo y la firma del médico responsable de realizar el implante.
16	VO.BO. DIRECTOR DEL HOSPITAL O SUBDIRECTOR MÉDICO O SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO (FIRMA O SELLO)	Se podrán poner cualquiera de las 3 firmas de los Directivos del Hospital y en ausencia de estos solo es necesario el sello, que podrá poner la secretaria de cualquiera de ellos.
17	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIOS O DEL COORDINADOR DE CIRUGÍA	Registrar según sea el caso el nombre completo y la firma del Jefe del Servicio o del Coordinador de Cirugía del Hospital.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

945

**ANEXO 3**



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA  
SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN**

**FOLIO:**

1

**FECHA:**

2

**SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN  
DE SERVICIOS DE SALUD  
PRESENTE**

3

**ASUNTO:**

4

**NOMBRE:**

5

**EDAD:**

6

**CÉDULA:**

7

**DIAGNOSTICO:**

8

**UNIDAD MÉDICA:**

9

**FECHA PROBABLE DE  
CIRUGÍA:**

10

**NOMBRE DEL CIRUJANO:**

11

**INSUMO SOLICITADO:**

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCION
12	12	12

**ATENTAMENTE  
EL SUBDIRECTOR**

13

SM-3AI

**DR.**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

946

**Instructivo de formato:** Formato de Autorización

**Clave del formato:**  
**SM-3AI**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO NO.	El número progresivo que se le asigna, de acuerdo a la relación de folios, la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.
2	FECHA	Registrar el día, mes y año en que se elabora el documento.
3	SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO MÉDICO	Nombre completo del titular de la Subdirección de Administración del fondo médico Subdirección General Médica.
4	ASUNTO	El texto de la solicitud de suficiencia presupuestal, para el abasto del insumo solicitado.
5	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombre (s) del paciente.
6	EDAD	Número de años cumplidos.
7	CÉDULA	Número de expediente completo del paciente.
8	DIAGNÓSTICO	Diagnóstico definitivo que se obtenga del expediente clínico.
9	HOSPITAL	Tipo y nombre del hospital solicitante.
10	FECHA PROBABLE DE LA CIRUGÍA	Fecha programada por el hospital para la cirugía.
11	NOMBRE DEL CIRUJANO	Nombre completo del médico cirujano que realizará el implante.
12	TEXTO	Texto de la descripción, clave y número de partida del insumo solicitado.
13	ATENTAMENTE	Nombre y firma del Subdirector de Regulación de Atención a la Salud.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

947

**ANEXO 4**



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

FOLIO No. \_\_\_\_\_

1

**FORMATO DE CONFIRMACIÓN DE IMPLANTE AL PROVEEDOR**

DELEGACIÓN: 2 FECHA DE SOLICITUD: 3

UNIDAD MÉDICA: 4

**DATOS DEL PACIENTE:**

NOMBRE: 5 EDAD: 6

CÉDULA: 7 SEXO: MASC. 8 FEM. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: 9

**DATOS DE LA CIRUGÍA:**

FECHA PROGRAMADA: 10

NOMBRE DEL CIRUJANO: 11

**INSUMO SOLICITADO:**

PARTIDA	CLAVE	DESCRIPCIÓN
12	13	14

15

NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO

16

Vo. Bo.  
DIRECTOR DEL HOSPITAL  
O SUBDIRECTOR MÉDICO  
O SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO  
(Firma y Sello)

17

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIOS  
O DEL COORDINADOR DE CIRUGÍA

SM-4CI

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

948

**Instructivo de formato:** Confirmación de Implante al Proveedor

**Clave del formato:**  
**SM-4CI**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO No.	El número progresivo que le asignará la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, cuando confirmen la recepción de la solicitud.
2	DELEGACIÓN	Nombre de la delegación a la que está adscrito el hospital.
3	FECHA DE SOLICITUD	Día, mes y año en que se elabore la solicitud.
4	UNIDAD MÉDICA	Tipo y nombre del hospital.
	<u>DATOS DEL PACIENTE</u>	
5	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombre (s).
6	EDAD	Número de años cumplidos.
7	CÉDULA	Número de expediente completo.
8	SEXO	Señalar con una "x" el sexo que corresponda al paciente.
9	DIAGNÓSTICO	Diagnóstico definitivo que se obtenga del expediente clínico.
	<u>DATOS DE LA CIRUGÍA</u>	
10	FECHA PROGRAMADA	Día, mes y año en que se realizará la cirugía.
11	NOMBRE DEL CIRUJANO	Nombre completo del médico cirujano que realizará el implante.
	<u>INSUMO SOLICITADO</u>	
12	PARTIDA	Número progresivo que se le asigna a cada partida y que se les da a conocer cuando se les comunica el fallo de la licitación internacional.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO DIRECTO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	
					949

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
13	CLAVE	Número que se le asigna a cada partida y que se les da a conocer cuando se les comunica el fallo de la licitación internacional.
14	DESCRIPCIÓN	Misma descripción del insumo que se les da a conocer cuando se les comunica el fallo de la licitación internacional.
15	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO	Deberá anotarse el nombre completo y la firma del responsable médico de realizar el implante.
16	Vo.Bo. DIRECTOR DEL HOSPITAL O SUBDIRECTOR MÉDICO O SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO (FIRMA O SELLO)	Se podrán poner cualquiera de las 3 firmas de los Directivos del Hospital y en ausencia de estos solo es necesario el sello, que podrá poner la secretaria de cualquiera de ellos.
17	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIOS O DEL COORDINADOR DE CIRUGÍA	Registrar según sea el caso el nombre completo y la firma del Jefe del Servicio o del Coordinador de Cirugía del Hospital.

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



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

950



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

**ANEXO 5**

FOLIO No. \_\_\_\_\_

1

**CONTROL DE IMPLANTE**

UNIDAD MÉDICA: \_\_\_\_\_

2

DATOS DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

3

CÉDULA: \_\_\_\_\_

4

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

5

MATERIAL IMPLANTADO: \_\_\_\_\_

6

NOMBRE DEL CIRUJANO: \_\_\_\_\_

7

FECHA DE IMPLANTE: \_\_\_\_\_

8

HORA DE IMPLANTE: \_\_\_\_\_

9

ETIQUETAS

10

ETIQUETAS

ETIQUETAS

11

NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO

12

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA  
EMPRESA

SM-5Col

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

951

**Instructivo de formato:** Control de Implante

**Clave del formato:**  
**SM-5Col**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO NO.	Número progresivo que le asignará la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud, cuando confirmen la recepción de la solicitud.
2	UNIDAD MÉDICA	Tipo y nombre del hospital.
3	DATOS DEL PACIENTE	Apellido paterno, materno y nombre (s).
4	CÉDULA	Número completo del expediente clínico.
5	DIAGNÓSTICO	El diagnóstico definitivo que se obtenga del expediente clínico.
6	MATERIAL IMPLANTADO	Descripción del insumo implantado.
7	NOMBRE DEL CIRUJANO	El nombre completo del médico cirujano que realizará el implante.
8	FECHA DEL IMPLANTE	La fecha en que se realizó el implante.
9	HORA DEL IMPLANTE	La hora en que se realizó el implante.
10	ETIQUETAS	Se deberán pegar todas las etiquetas originales que lleve el implante.
11	NOMBRE Y FIRMA DEL CIRUJANO	Deberá anotarse el nombre completo y la firma del responsable médico de realizar el implante.
12	NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA	Deberá anotarse el nombre completo y la firma del representante de la empresa con la que se realizó la licitación para la adquisición del insumo.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

952

**Anexo 6. Formato SM-6Cal "Cancelación del Implante"**



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

**ANEXO 6**

**FOLIO:**

1

**FECHA:**

2

3

SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN  
DE SERVICIOS DE SALUD  
**P R E S E N T E**

1.- ENDOPRÓTESIS

4

2. - MARCAPASOS

4

SUBDIRECCIÓN SOLICITANTE:	SUBDIRECCION DE REGULACION DE ATENCION A LA SALUD
FOLIO DE LA(S) SOLICITUD(ES):	5
PARTIDA(S) SOLICITADA(S):	6
FECHA:	7
MOTIVO DE LA CANCELACION:	8
NOMBRE DEL PACIENTE:	9
UNIDAD MÉDICA:	10
OBSERVACIONES:	11

**A T E N T A M E N T E**  
**EL SUBDIRECTOR**

**DR.**

12

SM-6Cal

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

953

**Instructivo de formato:** Cancelación de Implante

**Clave del formato:**  
**SM-6Cal**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO NO.	El número progresivo que asigna la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud., de acuerdo a su relación de folios,
2	FECHA	Registrar el día, mes y año en que se cancela el implante.
3	SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DEL FONDO MÉDICO	Nombre completo del titular de la Subdirección de Administración del Fondo Médico de la Subdirección General Médica.
4	CANCELACIÓN	Marcar con una cruz el tipo de insumo que fue cancelado.
5	FOLIO	No. de folio que por parte de la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud se solicitó el insumo.
6	PARTIDA	El número progresivo que se le asigna a cada partida y que se les da a conocer cuando se les comunica el fallo de la licitación internacional.
7	FECHA	Registrar el día, mes y año en que se solicitó el implante.
8	MOTIVO DE LA CANCELACIÓN	Deberá anotarse el motivo y por parte de quien fue cancelado el implante: unidad hospitalaria, proveedor o paciente.
9	NOMBRE DEL PACIENTE	Apellido paterno, materno y nombre (s).
10	UNIDAD MÉDICA	El tipo y nombre del hospital, así como Delegación Estatal o Regional.
11	OBSERVACIONES	La fecha programada por el hospital para la cirugía.
12	ATENTAMENTE	Registrar el título el Subdirector y la firma del Subdirector de Regulación de Atención a la Salud.

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



11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

954

ANEXO 7



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

### ACTA ADMINISTRATIVA

SUBDELEGACIÓN MÉDICA DE:

1

UNIDAD HOSPITALARIA:

2

ACTA ADMINISTRATIVA POR EL INCUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROVEEDOR EN EL  
SUMINISTRO OPORTUNO DE MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVO Y/O ENDOPRÓTESIS  
ORTOPÉDICAS, CON BASE A LAS ESPECIFICACIONES CONTRACTUALES.

EN LA CIUDAD DE 3, SIENDO LA S

4 HORAS DEL DÍA DE DEL AÑO DOS MIL

UNIEON EN 5

6, SITO

EN

7, SE REUNIERON EL C.

8

INTERVIENEN COMO TESTIGOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

955



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

### ACTA ADMINISTRATIVA

QUIENES SEÑALAN QUE FUE SUSPENDIDA LA CIRUGÍA DE TIPO 9  
PROGRAMADA  
PARA EL DÍA 10, NOMBRE DE EL (LA) PACIENTE 11 CON FOLIO DE  
AUTORIZACIÓN 12, MOTIVO DEL  
REGISTRO DE AFILIACIÓN 13, MOTIVO DEL  
INCUMPLIMIENTO: 14  
NO SE PRESENTO EL PROVEEDOR A LA FECHA Y HORA PROGRAMADA 15  
II. INSUMOS E INSTRUMENTAL INCOMPLETO 16  
III. MARCAPASOS CARDIACOS DEFINITIVO Y/O ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS  
INCORRECTO DE ACUERDO A LO SOLICITADO 17  
IV. CANCELACIÓN POR PARTE DEL PROVEEDOR 18  
V. OTROS 19

15

HECHOS

16

ACUERDOS

1. REPROGRAMACIÓN DE IMPLANTE 17 FECHA Y HORA 18  
2. CANCELACIÓN DEL IMPLANTE 19 CAUSA 20  
3. OTROS 21

17

CIERRE DEL ACTA

PREVIA LECTURA DE LA PRESENTE Y NO HABIENDO MAS QUE HACER CONSTAR, SE DA  
POR CONCLUIDA A LAS 22 HORAS DEL DÍA DE SU INICIO, FIRMANDO  
PARA CONSTANCIA EN TODAS SUS FOJAS AL MARGEN Y AL CALCE LOS QUE EN ELLA  
INTERVINIERON 23

FIRMAS

18



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

956

**Instructivo de formato:** Acta Administrativa

**Clave del formato:**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Subdelegación Médica Regional o Estatal correspondiente a la unidad hospitalaria.
2	UNIDAD HOSPITALARIA	Tipo de unidad: Clínica Hospital; Hospital General u Hospital Regional y el nombre correspondiente.
3	CIUDAD	Nombre completo de la región o entidad, así como la ciudad donde se encuentra ubicada la unidad hospitalaria.
4	FECHA	Hora, día, mes y año en que se elabora el acta.
5	SE REUNIERON EN	Lugar, servicio o área donde se levanta el acta administrativa.
6	SITO	Dirección completa de la unidad hospitalaria donde se levanta el acta administrativa.
7	SE REUNIERON LOS C.	Nombre completo, cargo y dirección de todos los participantes. Nombre completo, cargo y dirección
8	TESTIGOS	
9	TIPO DE CIRUGÍA	Tipo de cirugía y del marcapaso cardiaco definitivo y/o endoprótesis ortopédica.
10	PARA EL DÍA	Día, mes y año de la fecha programada para la cirugía por la unidad hospitalaria.
11	FOLIO	Número progresivo que asigna la Subdirección de Regulación de Atención a la Salud.
12	NOMBRE DEL (LA) PACIENTE	Nombre, apellido paterno y materno del paciente.
13	REGISTRO DE AFILIACIÓN	Anotar el número de afiliación del expediente clínico de la paciente.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**11. SOLICITUD Y SUMINISTRO  
DIRECTO DE MARCAPASOS  
CARDIACOS DEFINITIVOS Y/O  
ENDOPRÓTESIS ORTOPÉDICAS EN  
LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

957

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
14	MOTIVO DEL INCUMPLIMIENTO	Con una "x" el motivo por lo que fue cancelado el implante, en el caso de no estar indicado especificar las causas en "otros".
15	HECHOS	En forma narrativa las causas del incumplimiento.
16	ACUERDOS:	
	1.-REPROGRAMACIÓN	Con una "x" que se reprograma y el día, mes y año, así como la hora en que se realizara.
	2. CANCELACIÓN	Con una "x" si se cancela definitivamente y describir las causas.
	3. OTROS	Las acciones que se realizarán.
17	CIERRE DEL ACTA	Hora exacta en que se concluye el acta.
18	FIRMAS	Nombre completo y firma autógrafa de cada uno de los que participan en el acta administrativa.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

958

**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS MÉDICOS INICIALES  
EN EL PROCESO DE DICTAMINACIÓN POR RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

959

**1. OBJETIVO**

DEFINIR LOS PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS PARA LA ELABORACIÓN Y EL OTORGAMIENTO DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS (RT02 Y RT09) EN EL PROCESO DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO E INVALIDEZ A LOS DERECHOHABIENTES EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL 2º Y 3ER NIVEL DE ATENCIÓN.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA, A TRAVÉS DE LA SUBDIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD Y DE LAS SUBDELEGACIONES MÉDICAS CORRESPONDIENTES, VIGILARÁ QUE LOS PROCEDIMIENTOS DESCRITOS EN ESTE MANUAL SE REALICEN, EN EL ÁMBITO DE SU RESPONSABILIDAD, DE MANERA EFICIENTE Y CON DILIGENCIA EN BENEFICIO DE LOS DERECHOHABIENTES.
2. LAS UNIDADES MÉDICAS DEL 2º, Y 3ER NIVEL DE ATENCIÓN, DEBERÁN EMITIR LOS CERTIFICADOS MÉDICOS QUE LES SEAN SOLICITADOS.
3. LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO PROPORCIONARÁN LOS FORMATOS RT-01 Y RT-02, A LOS TRABAJADORES QUE PRETENDAN INICIAR SUS TRÁMITES DE CERTIFICACIÓN DE RIESGOS TRABAJO, CUANDO NO CUENTEN LA UNIDADES CON ESTOS FORMATOS, EL DERECHOHABIENTE LOS PODRÁ SOLICITAR EN LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS QUE LE CORRESPONDA.
4. EL FORMATO RT-01 SERÁ REQUISITADO POR EL TRABAJADOR Y LA DEPENDENCIA, Y EL RT-02 POR LA UNIDAD MÉDICA (MÉDICO TRATANTE).
5. LA ELABORACIÓN DE LOS CERTIFICADOS MÉDICOS INICIALES RT02, DEBERÁ REALIZARSE EN FORMA EXPEDITA, A TRAVÉS DE LAS UNIDADES MÉDICAS, EVITANDO ESPERAS PROLONGADAS Y RECURRENTES.
6. LAS SOLICITUDES DE CERTIFICADOS MÉDICOS INICIALES (RT02), DEBERÁN SER ELABORADOS EN LA UNIDAD MÉDICA EN LA QUE SE EFECTÚA EL REPORTE DEL ACCIDENTE.
7. UNA VEZ QUE EL DERECHOHABIENTE RECIBE EL CERTIFICADO MÉDICO INICIAL RT02, DEBERÁ ACUDIR EN UN PLAZO NO MAYOR DE 10 DÍAS HÁBILES A LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, PARA CONTINUAR CON LA DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO.
8. LOS CERTIFICADOS MÉDICOS INICIALES REQUISITADOS POR EL PERSONAL DE LAS UNIDADES MÉDICAS, PARA LA PROCEDENCIA DE RIESGO DE TRABAJO O INVALIDEZ, EN TODOS LOS CASOS SE TURNARÁN AL ÁREA DE MEDICINA DEL TRABAJO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES CORRESPONDIENTE.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

960

9. CUANDO UNA UNIDAD MÉDICA, NO CUENTE CON LA ESPECIALIDAD QUE REQUIERA LA ATENCIÓN DEL RIESGO DEL TRABAJADOR (LESIONES QUE PONGA EN RIESGO LA VIDA U ÓRGANOS DEL TRABAJADOR), ÉSTA PODRÁ SOLICITAR APOYO A OTRA DEL SIGUIENTE NIVEL, Y LA UNIDAD MÉDICA QUE OTORQUE LA ATENCIÓN MÉDICA DEBERÁ ELABORAR EL FORMATO RT02. LAS SOLICITUDES DE ELABORACIÓN DE CERTIFICADOS MÉDICO (FORMATO RT09), PODRÁN SER SOLICITADOS POR LOS DERECHOHABIENTES O SU REPRESENTANTE LEGAL EN LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE.
11. LAS UNIDADES MÉDICAS DEL 2º, Y 3ER NIVEL DE ATENCIÓN, DEBERÁN EMITIR Y REQUISITAR EL FORMATO RT09 (ANVERSO) CON EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO QUE LE CORRESPONDA, Y ENVIARLOS A LA MEDICINA DEL TRABAJO DE LA SUBDELEGACIÓN PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES.
12. SI LA PATOLOGÍA DEL TRABAJADOR ES INCAPACITANTE Y REQUIERE SE CONTINÚE CON LICENCIAS MÉDICAS, EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁ ELABORAR EL CERTIFICADO MÉDICO FORMATO RT09 (ANVERSO), Y ENVIARLO A MEDICINA DEL TRABAJO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS, SOCIALES Y CULTURALES CORRESPONDIENTE, PARA QUE SE INICIE EL TRÁMITE DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO O INVALIDEZ, Y DE ESTA MANERA NO EXCEDER EL LÍMITE EN LA EXPEDICIÓN DE LICENCIAS MÉDICAS.
13. EL MÉDICO TRATANTE PODRÁ EMITIR EN CUALQUIERA DE LAS VALORACIONES, EL DIAGNÓSTICO POR MEDIO DEL CERTIFICADO MÉDICO RT-09, YA SEA PARA OTORGAR UNA INCAPACIDAD PARCIAL O TOTAL PERMANENTE O PARA DETERMINAR LA AUSENCIA DE SECUELAS QUE PERMITA LA INCORPORACIÓN DEL TRABAJADOR A SU CENTRO DE TRABAJO.
14. LAS LICENCIAS MÉDICAS QUE EMITA EL MÉDICO TRATANTE DEBERÁN SUJETARSE Estrictamente a la PATOLOGÍA QUE PRESENTE EL TRABAJADOR EN EL PRIMER CONTACTO, Y SU VIGENCIA NO TENDRÁ VINCULACIÓN CON EL TIEMPO QUE LLEVE EL PROCEDIMIENTO PARA LA DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO.
15. EL QUE EL TRABAJADOR SE ENCUENTRE EN ESPERA DE UN DICTAMEN DE RIESGO DE TRABAJO O INVALIDEZ, NO IMPLICA QUE SE LE DEBAN OTORGAR LICENCIAS MÉDICAS SUBSECUENTES, ESTA SE DEBERÁN EXPEDIR A CRITERIO DEL TRATANTE.
16. UNA VEZ DICTAMINADO EL RIESGO DE TRABAJO O INVALIDEZ, POR MEDICINA DEL TRABAJO DE LA SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES, DE NINGUNA MANERA SE DEBERÁN EXPEDIR LICENCIAS MÉDICAS POR EL DIAGNÓSTICO DEL DICTAMEN.





**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

961

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	DERECHOHABIENTE	Solicita el otorgamiento del certificado médico inicial en la Unidad médica de Primer contacto, directamente o a través su representante legal, mediante los formatos Solicitud de Probable Riesgo de Trabajo RT-01 y Solicitud de Certificado Médico Inicial RT-02.
2	UNIDAD MÉDICA DE PRIMER CONTACTO (MÉDICO TRATANTE)	Recibe al derechohabiente, realiza valoración al paciente y determina la necesidad referirlo a otro nivel de atención.  ¿Refiere a unidades médicas de 2do o 3er nivel de atención?
2.1		Sí, Requisita formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia", lo entrega para que acuda a la Unidad Médica de 2do o 3er nivel de atención correspondiente y sea tratado por el Médico Especialista Continúa en la actividad no. 3.
2.2		NO, Elabora nota clínica e integra al expediente clínico del derechohabiente, requisita Solicitud de Certificado Médico Inicial RT-02 y lo entrega al trabajador indicándole al derechohabiente que deberá acudir a Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones que le corresponda. Continúa en la actividad no. 8.
3	DERECHOHABIENTE	Recibe formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia" y se presenta en la Unidad Médica de 2do o 3er Nivel de Atención correspondiente.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

962

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
4	UNIDADES MÉDICAS DE 2DO O 3ER NIVEL DE ATENCIÓN	Recibe formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia" y solicita interconsulta con el Médico Especialista para su valoración.
5	MÉDICO ESPECIALISTA	Recibe formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia" y al trabajador, valora el estado de salud, realiza estudios de laboratorio y emite un diagnóstico.
6		Elabora nota clínica y requisita el formato SM-1-17 por su parte reversa en la parte posterior e integra al expediente clínico del paciente.
7		Requisita Solicitud de Certificado Médico Inicial RT-02, lo entrega al derechohabiente, indicándole que deberá acudir a Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones para continuar con sus trámites de dictaminación de Riesgo de Trabajo, expide licencia médica si el caso lo requiere.
8	DERECHOHABIENTE	Recibe Solicitud de Certificado Médico Inicial RT-02 y acude a la Medicina del Trabajo de la Subdelegación de Prestaciones correspondiente.
9	SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES MEDICINA DEL TRABAJO	Recibe Solicitud de Certificado Médico Inicial RT-02, valora, dictamina la procedencia o improcedencia de riesgo de trabajo.
Termina el Procedimiento		

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

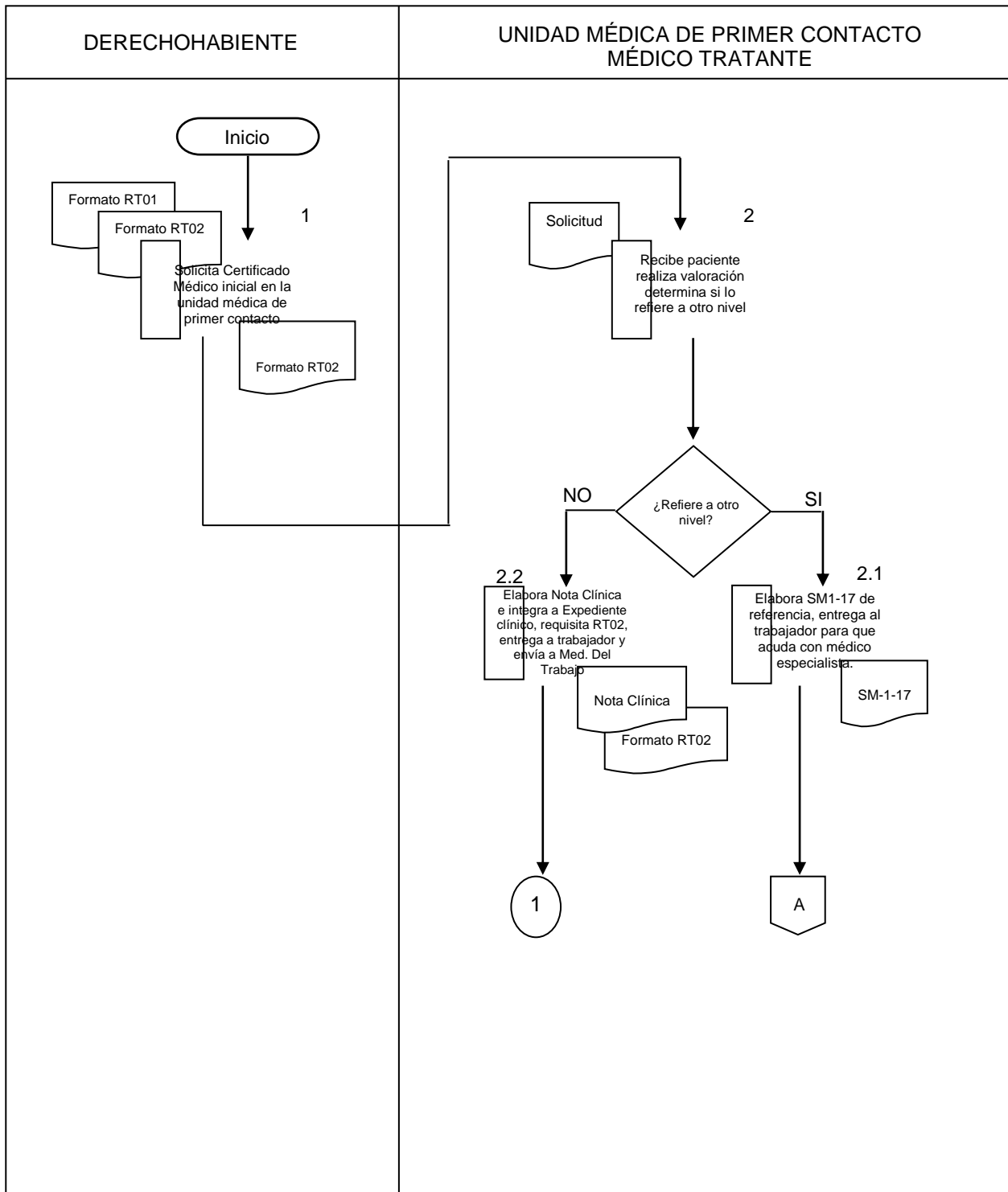
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

963

**4. DIAGRAMA DE FLUJO.**





**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

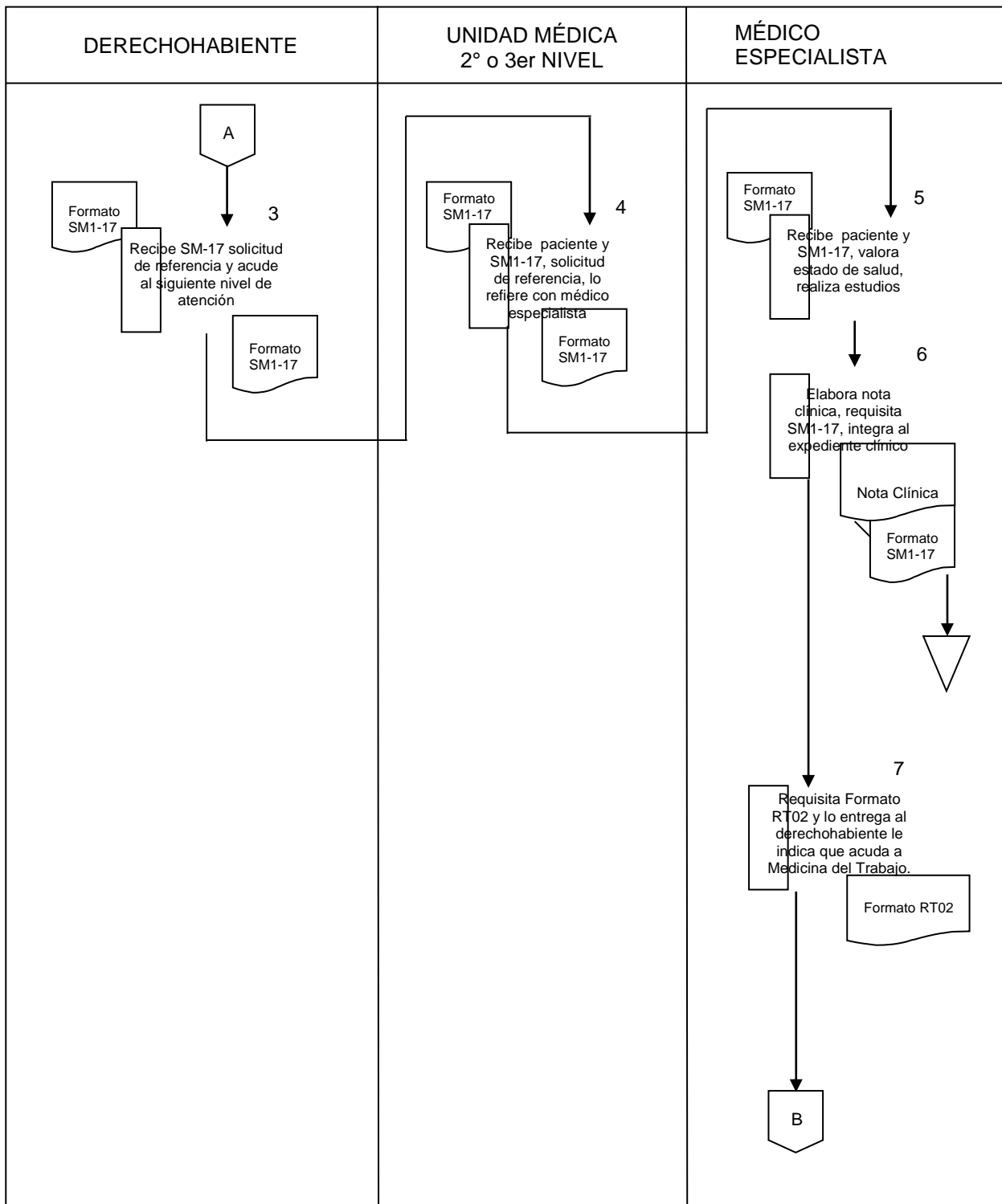
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

964



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

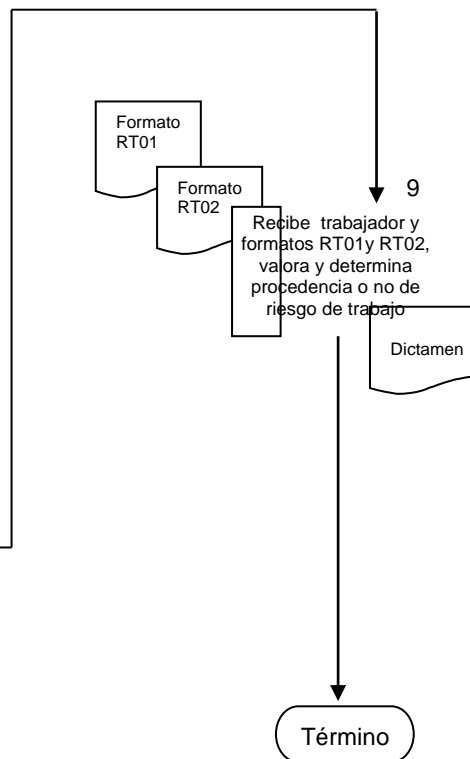
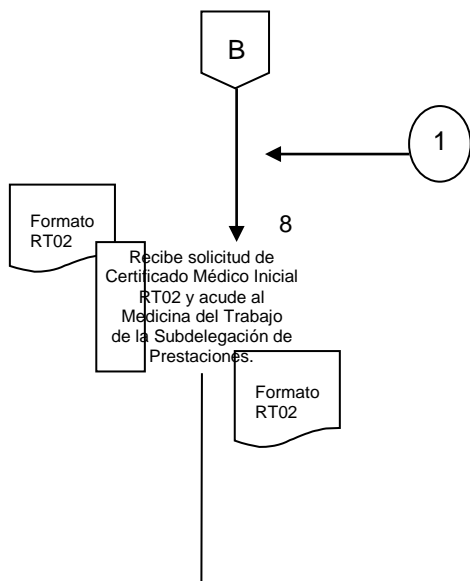
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

965

**DERECHOHABIENTE**

**SUBDELEGACIÓN DE PRESTACIONES  
MEDICINA DEL TRABAJO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

966

**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**

- a. Formato SM-1-17 "Solicitud de Servicios de Referencia y Contrarreferencia de Pacientes".
- b. Formato de Dictamen Médico.\*
- c. Formato RT-01 "Solicitud de Probable Riesgo de Trabajo".\*
- d. Formato RT-02 "Solicitud de Certificado Médico Inicial".\*
- e. Formato RT-09. \*
- f. Glosario de Términos.

*\* 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 ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

967

## **8. ANEXOS**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

968



Instituto de  
Seguridad  
y Servicios  
Sociales  
de los  
Trabajadores  
del Estado

**ANEXO A**

**Solicitud de Referencia y Contrarreferencia**

De la Clínica de Adscripción

1

A la Unidad Hospitalaria

2

Servicio de

3

Tipo de Derechohabiente

4

5

Apellido Paterno

Materno y/o Conyugal

1

2

3

4

5

6

7

8

9

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





**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

969

**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



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

970

**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
11	HORA	Hora en que deberá de presentarse al servicio referido

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	971

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
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
---------------------------------	--	--------



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

972

**ANEXO F.**

**GLOSARIO**

- ✓ **Formato de solicitud de calificación de probable riesgo de trabajo (RT-01):**  
Es el documento oficial del ISSSTE, por medio del cual se inicia formalmente el trámite para el reconocimiento de un probable Riesgo de Trabajo.
- ✓ **Formato de Certificado Médico Inicial (RT-02):**  
Es el documento oficial del ISSSTE, por medio del cual la Unidad Médica hace constar la atención médica brindada, en el inicio del trámite para el reconocimiento de un probable Riesgo de Trabajo.
- ✓ **Formato de Certificado médico de invalidez por enfermedad o accidente ajeno al trabajo o incapacidad permanente o defunción por riesgo de trabajo (RT-09):**  
Es el documento único del ISSSTE, por medio del cual se hace constar la aptitud física y/o mental de un trabajador para continuar o no prestando sus servicios con efectos legales o administrativos.
- ✓ **Riesgo de trabajo:**  
Es el hecho inesperado ocurrido a un trabajador en ejercicio o con motivo de actividad laboral.
- ✓ **Trabajador:**  
Es la persona que presta sus servicios físicos o intelectuales por una retribución económica.
- ✓ **Expediente Clínico:**  
Registro cronológico de los eventos clínicos y acciones realizadas en un paciente, elaborado en las diferentes Unidades Médicas del ISSSTE.
- ✓ **Representante Legal:**  
Es la persona que acredita fehacientemente su legítimo derecho de realizar trámites a favor de su poderdante.
- ✓ **Licencia médica:**  
Documento que justifica la enfermedad del trabajador y lo inhabilita temporalmente para presentarse en su centro de trabajo.



**12. OTORGAMIENTO DE CERTIFICADOS  
MÉDICOS INICIALES EN EL PROCESO  
DE DICTAMINACIÓN DE RIESGO DE  
TRABAJO O INVALIDEZ**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

973

- ✓ **Invalidez:**  
Es el estado físico o mental del trabajador ajena al desempeño de su trabajo o empleo, que le impide totalmente continuar prestando sus servicios.
- ✓ **Médico tratante:**  
Médico Familiar o Especialista del ISSSTE, que diagnostica la enfermedad de un paciente y prescribe el tratamiento para aliviarla.
- ✓ **Médico de Medicina del Trabajo:**  
Facultativo de Medicina del Trabajo adscrito en la Subdelegación de Prestaciones del ISSSTE.
- ✓ **Subdelegación de Prestaciones:**  
Oficinas descentralizadas del ISSSTE, encargadas del otorgamiento y pago de seguros, prestaciones económicas, sociales, culturales y deportivas de los trabajadores y sus familiares.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



### 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

974

## 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



### 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

975

#### 1. OBJETIVO

ELABORAR Y OTORGAR LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y/O MUERTE DE RECIÉN NACIDOS, DE LOS TRABAJADORES Y FAMILIARES DERECHOHABIENTES, QUE FALLEZCAN DENTRO DE LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO, CON EL FIN DE CUBRIR LOS REQUISITOS PARA EL DESTINO FINAL DE SUS CADÁVERES.

#### 2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN

1. LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y/O MUERTE DE RECIÉN NACIDOS, PODRÁN SER EXPEDIDOS POR MÉDICOS ADSCRITOS DE PREFERENCIA EL TRATANTE Y EN AQUELLOS CASOS QUE REFIERE LA LEY GENERAL DE SALUD.
2. TODA DEFUNCIÓN Y MUERTE DE RECIÉN NACIDOS DEBERÁ SER OBJETO DE CERTIFICACIÓN Y DE LA ELABORACIÓN DEL DICTAMEN MÉDICO CORRESPONDIENTE,
3. LA MUERTE DE RECIÉN NACIDOS DEBERÁ SER ANALIZADA POR LOS MIEMBROS QUE CONFORMAN EL COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL CORRESPONDIENTE
4. EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Y DE MUERTE DE RECIÉN NACIDOS, DEBERÁ LLENARSE EN ORIGINAL Y TRES COPIAS.
5. LOS DIRECTORES DE LAS UNIDADES MÉDICAS SERÁN LOS RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA LA EXPEDICIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE DE RECIÉN NACIDOS.
6. CADA UNIDAD HOSPITALARIA DEBERÁ SOLICITAR CON OPORTUNIDAD A LA SECRETARÍA DE SALUD, LA DOTACIÓN SUFICIENTE DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE DE RECIÉN NACIDOS.
7. TODOS LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN Y MUERTE DE RECIÉN NACIDOS EXPEDIDOS POR LAS UNIDADES MÉDICAS O PERSONAL MÉDICO DEL INSTITUTO, SERÁN ENVIADOS A LA SECRETARÍA DE SALUD, DENTRO DE LOS CINCO DÍAS POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
8. LAS UNIDADES MÉDICAS O PERSONAL MÉDICO DEL INSTITUTO, ENVIARÁN A NIVEL CENTRAL EN EL INFORME MENSUAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL CORRESPONDIENTE.
9. CUANDO EL DECESO OCURRA DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO, EL CIRUJANO RESPONSABLE DE ÉSTE DARÁ AVISO DEL FALLECIMIENTO AL TRABAJADOR, O FAMILIAR DEL DERECHOHABIENTE O ACOMPAÑANTE. EN LOS DEMÁS CASOS, EL AVISO DE DEFUNCIÓN SERÁ NOTIFICADO POR EL MÉDICO TRATANTE, POR EL ASISTENTE DE LA DIRECCIÓN O POR EL PERSONAL EN QUE SE DELEGUE ESTA ACTIVIDAD.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



### 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

976

10. LA CAUSA DE MUERTE DEBERÁ QUEDAR CLARAMENTE ANOTADA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO Y SERÁ LA MISMA QUE SE ANOTE EN EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.
11. CADA DELEGACIÓN REGIONAL Y ESTATAL CONTARÁ CON UN MÉDICO QUE EXPIDA EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN, EN AQUELLOS CASOS EN QUE NO SE CONTARA CON PERSONAL QUE LO EXPIDIERA EN LAS UNIDADES MÉDICAS CORRESPONDIENTES.
12. CUANDO LA MUERTE OCURRA EN EL DOMICILIO, EL DERECHOHABIENTE O FAMILIARES DEBERÁN SOLICITAR A LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN LA EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO CORRESPONDIENTE.
13. CUANDO LA UNIDAD MÉDICA NO CUENTE CON EL RECURSO PARA LA EXPEDICIÓN DE LOS CERTIFICADOS DEBERÁ APOYARSE EN LA SUBDELEGACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE Y/O EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DE SU ZONA DE INFLUENCIA.





# 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

977

## 3. DESARROLLO

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	SERVICIOS MÉDICOS DE LA UNIDAD	Ocurrido el deceso del trabajador, recién nacido o familiar derechohabiente, informa al Jefe de Servicios Médicos adscrito al área hospitalaria correspondiente.
2	JEFE DE SERVICIOS MÉDICOS	Recibe información y notifica el fallecimiento al Asistente de la Dirección de la Unidad correspondiente.
3	ASISTENTE DE LA DIRECCIÓN	Recibe notificación del Jefe de Servicios de la Unidad, contacta al médico tratante o residente y comunica el fallecimiento del trabajador, recién nacido o familiar derechohabiente.
4	MÉDICO TRATANTE O RESIDENTE	Comunica a los familiares del trabajador, recién nacido o familiar derechohabiente, las causas atribuibles del fallecimiento
5		Requisita formato de "Certificado de Defunción" en original y tres copias, elabora dictamen médico correspondiente y lo turna al Asistente de la Dirección de la Unidad correspondiente. Continúa en la actividad No. 7.
6		En caso de fallecimiento del recién nacido, se informará al Comité de Mortalidad Materna y Perinatal. y éste a su vez enviará un informe al Departamento de Atención Médica de la Subdelegación Médica, para que informe a Áreas Centrales. Continúa en la actividad No. 9.
7	ASISTENTE DE LA DIRECCIÓN	Recibe formato "Certificado de Defunción" y dictamen médico, valida su correcto llenado y distribuye original a Secretaria de Salud, primer copia al INEGI, segunda al Registro Civil y tercera copia y dictamen médico al Departamento de Atención Médica de la Subdelegación Médica. Continúa en la actividad No. 9.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

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

21

12

2007

978

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8		Notifica al Servicio de Patología para el retiro del cadáver del servicio dónde ocurrió el fallecimiento. Continúa con el procedimiento del Servicio de Patología.
9	SUBDELEGACIÓN MÉDICA DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	Recibe el Informe del Comité de Mortalidad Materna y Perinatal, copia del "Certificado de Defunción" y Dictamen Médico, elabora Concentrado Delegacional e informa a la Subdirección General Médica.  Termina el Procedimiento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



### 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

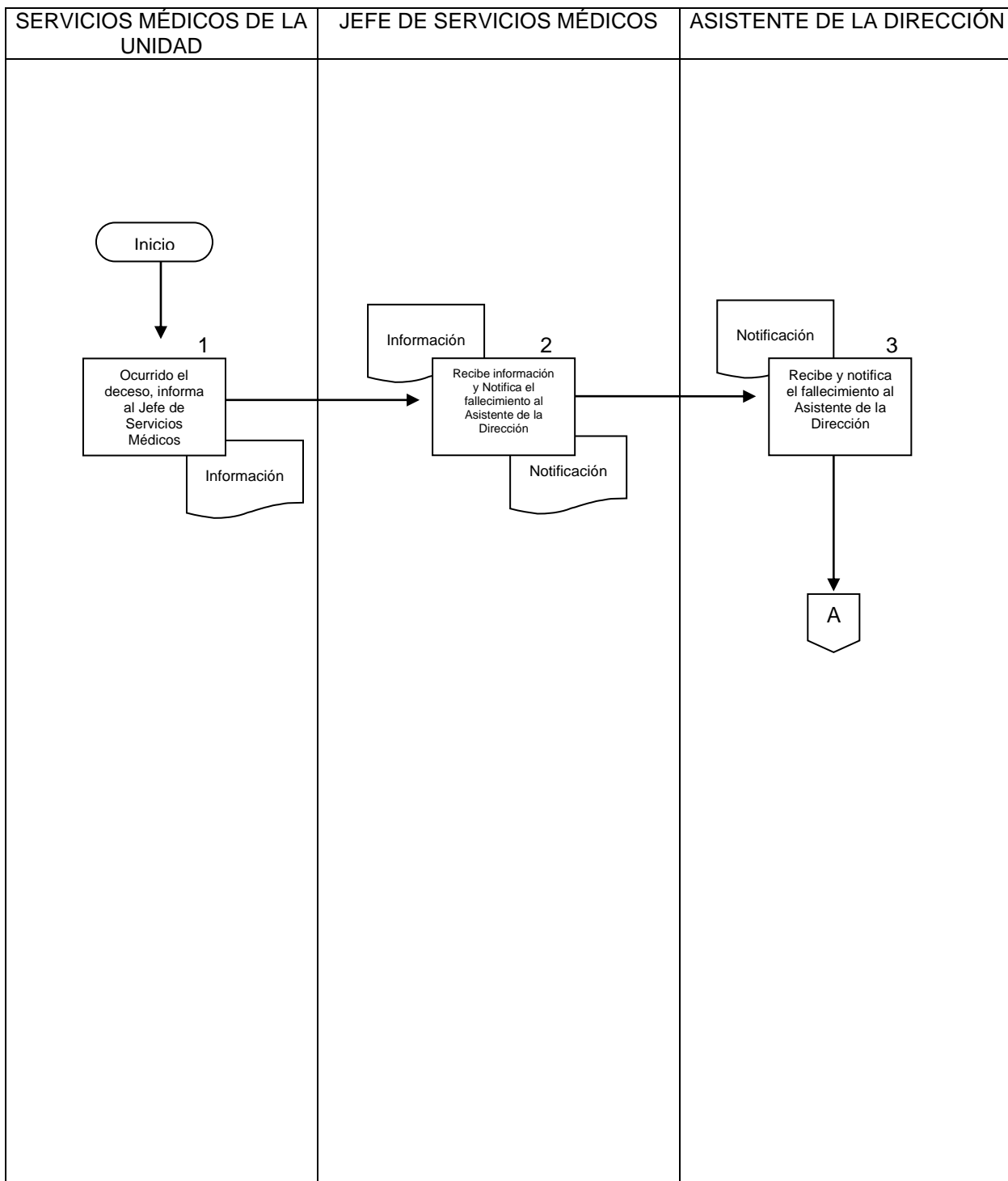
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

979

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



### 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

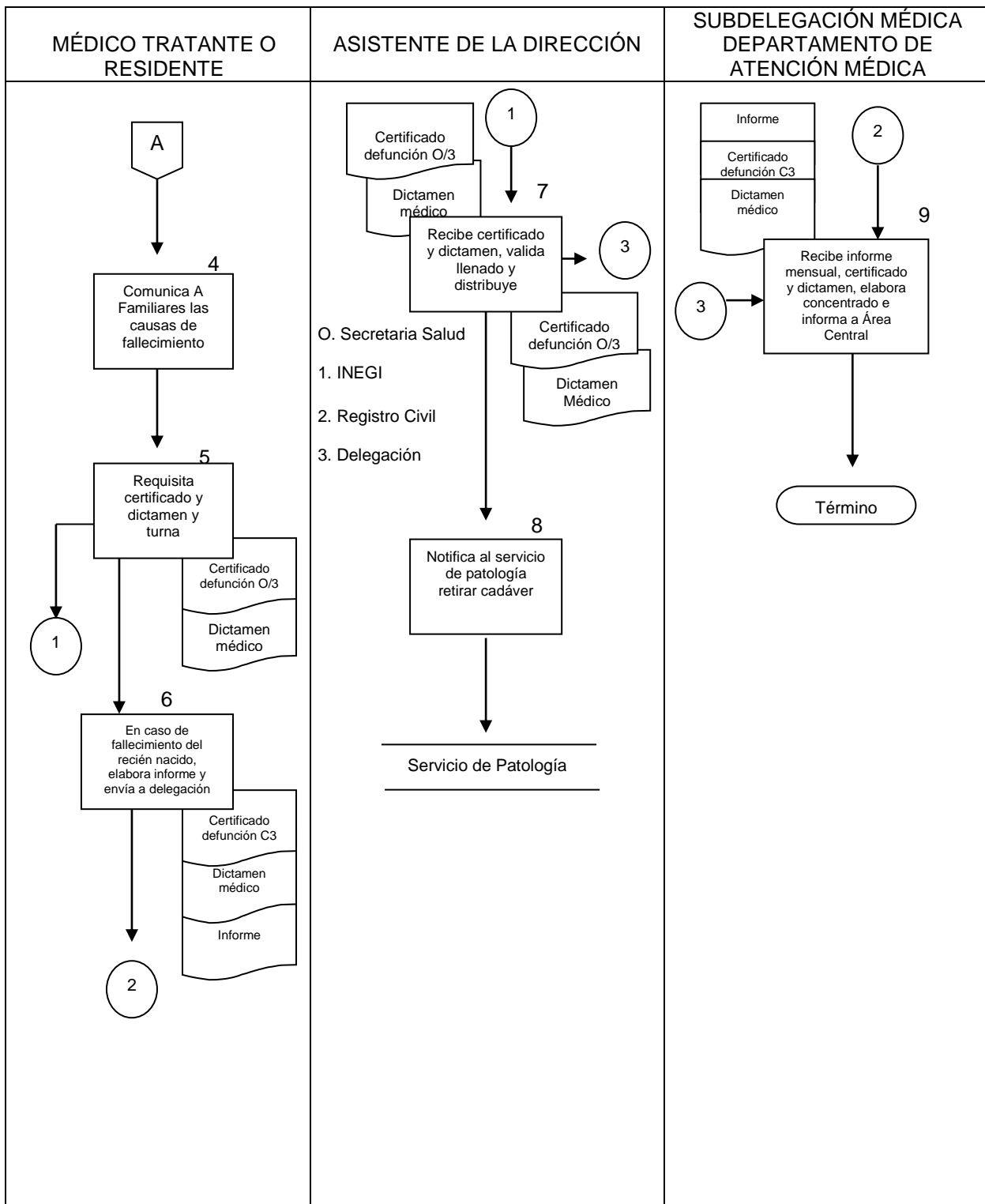
Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

980



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



### 13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

### MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

#### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de  
Página

981

#### 5. REGISTROS

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

#### 6. REFERENCIAS

#### 7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

#### 8. ANEXOS

- a. Anexo I. Certificado de Defunción.\*
- b. Anexo II. Dictamen Médico.\*

*\*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 ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**13. EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS  
DE DEFUNCIÓN**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de  
Página**

982

## **8. ANEXOS**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

983

**14. ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES  
NO DERECHOHABIENTES**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

984

**1. OBJETIVO**

ESTABLECER LOS LINEAMIENTOS NECESARIOS PARA OTORGAR ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES EN UNIDADES DEL INSTITUTO QUE CUENTEN CON ESTE SERVICIO.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. LA APLICACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO SERÁ OBLIGATORIO EN LAS UNIDADES MÉDICAS DE LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN QUE CUENTEN CON LOS SERVICIOS DE URGENCIAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS.
2. EL SERVICIO DE ADMISIÓN DE URGENCIAS, SERÁ EL ÁREA RESPONSABLE DE REGISTRAR AL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE DEMANDANTE DEL SERVICIO, O QUE SE ENCUENTRE IMPOSIBILITADO PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN O NO CUENTE CON LA DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA SU INGRESO A LA UNIDAD MÉDICA, YA SEA POR MOTIVO DE URGENCIA O EN CASO DE DESASTRES, PARA LO CUAL SE UTILIZARÁ EL FORMATO SM-1-20 "HOJA DE URGENCIAS".
3. EN EL MOMENTO EN QUE LOS SIGNOS VITALES DEL PACIENTE SE ESTABILICEN, EL MÉDICO TRATANTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS, DEBERÁ SOLICITAR LA REFERENCIA A OTRA INSTITUCIÓN DE SALUD EN CASO DE REQUERIR ATENCIÓN MÉDICA POSTERIOR, PARA TAL FIN SE USARÁ FORMATO SM-1-20 "HOJA DE URGENCIAS".
4. EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL SERÁ LA RESPONSABLE DE REALIZAR LAS GESTIONES NECESARIAS PARA TRANSFERIR AL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN MÉDICA DEL SECTOR PÚBLICO O PRIVADO Y ANOTARÁ EN LA HOJA DE EVOLUCIÓN EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A DONDE SERÁ TRASLADADO EL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE Y EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO ACEPTA.
5. AL EGRESO DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE, LA UNIDAD MÉDICA DEBERÁ LIBERARSE DE TODA RESPONSABILIDAD, PARA LO CUAL ELABORARÁ EL FORMATO SM-3-10 "ALTA VOLUNTARIA", NOTIFICÁNDOLO EN EL MISMO Y SE RECABARÁ LA FIRMA DE LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD, DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE O SU REPRESENTANTE.
6. EN CASO DE QUE EL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE O SU REPRESENTANTE SOLICITE, POSTERIOR A LA RESOLUCIÓN DE LA URGENCIA, CONTINUAR LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL INSTITUTO, LA UNIDAD MÉDICA OTORGARÁ DICHA ATENCIÓN, SIEMPRE Y CUANDO EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE CUBRA EL 100% DE LA CUOTA DE RECUPERACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LAS 48 HORAS DEL INGRESO DEL PACIENTE AL INSTITUTO





**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

985

7. PARA EFECTO DE COBROS DE LA ATENCIÓN, LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN AJUSTARSE AL "TABULADOR DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES", QUE SE ENCUENTRE VIGENTE EN ESE MOMENTO.
8. EL DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA Y EL SUBDELEGADO MÉDICO, SERÁN LOS RESPONSABLES DEL SEGUIMIENTO DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES, DURANTE SU ESTANCIA EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

986

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
1	PACIENTE O ACOMPAÑANTE	Inicia el Procedimiento Solicita atención médica en el servicio de urgencias de la Unidad del Instituto.
2	UNIDAD MÉDICA (ADMISIÓN DE URGENCIAS)	Recibe y solicita al acompañante o paciente identificación oficial de este último: <ul style="list-style-type: none"><li>* Licencia de Manejo o</li><li>* Credencial de Elector o</li><li>* Credencial de Trabajo y,</li></ul>
3		Registra en la libreta de control del servicio de urgencias la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"><li>* Folio</li><li>* Fecha y hora de ingreso del paciente</li><li>* Nombre completo del paciente</li><li>* Domicilio y N° telefónico</li><li>* Sexo, edad, R.F.C., tipo de paciente y área en la que será atendido.</li></ul>
4		Requisita formato SM-1-20 "Hoja de Urgencias", anotando datos del paciente, así como, las siglas NDH (no derechohabiente) y entrega al médico tratante, original y copia del formato SM-1-20
5		MÉDICO TRATANTE Recibe original y copia del formato SM1-20 y proporciona atención al paciente mediante la aplicación de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que permitan estabilizar la urgencia y su estado crítico.
6	MÉDICO TRATANTE	Anota en el formato SM1-20 la atención proporcionada al paciente y la necesidad o no de hospitalización.  ¿Requiere hospitalización en la unidad médica del instituto?

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

987

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
6.1	TRABAJO SOCIAL	NO, Tramita egreso del servicio de urgencias mediante formato SM1-20 Y SM-3-10 "Alta Voluntaria", y obtiene firma del paciente o acompañante de liberación de responsabilidad del Instituto. Continúa en la actividad No. 7.
6.2		SÍ, Envía e informa a Trabajo Social para que le explique al paciente o acompañante las condiciones de su ingreso a la unidad hospitalaria. Continúa en la actividad No. 12.
7		Recibe original y copia de los formatos SM-1-20 y SM-30-10, realiza trámites para el traslado del paciente no derechohabiente a la institución de salud que se le indique e informa a los familiares.
8		Obtiene firma de la responsiva médica de la institución receptora del paciente no derechohabiente.
9		Envía al paciente no derechohabiente a la Unidad Médica indicada y le entrega el formato SM-1-20 en original y la copia del formato SM-3-10.
10		Notifica de la referencia del paciente no derechohabiente a las siguientes autoridades. <ul style="list-style-type: none"><li>• Director de la Unidad Médica.</li><li>• Subdirector Médico.</li><li>• Asistentes de la Dirección</li></ul>
11	TRABAJO SOCIAL	Hace entrega al Coordinador y/o Jefe del Servicio de urgencias copia del formato SM-1-20, original del formato SM-3-10 y original de la Responsiva Médica de la Unidad Receptora para su archivo.
12		Informa al paciente no derechohabiente y/o acompañante, la normatividad institucional a la que se encontrará sujeto dentro de la Unidad Hospitalaria.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	988

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
13	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	Entrevista al paciente no derechohabiente y/o familiar para proporcionar orientación sobre la cuota de recuperación asignada y catálogo de costos sobre el servicio médico requerido.
14		Registra en libreta de control de pacientes no derechohabientes y deriva al paciente y/o acompañante a la Subdirección Administrativa de la unidad, entregando original y copia del formato SM-1-20, al Subdirector Administrativo.
15		Recibe formato e informa al paciente y/o acompañante que debe pagar en la caja de la Subdirección en un plazo no mayor de 48 horas a partir del ingreso del paciente el 100% en efectivo sobre el total del costo de la atención a recibir, de acuerdo al Tabulador de Cuotas vigente.
16		Solicita identificación oficial para la firma de una carta compromiso donde se obliga al paciente o acompañante y al aval a cubrir el total de la cantidad.
17		Recaba firmas del paciente o acompañante, aval y como testigos a un trabajador del Instituto y un familiar o conocido del paciente.
18	ADMISIÓN HOSPITALARIA	Informa al Director de la Unidad y envía al paciente a Admisión Hospitalaria y entrega original y copia del formato SM-1-20.
19		Deposita en la cuenta concentradora del Instituto al día hábil siguiente, los ingresos captados en la Unidad por servicios médicos a pacientes no derechohabientes.
20		Recibe original del formato SM-1-20 y elabora cédula de identificación al ingreso hospitalario del paciente y/o acompañante registrando datos que permitan su localización, solicita identificación oficial del paciente y/o acompañante.
21	PERSONAL DIRECTIVO	Anota en la cara frontal de la carpeta para expediente clínico, nombre del paciente y las siglas NDH.
22		Vigilan y dan seguimiento al procedimiento desde el ingreso hasta el egreso hospitalario del paciente.
Termina el Procedimiento		

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



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

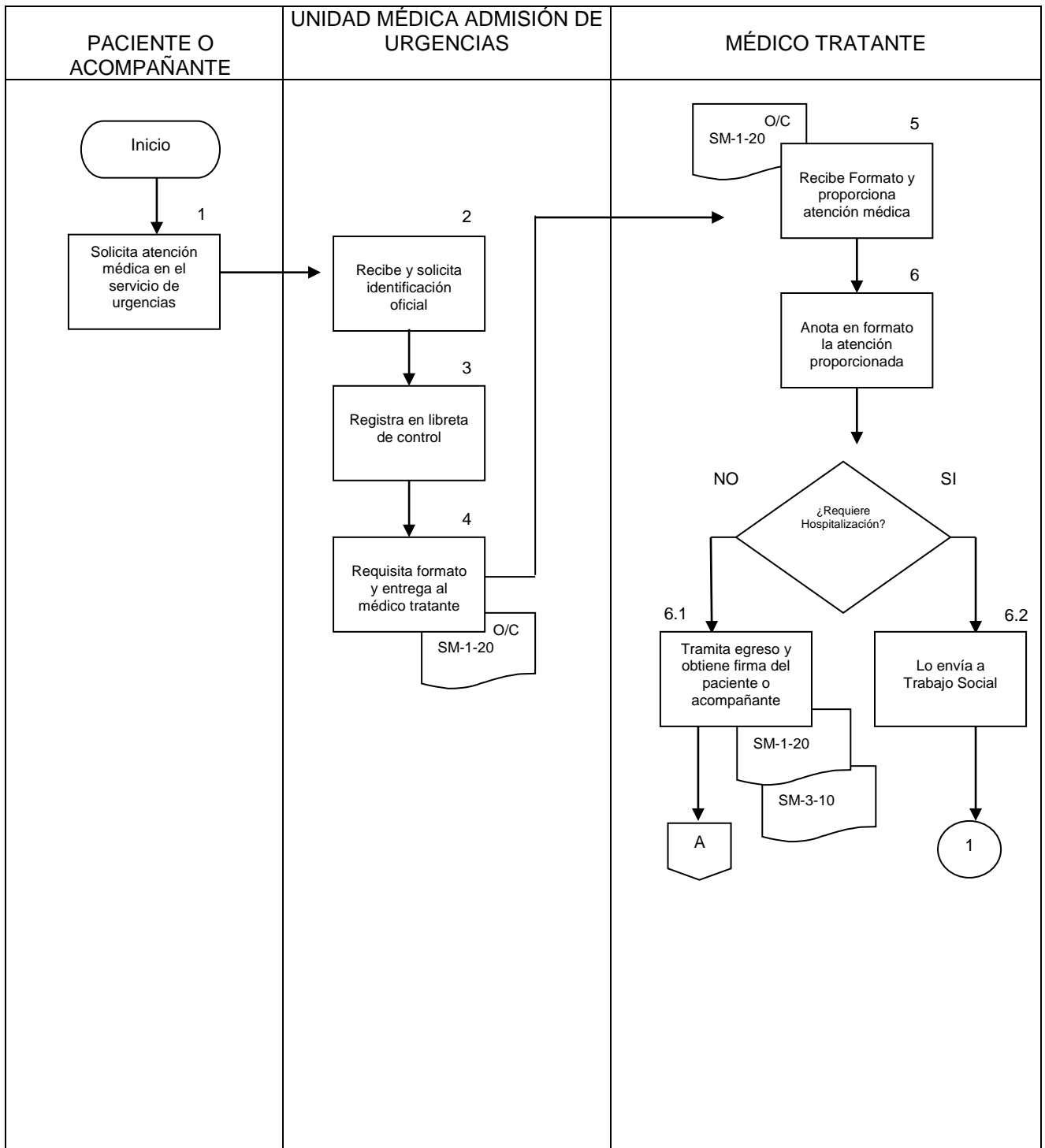
**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

989

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



# 14. ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

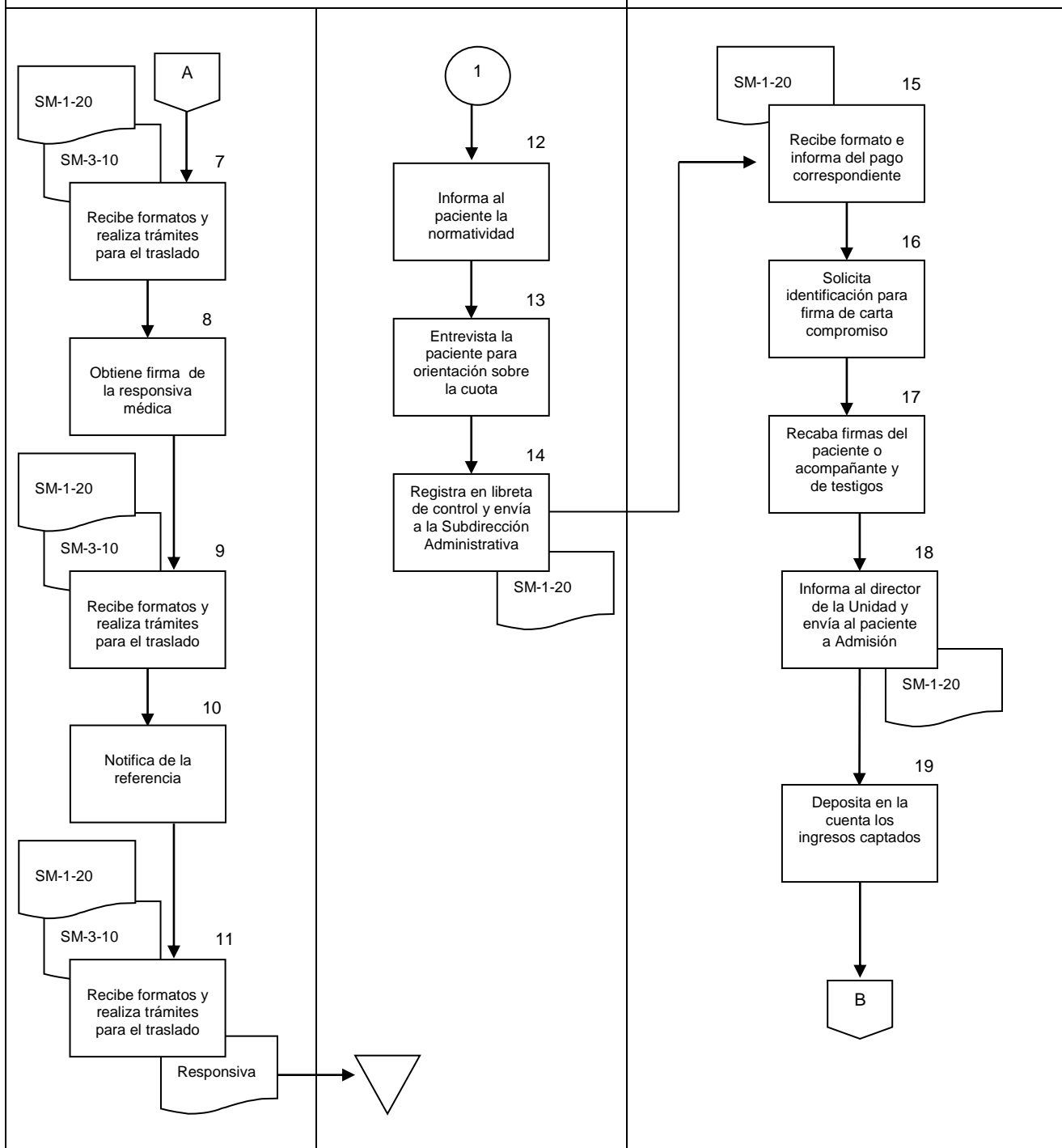
Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

990

### TRABAJO SOCIAL

### SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

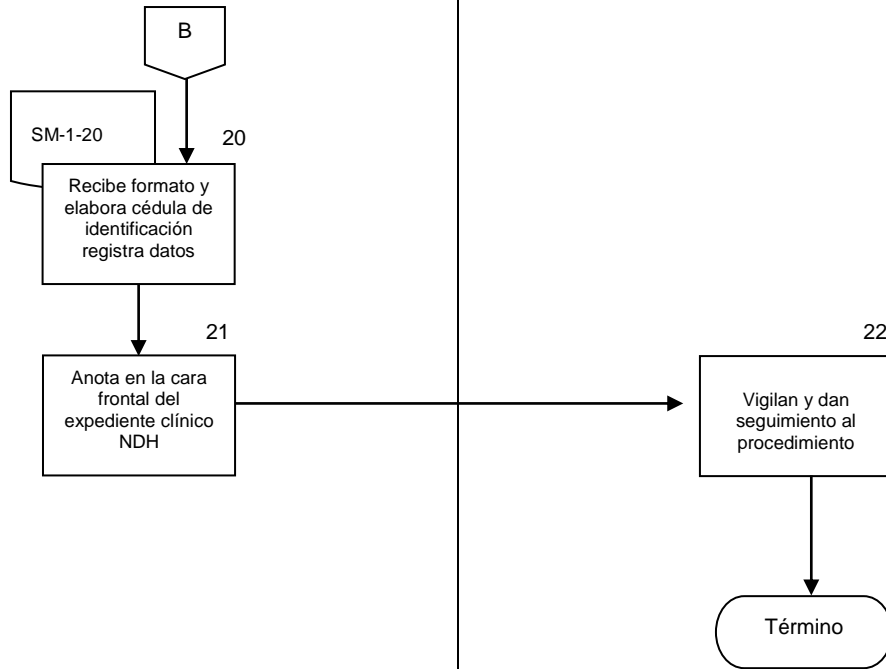
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

991

**ADMISIÓN HOSPITALARIA**

**PERSONAL DIRECTIVO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

992

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y  
DEFINICIONES**

**8. ANEXOS**

- A. Formato SM-1-20 "Hoja de Urgencias"
- B. Formato SM-3-10 "Alta Voluntaria"

**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





14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

993

## 8. ANEXOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



# 14. ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

994

### ANEXO A



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

SM-1-20  
(anverso)

#### Hoja de Urgencias

Fecha y hora de admisión

①

Fecha y hora de alta

②

Unidad Médica

③

Ubicación

④

Sección

⑤

Cédula Núm.

⑥

Adscripción

⑦

Paterno

⑧

Materno

Nombre(s)

Sexo

⑨

Edad

⑩

Tipo de Derechohabiente

⑪

Dependencia del asegurado

⑫

Ocupación del enfermo

⑬

Calle

⑭

Nº

Col.

C.P.

Teléfono

⑮

Persona responsable

⑯

Parentesco

⑰

Domicilio y teléfono

⑱

Aviso al Ministerio Público Nº

⑲

Responsiva médica Nº

⑳

Condiciones de admisión:

㉑

Peso

Amb.	Nº Amb.	Incon.	Conc.	Temp.	Pulso	Resp.	T. Arterial	
㉒	㉓	㉔	㉕	㉖	㉗	㉘	㉙	㉚

Fecha, hora y Nombre del Médico

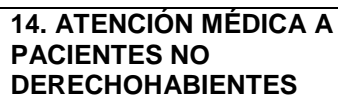
㉛

Nota de admisión:

㉜

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B

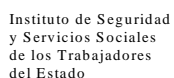


# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

**Versión:**

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

995



**SM-1-20**  
**(Reverso)**

[illegible]

**Diagnóstico:** 33

Resumen de evolución y tratamiento: 34

Indicaciones para su clínica de adscripción: 35

**Regresar al servicio en caso de:** 36

37

Firma del paciente o persona responsable

38

Nombre, firma y clave del médico

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

996

**Instructivo de formato:** Hoja de Urgencias

**Clave del formato:**

**SM-1-20**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FECHA Y HORA DE ADMISIÓN	Anotar día, mes, año y hora de la entrada del paciente al servicio de urgencias.
2	FECHA Y HORA DE ALTA	Día, mes, año y hora del egreso del paciente del servicio de urgencias.
3	UNIDAD MÉDICA	Nombre completo de la unidad médica que da la atención de urgencias.
4	UBICACIÓN	Domicilio completo y código postal de la unidad médica.
5	SECCIÓN	Sección en la que se ubica el paciente.
6	CÉDULA NÚMERO.	Nº de la cédula con que se registra al paciente.
7	ADSCRIPCIÓN	En caso de tratarse de paciente no derechohabiente anotar el sistema de seguridad social al que pertenece
8	NOMBRE	Apellido paterno, materno y nombres del paciente.
9	SEXO	Anotar masculino y/o femenino en su caso
10	EDAD	Número de años cumplidos del paciente.
11	TIPO DE DERECHOHABIENTE	Definir si es trabajador, esposa, hijo, padre, madre, jubilado o pensionado y en caso de no ser derechohabiente se identificará con un sello resaltando su estatus.
12	DEPENDENCIA DEL ASEGURADO	La institución para la cual trabaja el paciente.
13	OCUPACIÓN U OFICIO.	Profesión u oficio del paciente.
14	DOMICILIO	Anotar el domicilio (calle, nº, colonia, c. P.) Actual del paciente
15	TELÉFONO	Número telefónico del paciente.
16	PERSONAL RESPONSABLE	Nombre del responsable del enfermo o paciente.
17	PARENTESCO DEL RESPONSABLE	El tipo de parentesco que tenga con el paciente (padre, madre, hijo mayor de 18 años u otra relación)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

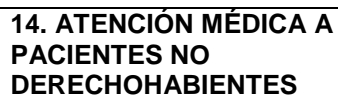
**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	997

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
18	DOMICILIO Y TELÉFONO	La calle, número interior o exterior, colonia, teléfono del responsable del paciente.
19	AVISO AL MINISTERIO PÚBLICO NÚMERO	Notificar al ministerio público correspondiente, si el caso del paciente es legal y hay que proceder a la averiguación previa.
20	RESPONSIVA MÉDICA NÚMERO (Nº)	En caso de que el paciente sea trasladado a otra unidad médica, anotar el número de la responsiva médica.
21	CONDICIONES DE ADMISIÓN	Las condiciones clínico médicas en las que ingresa el paciente al servicio.
22	AMBULATORIO (AMB).	Si el paciente reconoce el lugar en que se encuentra.
23	NO AMBULATORIO (NO AMB).	Si el paciente no reconoce el lugar donde se encuentra
24	INCONSCIENTE (INCON).	Si el paciente está en estado de inconsciencia
25	CONSCIENTE (CONC).	Si el paciente está consciente.
26	TEMPERATURA	La temperatura corporal en el momento del ingreso.
27	PULSO	El número de pulsaciones por minuto.
28	RESPIRACIONES (RESP)	El número de respiraciones por minuto.
29	TENSIÓN ARTERIAL (T. ARTERIAL)	La tensión arterial sistólica y diastólica en el momento del ingreso al servicio de urgencias.
30	PESO	El peso en kilos y gramos.
31	FECHA, HORA Y NOMBRE DEL MÉDICO	El día, mes año y hora del ingreso a urgencias y nombre del médico que atiende al paciente.
32	NOTA DE ADMISIÓN	En forma clara y precisa las condiciones de enfermedad por las que acude el paciente a solicitar el servicio de urgencias.
33	DIAGNÓSTICO	Resumen diagnóstico por el que ingresa el paciente a la sala de urgencias.
34	RESUMEN DE LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO	En forma concreta el resumen de la evolución del paciente y tratamiento a que fue sometido, o al que se le someterá en caso de atención médica posterior a la urgencia.
35	INDICACIONES PARA SU CLÍNICA DE ADSCRIPCIÓN.	Si el paciente se da de alta, se indicará la continuidad del tratamiento.

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



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:	Versión:	Fecha de autorización			No. de Página
		Día	Mes	Año	
		21	12	2007	998

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
36	REGRESA AL SERVICIO EN CASO DE:	Anotar la causa por la que deberá regresar al servicio de urgencias para ser atendido en caso necesario.
37	FIRMA DEL PACIENTE Y PERSONA RESPONSABLE	La firma del propio paciente o de la persona responsable del paciente.
38	NOMBRE, FIRMA Y CLAVE DEL MÉDICO	Anotar el nombre completo con firma y clave del médico que dio la atención médica y el egreso del paciente de la sala de urgencias.

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



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES  
SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

999

**ANEXO B**



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

**SM-3-10**

**Alta Voluntaria.**

**Nombre de la unidad médica:** 1

**C. DIRECTOR  
PRESENTE**

**Alta Voluntaria, de:** 2

3 Cama 4 Con N° de expediente 5

**de este servicio hospitalario.**

**Consciente de mis actos firmo esta solicitud a los** 6  
**días del mes de** 7 **de** 8

9

**Nombre:** 10

**Parentesco:** 11

**Domicilio:** 12

**Colonia:** 13

14  
**TESTIGO**

15  
**TESTIGO**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**14. ATENCIÓN MÉDICA A  
PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

**Día**

**Mes**

**Año**

21

12

2007

**No. de Página**

1000

**Instructivo de formato:** Alta Voluntaria

**Clave del formato:**

**SM-3-10**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	NOMBRE DE LA UNIDAD	Anotar el nombre completo de la unidad médica que otorga el alta.
2	ALTA VOLUNTARIA, DE.....	Nombre completo del paciente que está siendo dado de alta.
3	QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE.....	Anotar el servicio de donde esta siendo dado de alta.
4	CAMA	Anote el número de la cama donde estuvo hospitalizado el paciente no derechohabiente.
5	CON NÚMERO DE EXPEDIENTE.....	Anotar el número de expediente con que fue registrado el paciente
6	CONSCIENTE DE MIS ACTOS FIRMO ESTA SOLICITUD A LOS.....	Anotar el día del alta voluntaria.
7	DÍAS DEL MES DE.....	Anotar el mes correspondiente a la fecha del alta.
8	DE 20...	Anotar el año correspondiente a la fecha del alta.
9	FIRMA DEL SOLICITANTE	Firma del solicitante.
10	NOMBRE	Nombre completo del solicitante, responsable y/o paciente.
11	PARENTESCO	Anotar el parentesco de la persona que firma y/o responsable que tiene con el paciente.
12	DOMICILIO	Anotar claramente el domicilio del paciente y/o de la persona responsable de este.
13	COLONIA	Anotar la colonia y el código postal donde está ubicado el domicilio.
14	TESTIGO	Nombre completo y firma de la persona asignada como testigo
15	TESTIGO	Nombre completo y firma de la persona asignada como testigo

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**15. COBRO, REGISTRO Y  
APLICACIÓN DE CUOTAS POR  
ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1001

**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR  
ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1002

**1. OBJETIVO**

RECUPERAR LAS CUOTAS, CONFORME AL TABULADOR INSTITUCIONAL ESTABLECIDO, POR CONCEPTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES, ASÍ MISMO, TRAMITAR SU APLICACIÓN A LAS PARTIDAS PRESUPUESTALES ASIGNADAS A LA DELEGACIÓN CORRESPONDIENTE QUE LA HAYA GENERADO.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE, DEBERÁ CUANTIFICAR EL IMPORTE TOTAL, DE ACUERDO AL TABULADOR ESTABLECIDO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES, POR LA ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA A ESTOS PACIENTES.
2. EL ÁREA DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIDAD MÉDICA, NOTIFICARÁ CON 24 HORAS DE ANTICIPACIÓN EL EGRESO DEL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE A LOS FAMILIARES RESPONSABLES, PARA QUE REALICEN EL PAGO POR EL SERVICIO DE LA ATENCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA.
3. LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA, SERÁ RESPONSABLE DE TRAMITAR EL COBRO CORRESPONDIENTE POR LA ATENCIÓN MÉDICA OTORGADA AL PACIENTE NO DERECHOHABIENTE O A SUS FAMILIARES RESPONSABLES.
4. EN CASO DE QUE EL PACIENTE FALLEZCA DURANTE LA ATENCIÓN MÉDICA, SE PROCEDERÁ AL COBRO DE LA ATENCIÓN PROPORCIONADA A LOS FAMILIARES RESPONSABLES.
5. LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN REFLEJAR LOS INGRESOS CAPTADOS POR ATENCIÓN A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES, EN SU EJERCICIO CONTABLE CONFORME A LAS DISPOSICIONES QUE PARA EL CASO HA DEFINIDO LA SUBDIRECCIÓN DE FINANZAS.
6. EL REGISTRO, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS RECURSOS QUE CAPTEN LOS CENTROS DE TRABAJO POR ATENCIÓN A NO DERECHOHABIENTES, SE SUJETARÁN A LAS NORMAS GENERALES QUE SE ESTABLECEN EN EL MANUAL.
7. LOS INGRESOS POR CONCEPTO DE PAGO POR ATENCIÓN MÉDICA A NO DERECHOHABIENTES, DEBERÁN SER DEPOSITADOS EN LA TESORERÍA DEL INSTITUTO.
8. LAS UNIDADES MÉDICAS DEBERÁN ENVIAR, POR MEDIO DE LA SUBDIRECCIÓN DE FINANZAS DE SU ADSCRIPCIÓN; A LA SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO DE LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS Y A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA; UN INFORME O REPORTE MENSUAL DE LOS INGRESOS CAPTADOS POR ATENCIÓN A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES. ASÍ COMO, COPIA DE LAS FICHAS DE DEPÓSITO QUE AMPARAN LOS MOVIMIENTOS BANCARIOS REALIZADOS. EN EL CASO DEL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE" Y DE LOS HOSPITALES REGIONALES DEBERÁ ENVIARSE LA INFORMACIÓN POR LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD.



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1003

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD MÉDICA	Calcula el costo total por la atención médica proporcionada a pacientes no derechohabientes en base al "Tabulador de Cuotas de Recuperación por Atención Médica a Pacientes no Derechohabientes" y a las notas por consumo de materiales, medicamentos y servicios proporcionadas por el área médica.
2	SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN	Requisita formato SM-3-82 "Importe por Atención Médica Proporcionada a no Derechohabientes (Liquidación)" Anexo I, con la información determinada en el punto anterior.
3	SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS	Realiza el cobro correspondiente al derechohabiente o a sus familiares, descontando el depósito existente y ajustando las diferencias del importe total en su caso.
		¿Se cubre el importe de la atención proporcionada?
3.1		NO, Elabora un "Pagaré" Anexo II, por el monto acordado y obtiene la firma del paciente o del familiar responsable. Envía el pagaré y el expediente correspondiente a la Subdelegación de Administración de la Delegación de su adscripción para la gestión del pago. Continúa en la actividad 15
3.2		SÍ, Entrega al paciente o a sus familiares copia del formato SM-3-82 "Importe por Atención Médica Proporcionada a no Derechohabientes (Liquidación)" y original de Recibo de Pago Anexo III por el pago realizado.
4	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Informa al área médica el alta y egreso del paciente no derechohabiente.
5	SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN	Registra en el sistema contable el ingreso por concepto de cuotas por atención médica a pacientes no derechohabiente, con apego a la Guía Contabilizadora.
6		Realiza el depósito del importe recuperado en el banco y cuenta autorizada por la Tesorería General del Instituto.
7		Envía ficha de depósito a la Subdelegación de Administración correspondiente mediante oficio informando el concepto del mismo.
8		Recibe oficio y ficha de depósito
9		Elabora formato SM-27-8 "Autorización para el Ejercicio de Ingresos

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1004

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
10		Económicos por Atención Médica a no Derechohabientes Anexo IV.  Tramita ante la Subdirección General de Finanzas la radicación del pago de cuotas de recuperación por atención médica a no derechohabientes" enviando el formato SM-27-8 "Autorización para el Ejercicio de Ingresos Económicos por Atención Médica a no Derechohabientes.
11		Recibe documentación y tramita radicación de recursos a la delegación correspondiente y le informa
12		Recibe de la Subdirección General de Finanzas autorización para ejercer los ingresos por concepto de cuotas de recuperación por atención médica a no derechohabientes e informa a la Subdelegación de Administración de la asignación correspondiente.
13		Recibe información de la autorización para ejercer los ingresos, y aplica el 100 % a la unidad generadora.
14		Elabora informe mensual del ejercicio del gasto y envía el RMD-3 "Reporte Mensual por Delegación" Anexo V a la Subdirección General de Finanzas
15		Recibe "Pagaré" y expediente y otorga al paciente o a sus familiares 30 días hábiles para el pago por la atención médica proporcionada
15.1		¿Recibe pago? NO, Solicita asesoría jurídica la Unidad Jurídica Delegacional para seguir ejerciendo la cobranza. Termina Trámite.
15.2		SÍ, Elabora "Recibo de Pago" en original y cinco copias por el monto de la atención médica protegiendo la cantidad con letra. Continúa en la actividad No. 16.
16		Registra en el sistema contable el ingreso por concepto de cuotas por atención médica a pacientes no derechohabiente, con apego a la Guía Contabilizadora.
17		Realiza el depósito del importe recuperado en el banco y cuenta autorizada por la Tesorería General del Instituto.
18		Sigue trámite de recuperación de acuerdo a la actividad No. 10.  Termina el Procedimiento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

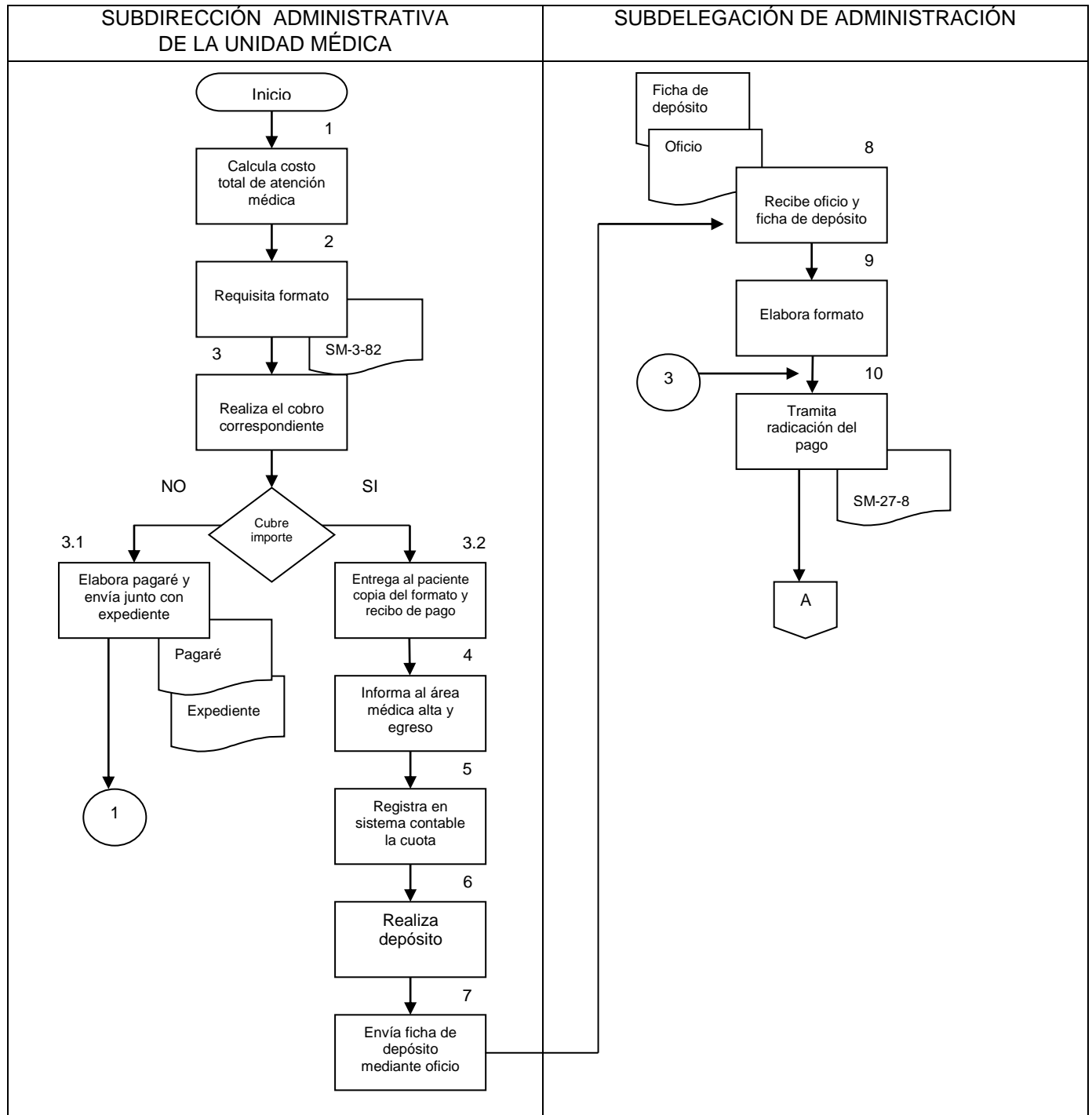
**Día Mes Año**

21 12 2007

**No. de Página**

1005

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**





**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

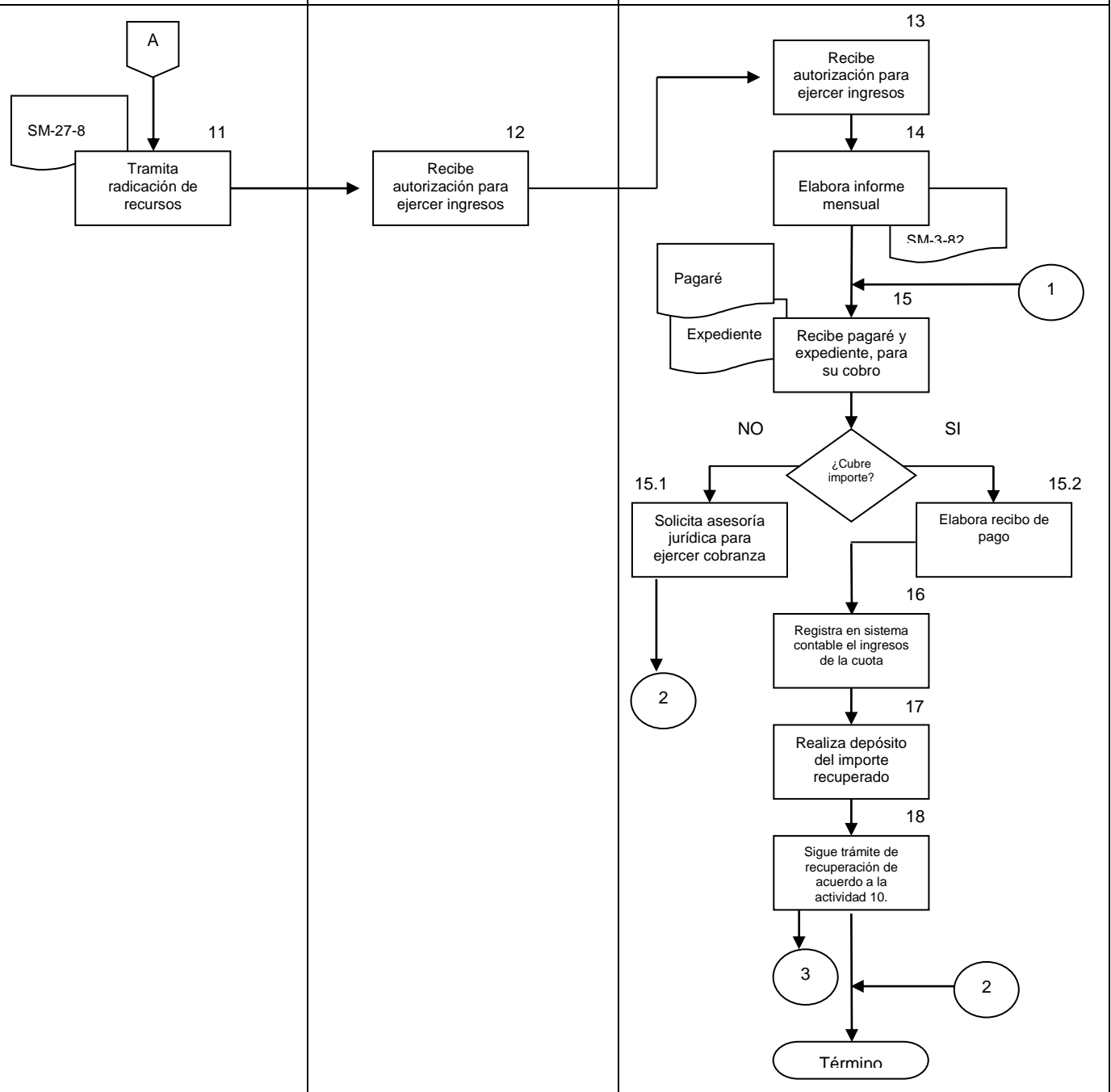
No. de Página

1006

**SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN**





**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

**Día Mes Año**

21 12 2007

**No. de Página**

1007

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

Tabulador de Cuotas de Recuperación por Atención Médica Pacientes No Derechohabientes. (Liquidación)

**7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES**

**8. ANEXOS**

Anexo I Formato SM-3-82 Importe por Atención Médica Proporcionada a no Derechohabientes  
Anexo II Pagaré  
Anexo III "Recibo de Pago"  
Anexo IV SM-27-8 Autorización para el Ejercicio de Ingresos Económicos por Atención Médica a no Derechohabientes  
Anexo V "Reporte Mensual por Delegación"

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

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



15. COBRO, REGISTRO Y  
APLICACIÓN DE CUOTAS POR  
ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO  
DERECHOHABIENTES

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES

SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1008

## 8. ANEXOS





**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1009

Anexo I Formato SM-3-82 Importe por Atención Médica Proporcionada a no Derechohabientes



**IMPORTE POR ATENCION MEDICA PROPORCIONADA A NO DERECHOHABIENTES (LIQUIDACION)**

UNIDAD HOSPITALARIA **(1)**  
NOMBRE DEL PACIENTE **(2)**  
FECHA DE INGRESO **(3)** FECHA DE EGRESO **(4)** FECHA DE DEPOSITO **(5)**

CONCEPTO	<b>(6) CARGOS</b>			ABONO <b>(7)</b>
	NUMERO	COSTO UNIT.	COSTO TOTAL	
CONSULTA (S) ESPECIALIZADA <b>(8)</b>				
DIA (S) HOSPITALIZACION <b>(9)</b>				
ACTO (S) QUIRURGICO(S) <b>(10)</b>				
ESTUDIOS DE LABORATORIO <b>(11)</b>				
ESTUDIOS DE GABINETE <b>(12)</b>				
ALIMENTOS <b>(13)</b>				
PAGOS PARCIALES <b>(14)</b>				
PASE DE CORTESIA <b>(15)</b>				
SUMA <b>(16)</b>				
DIFERENCIA <b>(17)</b>				
<b>SALDO (18)</b>	<b>APAGAR (19)</b>		<b>A REINTEGRAR (20)</b>	

LOS QUE SUSCRIBEN COMO RESPONSABLES DEL PACIENTE SE COMPROMETEN ANTE EL ISSSTE, A CUBRIR EL IMPORTE CORRESPONDIENTE A LA ATENCION MEDICA RECIBIDA.

LOS QUE SUSCRIBEN FAMILIAR, REPRESENTANTE DEL PACIENTE, RECIBEN DEL ISSSTE **(21)** COMO REINTEGRO

**(22)**  
NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR  
REPRESENTANTE Y/O PACIENTE

**(23)**  
VoBo  
DIRECTOR DE LA UNIDAD

**(24)**  
AUTORIZA  
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO

SM-3-82

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

**Día Mes Año**

21 12 2007

**No. de Página**

1010

**Instructivo de formato:**

Importe por Atención Médica Proporcionada a no Derechohabientes

**Clave del formato:**

SM-3-82

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	UNIDAD HOSPITALARIA	Nombre de la unidad hospitalaria que proporcionó el servicio
2	NOMBRE DEL PACIENTE	Nombre completo del paciente no derechohabiente
3	FECHA DE INGRESO	La fecha en que ingresa el paciente no derechohabiente a la unidad médica para su atención.
4	FECHA DE EGRESO	La fecha en que egresa el paciente no derechohabiente de la unidad médica.
5	FICHA DE DEPÓSITO	Día, mes y año del depósito o pago por la atención médica otorgada.
6	CARGOS	El número, costo unitario y costo total de los conceptos correspondientes.
7	ABONO	Los pagos parciales efectuados durante el proceso de cobro, correspondiente a cada concepto.
8	CONSULTA (S) ESPECIALIZADA	Lo correspondiente a los puntos 6 y 7.
9	DÍA (S) DE HOSPITALIZACIÓN	Lo correspondiente a los puntos 6 y 7.
10	ACTO (S) QUIRÚRGICO (S)	Lo correspondiente a los puntos 6 y 7.
11	ESTUDIOS DE LABORATORIO	El importe por estudios de laboratorio practicados al paciente.
12	ESTUDIOS DE GABINETE ALIMENTOS	El importe por estudios de gabinete practicados al paciente.
13	PAGOS PARCIALES	El importe de la alimentación proporcionada durante la estancia del paciente no derechohabiente.
14	PASES DE CORTESÍA	La sumatoria de las cantidades que se fueron abonando por concepto de la atención médica.
15	SUMA DIFERENCIA	En caso que se le haya otorgado el pase de cortesía por la Dirección General, incluir el porcentaje a cubrir en relación al costo total de la atención médica recibida.
	SALDO	En las columnas de cargos y abono,
	A PAGAR	La suma total que se deriva; después de la resta de cargos y abonos efectuados.
	A REINTEGRAR	La cantidad resultante de la operación realizada anteriormente.
15	LOS QUE SUSCRIBEN	

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1011

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
16	FAMILIAR O REPRESENTANTE DEL PACIENTE, RECIBEN DEL ISSSTE	La cantidad total por la atención médica proporcionada. La cantidad que se exceda entre el abono y los cargos totales, por la atención médica otorgada siempre y cuando esta favorezca al paciente. La cantidad total que se retribuirá al paciente, familiar o representante.
17	COMO REINTEGRO NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR, REPRESENTANTE O PACIENTE	
18		
19	VO. BO. (VISTO BUENO) DIRECTOR DE LA UNIDAD	El nombre completo y firma autógrafa del familiar, representante o paciente.
20		
21	AUTORIZA SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO	El nombre completo y firma autógrafa del Director de la unidad.  El nombre completo y firma autógrafa del Subdirector Administrativo de la unidad médica.
22		
23		
24		



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1012

**Anexo II Formato Pagaré**



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

**PAGARÉ**

FOLIO **1**

UNIDAD MEDICA : **2**

**3** D M A  
FECHA | | | | |

**4** BUENO POR: \$

DEBE(MOS) Y PAGARE(MOS) INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARE A LA

ORDEN DE:

**5**

LUGAR DE PAGO: **6**

FECHA DEL PAGO: **7**

LA CANTIDAD DE: **8**

Valor recibido a mi(nuestra) satisfacción. Este pagaré forma par al \_\_\_\_\_ y todos están sujetos a la condición de que, al no pag vencimiento, serán exigibles todos los que le sigan en número, a fecha de vencimiento de este documento hasta el día de su liquid moratorios al tipo \_\_\_\_\_ % mensual, pagadero en esta ciu más los gastos que por ello se originen.

te de una serie numerada del 1 arse cualquiera de ellos a su demás de los ya vencidos, desde la ación, causará intereses dad juntamente con el principal,

**DATOS DEL DEUDOR**

NOMBRE: **9**

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES: **10**

DIRECCION: **11**

ENTIDAD FEDERATIVA: **12** C.P.: **13** TEL.: **14**

POBLACION: **15**

ACEPTO (MOS)

**16**

NOMBRE(S) Y FIRMA(S)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

**Día**

**Mes**

**Año**

21

12

2007

**No. de Página**

1013

**Instructivo de formato:**

Pagaré

**Clave del formato:**

S/C

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FOLIO	El folio correspondiente al pagaré que se expida
2	UNIDAD MÉDICA	La Unidad Médica que expida el pagaré
3	FECHA	La fecha de expedición del pagaré
4	BUENO POR	La cantidad con número, comprometida en pesos y centavos.
5	DEBE(MOS) Y PAGARE(MOS) INCONDICIONALMENTE POR ESTE PAGARÉ A LA ORDEN DE:	La razón social del Instituto.
6	LUGAR DE PAGO	El lugar donde se efectuará el pago comprometido.
7	FECHA DEL PAGO	La fecha perentoria del pago correspondiente
8	LA CANTIDAD DE:	
8	NOMBRE DEL DEUDOR	La cantidad por pagar, con letra.
9	REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES	El nombre completo del deudor
10	DIRECCIÓN	El Registro Federal de Causantes del deudor y/o de la persona que lo representa.
11	ENTIDAD FEDERATIVA C.P.	La dirección completa del deudor
12	TEL:	La entidad federativa donde se ubica la dirección del deudor.
13		El código postal correspondiente a la dirección del deudor
13		El teléfono del domicilio del deudor o aquel donde se pueda establecer contacto con los familiares o representantes.
14	POBLACIÓN	La población o localidad donde se ubica el domicilio del deudor o de alguno de los familiares o representantes.
15	ACEPTO(MOS)...NOMBRE(S) Y FIRMA(S)	La firma del deudor, aquellas de los familiares o representantes así como, los nombres completos de estos.
16		

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1014

Anexo III Formato S/C Recibo de Pago



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

**RECIBO DE PAGO**

FECHA:

1

FOLIO:

2

UNIDAD MÉDICA:

3

DELEGACION:

4

RECIBI DE:

5

LA CANTIDAD DE: \$

6

COMO ANTICIPO PARA LA ATENCION MEDICA A PACIENTE NO DERECHOHABIE  
MISMA QUE SERA CONSIDERADA A CUENTA DE PAGO

NTE,

7

NOMBRE DEL PACIENTE:

8

DOMICILIO:

9

EN EL SERVICIO DE:

10

11

FIRMA DEL PACIENTE  
REPRESENTANTE FAMILIAR

NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

**Día**

**Mes**

**Año**

**No. de Página**

21

12

2007

1015

**Instructivo de formato:**

**Recibo de Pago**

**Clave del formato:**

S/C

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FECHA FOLIO	Anotar día, mes y año de la elaboración de este formato.
2		Anotar con foliador o imprenta desde el 00001 en adelante y/o retomar el N° consecutivo que se tenga.
3	UNIDAD MÉDICA	Anotar el nombre completo de la unidad médica donde se genere el documento.
4	DELEGACIÓN	Nombre de la delegación regional o estatal, correspondiente a la unidad médica que está generando el documento.
5	RECIBÍ DE...	Anotar el nombre completo previa identificación, del paciente no derechohabiente, su representante o su familiar.
6	LA CANTIDAD DE....	Anotar con número y letra la cantidad del depósito en pesos y centavos. El nombre completo del paciente
7	NOMBRE DEL PACIENTE DOMICILIO	El nombre completo del paciente El domicilio completo del paciente no derechohabiente previa comprobación.
8	EN EL SERVICIO DE...	
9	FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE O FAMILIAR	Anotar el nombre del servicio donde fue atendido y/o se atenderá. El nombre completo del Paciente, Representante o Familiar y firma del que rubrica.
10	NOMBRE Y FIRMA DEL CAJERO	
11		Nombre completo y firma del cajero y/o persona que recibe el depósito.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día Mes Año

21 12 2007

No. de Página

1016

**Anexo IV Formato SM-27-8 Autorización para el Ejercicio de Ingresos por Atención Médica a Pacientes no Derechohabientes**



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO DE INGRESOS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**SM -27 -8**

UNIDAD RESPONSABLE		CENTRO DE TRABAJO		PROGRAMA		SUBPROGRAMA		FECHA			
AUTORIZACION DEL EJERCICIO		ACCIONES A DESARROLLAR CON LOS NUEVOS RECURSOS Y JUSTIFICACION		ESTIMACION PRESUPUESTAL (MILES DE PESOS)		PARCIAL		TOTAL			
				2000 MATERIALES Y SUMINISTROS:							
RESULTADOS QUE ESPERA OBTENER		CUANTIFICACION U. MEDIDA CANTIDAD		PERIODO DE REALIZACION							
				5000 BIENES MUEBLES E INMUEBLES:							
ELABORO		FORMULA		AUTORIZA							
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO		SUBDELEGADO MEDICO		SUBDIRECTOR GENERAL DE FINANZAS							

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

**Día Mes Año**

21 12 2007

**No. de Página**

1017

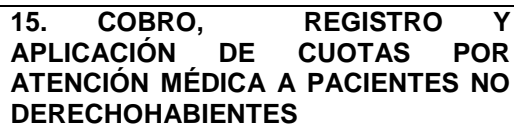
**Instructivo de formato:**  
**Autorización para el Ejercicio de Ingresos por Atención Médica a Pacientes no Derechohabientes**

**Clave del formato:**  
**SM-27-8**

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	FECHA	Día mes y año correspondiente a la fecha de solicitud
2	UNIDAD RESPONSABLE	Clave y Nombre de la Subdelegación Médica según su Delegación en la que se ubica el centro de trabajo que solicita la autorización de ingresos
3	PROGRAMA	En caso de que exista el nombre del programa
4	CENTRO DE TRABAJO	Clave de la unidad médica a conforme al Catálogo de Unidades Responsables y Centros de Trabajo.
5	SUBPROGRAMA	En caso del que exista el nombre del subprograma, donde se aplicarán los recursos.
6	AUTORIZACIÓN DEL EJERCICIO	La autorización de la Subdelegación de Administración para ejercer el Presupuesto.
7	ACCIONES A DESARROLLAR CON LOS NUEVOS RECURSOS Y JUSTIFICACIÓN	Describir brevemente en que se va a utilizar el monto de cuotas recuperadas.
8	RESULTADOS QUE ESPERA OBTENER	Describir brevemente los beneficios que espera con la aplicación de cuotas recuperadas.
9	CUANTIFICACIÓN	La unidad de medida y la cantidad establecida con base a los resultados esperados.
10	PERÍODO DE REALIZACIÓN	La fecha estimada en la que se ejercerán los recursos autorizados.
11	ESTIMACIÓN PRESUPUESTAL	Definir los parciales en relación a las actividades a desarrollar y el total por capítulo de gasto.
12	ELABORÓ	El nombre y firma del Subdirector Administrativo de la Unidad Médica que generó la Solicitud.
13	FORMULA	El nombre y firma del Subdelegado de Administración Delegacional.
14	AUTORIZÓ	El nombre y firma del Subdirector

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

1018

## NOMBRE Y FIRMA

TIPO B



**15. COBRO, REGISTRO Y APLICACIÓN DE CUOTAS POR ATENCIÓN MÉDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1019

**Instructivo de formato:**

Reporte Mensual por Delegación

**Clave del formato:**

RMD-3

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la Delegación Regional o Estatal correspondiente.
2	PERÍODO DE REPORTE AL MES DE....	El mes al que corresponda la información y el año actual.
3	UNIDAD MÉDICA	El nombre de cada una de las unidades médicas que otorgaron servicios médicos a no derechohabientes.
4	Nº DE DERECHOHABIENTE ATENDIDOS	El Número de no derechohabientes atendidos.
5	DÍAS CAMA UTILIZADOS	Días cama utilizados en la Atención a no Derechohabientes.
6	COSTO POR ATENCIÓN MÉDICA	Ingreso generado por la atención médica en pesos y centavos.
7	MONTO RECUPERADO	El monto recuperado por la unidad por la atención médica otorgada a no derechohabientes
8	COSTO POR PASE DE CORTESÍA	Monto total por concepto de pases de cortesía concedidos.
9	EXPEDIENTES REMITIDOS A LA UNIDAD JURÍDICA; NÚMERO.	El número de expedientes en el período
10	MONTO	Costo de los expedientes remitidos para cobro mediante el trámite jurídico del período reportado.
11	TOTALES	La suma total de cada uno de los conceptos reportados en el formato.
12	OBSERVACIONES	Aquellas que se consideren importantes derivadas de la información proporcionada.
13	SUBDELEGADO MÉDICO	El nombre completo y firma del Subdelegado Médico correspondiente
14	DELEGADO	El nombre completo y firma del Delegado correspondiente

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1020

**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS CAPTADOS POR  
ATENCIÓN A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1021

**1. OBJETIVO**

ESTABLECER EL PROCESO PARA EL EJERCICIO PRESUPUESTAL DE LOS INGRESOS CAPTADOS POR ATENCIÓN A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES, LOS CUALES DEBERÁN APLICARSE AL MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPO, ASÍ COMO A INSUMOS INHERENTES A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS OTORGADOS.

**2. POLÍTICAS DE OPERACIÓN**

1. LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE FINANZAS SOLICITARÁ A LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO LA AMPLIACIÓN PRESUPUESTAL CON BASE A LOS INGRESOS ADICIONALES OBTENIDOS POR LA ATENCIÓN A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES, CONFORME AL ART. 37 FRACCIÓN V DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN.
2. LOS RECURSOS QUE AUTORICE LA SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO SERÁN COMUNICADOS A LOS CENTROS DE TRABAJO QUE LOS GENERÓ, CON COPIA A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA PARA SU CONTROL Y SEGUIMIENTO, DENTRO DE LOS TRES DÍAS HÁBILES SIGUIENTES A LA FECHA DE RECEPCIÓN DEL OFICIO DE AUTORIZACIÓN.
3. LOS RECURSOS SE APLICARÁN EN UN 100% PARA CUBRIR LOS INSUMOS INHERENTES A LA PRESTACIÓN DE SERVICIO MÉDICO, AL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO E INSTALACIONES O EN SU CASO LA ADQUISICIÓN DE EQUIPO MÉDICO DE LA UNIDAD MÉDICA QUE GENERE EL INGRESO.
4. LA AMPLIACIÓN PRESUPUESTARIA QUE SE AUTORICE POR ESTE CONCEPTO, NO SERÁ REGULARIZABLE PARA EL SIGUIENTE EJERCICIO PRESUPUESTAL.
5. EL REGISTRO DE LA AMPLIACIÓN PRESUPUESTARIA SE EFECTUARÁ MEDIANTE LA SOLICITUD DE ADECUACIÓN, CONFORME LO ESTABLECE EL MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL EJERCICIO DEL PRESUPUESTO INSTITUCIONAL.
6. EL REGISTRO DEL EJERCICIO DEL GASTO SE REALIZARÁ A TRAVÉS DE LA CUENTA POR LIQUIDAR CERTIFICADA, COMO LO ESTABLECE EL MANUAL ANTES CITADO.
7. SERÁ MOTIVO DE FINCAMIENTO DE RESPONSABILIDADES, EL NO CUMPLIR CON LA NORMATIVIDAD PRESUPUESTARIA O NO EXPEDIR LA DOCUMENTACIÓN COMPROBATORIA CORRESPONDIENTE.



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1022

**3. DESARROLLO**

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el Procedimiento
1	UNIDAD MÉDICA DEL ISSSTE HOSPITAL REGIONAL HOSPITAL GENERAL	Formula "Reporte Mensual de Ingresos Captados por Atención a no Derechohabientes" en original y dos copias (Anexo I)
2	CLÍNICA HOSPITAL C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"	Envía para trámite correspondiente a las siguientes áreas:  Original a la Subdelegación de Administración o Subdirección Administrativa (Hospital Regional o C.M.N. "20 de Noviembre")  Copia a la Subdirección General Médica para su conocimiento y control.  Copia para su archivo
3	SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN O SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (HOSPITAL REGIONAL O C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE")	Recibe original del "Reporte Mensual de Ingresos Captados por Atención a no Derechohabientes" (Anexo I),
4	SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO	Registra en su control contable y solicita trámite de solicitud de ampliación presupuestal a la Subdirección General de Finanzas mediante el envío del "Reporte Mensual de Ingresos Captados por Atención a no Derechohabientes" (Anexo I).
5	SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO	Recibe "Reporte Mensual de Ingresos Captados por Atención a no Derechohabientes" (Anexo I) y solicita mediante oficio ampliación presupuestaria ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
6	SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO	Recibe oficio de "Solicitud de Ampliación Presupuestaria", analiza petición y comunica a la Subdirección General de Finanzas la procedencia o no de la ampliación.
7	SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN O SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (HOSPITAL REGIONAL O C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE")	Recibe comunicación de autorización o rechazo de la ampliación presupuestaria e informa mediante oficio al área solicitante.
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA		TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1023

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
8	SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO	Recibe oficio de comunicación de autorización o rechazo de ampliación presupuestaria y notifica a la unidad médica solicitante.
9	SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y/O SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (HOSPITAL REGIONAL O C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE")	Elabora la siguiente documentación, una vez autorizada la ampliación presupuestaria:  Solicitud de Adecuación Presupuestaria (original y copia) Cuenta por Liquidar Certificada (original y copias) Contrarecibo (original y copias)
10	TESORERÍA GENERAL	Registra y envía a la Subdirección General de Finanzas, archivando las copias correspondientes.
11	SUBDIRECCIÓN DE CONTADURÍA O DEPARTAMENTO DE FINANZAS	Recibe original y copias de Cuenta por Liquidar Certificada y Contrarecibo y revisa que la documentación esté debidamente requisitada:  Que la clave presupuestaria sea la correcta. Que reúna los requisitos fiscales y administrativos vigentes. Que no exceda la ampliación presupuestaria autorizada.  ¿Es procedente?
11.1		NO, Aclara error u omisión con el área solicitante. Regresa a la act. 4.
11.2		SÍ, Sella y firma originales y copias de Cuenta por liquidar Certificada y Contrarecibo e inicia trámite de pago
12		Registra en el S.I.P. o S.I.E.P. los movimientos presupuestarios de la Cuenta por Liquidar Certificada, archivando copia en su control de:  Cuenta por Liquidar Certificada. Relación de Cuentas por Liquidar Certificadas.
13		Distribuye la documentación a las siguientes áreas:  Tesorería General :  Original de la cuenta por Liquidar Certificada.  Relación de Cuentas por Liquidar Certificada. Copia de Contrarecibo

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1024

NO.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
14		Subdirección de Contaduría o Departamento de Finanzas (contabilidad)  Copia de Cuenta por Liquidar Certificada. Relación de Cuentas por liquidar.
15		Subdelegación de Administración  Copia de Cuenta por Liquidar Certificada. Original de Contrarecibo.
16		Recibe la siguiente documentación sellada y firmada de autorización:  Copia de Cuenta por Liquidar Certificada. Original de Contrarecibo
17		Registra en controles internos y entrega la documentación a la Unidad Médica del ISSSTE que genera el ingreso para que realice trámite de cobro.
18		Recibe la siguiente documentación debidamente requisitada y autorizada:  Copia de Cuenta por Liquidar Certificada. Original de Contrarecibo. Relación de Cuentas por Liquidar Certificadas
19		Autoriza y sella documentación.  Cancela documentación comprobatoria, extiende cheque o deposita en la cuenta de la Unidad Médica (beneficiarios) y envía a la Subdirección General de Finanzas la siguiente documentación:  Original de Cuenta por Liquidar Certificada. (Pagada). Original de Contrarecibo.  Recibe documentación de la Tesorería General y de la Subdirección general de Finanzas, registra, glosa y archiva.  Termina el Procedimiento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





# 16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS CAPTADOS POR ATENCIÓN A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES

### SUBDELEGACIÓN MÉDICA

Código:

Versión:

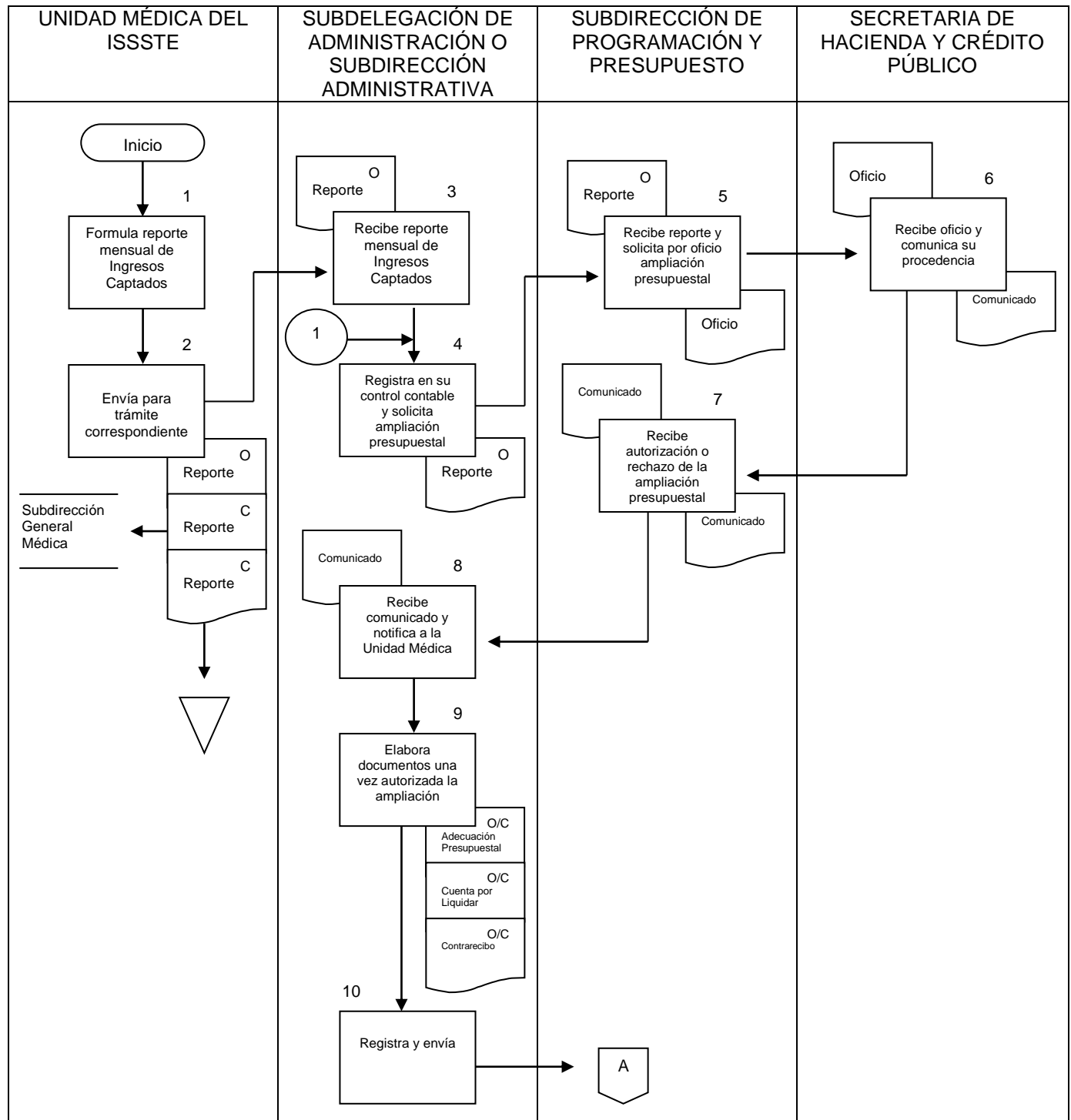
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1025

#### 4. DIAGRAMA DE FLUJO



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

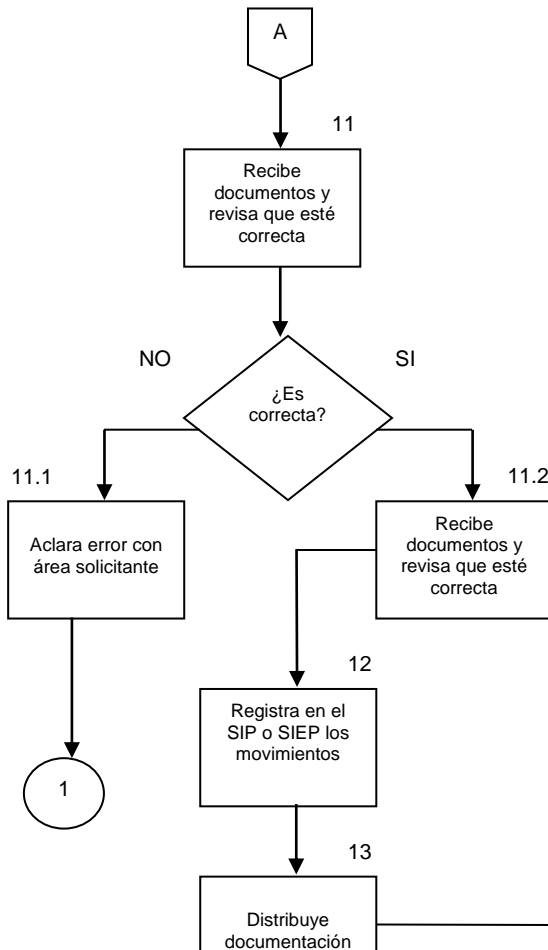
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1026

**SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMACIÓN Y  
PRESUPUESTO**

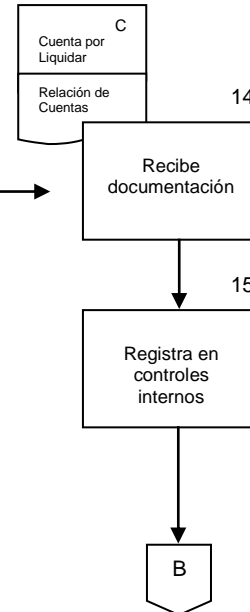
**SUBDELEGACIÓN DE ADMINISTRACIÓN**



Tesorería  
General

Subdirección  
de Contaduría

Relación de Cuentas	
Cuenta por Liquidar	O
Contrarecibo	C
Cuenta por Liquidar	C
Relación de Cuentas	
Cuenta por Liquidar	C
Relación de Cuentas	



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

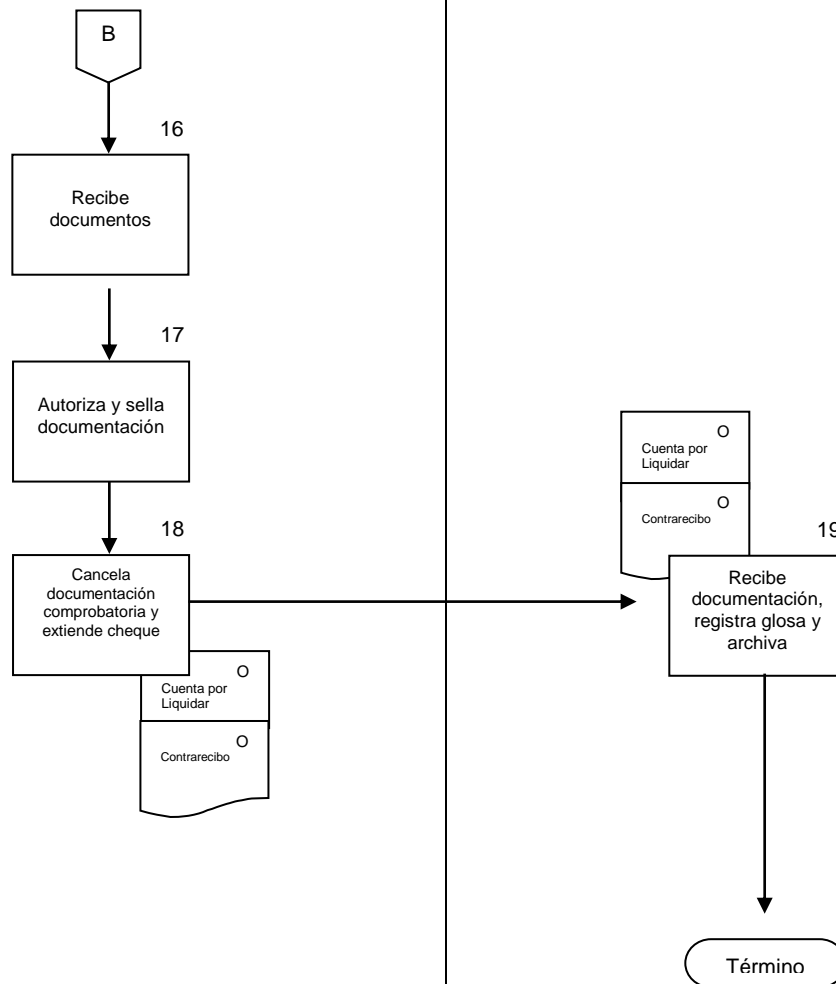
Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1027

**TESORERÍA GENERAL**

**SUBDIRECCIÓN DE CONTADURÍA**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1028

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición

**6. REFERENCIAS**

**7. TÉRMINOS Y  
DEFINICIONES**

**8. ANEXOS**

Anexo I "Reporte Mensual por Delegación".  
Anexo II. "Cuenta por Liquidar Certificada".\*  
Anexo III. "Relación de Cuentas".\*

*\* Solicitar formatos e instructivos al Área Normativa correspondiente.*

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Nombre	Nombre	Nombre
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1029

## **8. ANEXOS**



## SUBDELEGACIÓN MÉDICA

**Versión:**

Fecha de autorización		
Día	Mes	Año
21	12	2007

1030

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA  
ATENCION MEDICA A PACIENTES NO DERECHOHABIENTES  
REPORTE MENSUAL POR DELEGACION

DATOS GENERALES (1)  
 DELEGACIÓN:  
 PERIODO DE REPORTE AL MES D E: AÑO .

**RMD -3**

③ UNIDAD MEDICA	④ NO DH ATENDIDOS	⑤ DIAS -CAMA UTILIZADOS	⑥ COSTO POR ATENCION MEDICA	⑦ MONTO RECUPERADO	⑧ COSTO POR PASES DE CORTESIA	⑨ No.	EXP. REMITIDOS A LA U. JURIDICA ⑩ MONTO
TOTALES ⑪							

12 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13

NOMBRE Y FIRMA

14

NOMBRE Y FIRMA

TIPO B



**16. APLICACIÓN DE LOS INGRESOS  
CAPTADOS POR ATENCIÓN A  
PACIENTES NO DERECHOHABIENTES**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1031

**Instructivo de formato:**

Reporte Mensual por Delegación

**Clave del formato:**

RMD-3

NO.	NOMBRE	DEBE ANOTARSE
1	DELEGACIÓN	El nombre de la Delegación Regional o Estatal correspondiente.
2	PERÍODO DE REPORTE AL MES DE....	El mes al que corresponda la información y el año actual.
3	UNIDAD MÉDICA	El nombre de cada una de las unidades médicas que otorgaron servicios médicos a no derechohabientes.
4	Nº DE NO DERECHOHABIENTES ATENDIDOS	El Número de no derechohabientes atendidos.
5	DÍAS CAMA UTILIZADOS	Días cama utilizados en la Atención a no Derechohabientes.
6	COSTO POR ATENCIÓN MÉDICA	Ingreso generado por la atención médica en pesos y centavos.
7	MONTO RECUPERADO	El monto recuperado por la unidad por la atención médica otorgada a no derechohabientes
8	COSTO POR PASE DE CORTESÍA	Monto total por concepto de pases de cortesía concedidos.
9	EXPEDIENTES REMITIDOS A LA UNIDAD JURÍDICA; NÚMERO.	El número de expedientes en el período
10	MONTO TOTALES	Costo de los expedientes remitidos para cobro mediante el trámite jurídico del período reportado.  La suma total de cada uno de los conceptos reportados en el formato.
11	OBSERVACIONES	Aquellas que se consideren importantes derivadas de la información proporcionada.
12	SUBDELEGADO MÉDICO.	El nombre completo y firma del Subdelegado Médico correspondiente
13	DELEGADO	El nombre completo y firma del Delegado correspondiente
14		

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1032

**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE TIEMPO POR LA ATENCIÓN  
RECIBIDA EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1033

**1. OBJETIVO**

REGULAR LA EXPEDICIÓN DE LAS CONSTANCIAS DE TIEMPO QUE OTORGAN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO, A LOS TRABAJADORES O FAMILIARES QUE ASISTEN A CONSULTA, ESTUDIOS DE GABINETE O ANÁLISIS CLÍNICOS, CON EL FIN EVITAR EL USO IRRACIONAL DE LAS MISMAS

**2. POLÍTICAS**

1. EL PROCEDIMIENTO SERÁ DE APLICACIÓN OBLIGATORIA EN TODAS LAS UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVELES DE ATENCIÓN DEL INSTITUTO.
2. EL TRABAJADOR PODRÁ PRESENTAR A SU CENTRO DE TRABAJO, SÓLO LAS CONSTANCIAS DE TIEMPO, QUE SEAN FORMULADAS EN SU UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN O EN LOS HOSPITALES CORRESPONDIENTES A LA ZONA O REGIÓN.
3. CADA SERVICIO DE LAS UNIDADES MÉDICAS (CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS, LABORATORIO Y RAYOS X) SERÁ EL RESPONSABLE DE EXPEDIR AL TRABAJADOR, LA CONSTANCIA DE TIEMPO QUE ACREDITE ANTE LA DEPENDENCIA O CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA, LA ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA, ESTUDIOS DE GABINETE O ANÁLISIS CLÍNICOS.
4. LOS SERVICIOS DE LA UNIDAD MÉDICA TENDRÁN UNA TOLERANCIA DE 15 MINUTOS PARA EXPEDIR LA CONSTANCIA DE TIEMPO, UNA VEZ QUE EL TRABAJADOR TERMINE SU ATENCIÓN MÉDICA, ESTUDIOS DE GABINETE O ANÁLISIS CLÍNICOS.
5. LA UNIDAD MÉDICA QUE OTORGA CITA MÉDICA TELEFÓNICA O POR INTERNET, DEBERÁ AMPARAR AL TRABAJADOR EN CITA DE PRIMERA VEZ, 30 MINUTOS PREVIOS A LA HORA DE SU CITA Y 15 MINUTOS EN CITA SUBSECUENTE.
6. EN CASO DE QUE EL TRABAJADOR LLEVE A ALGÚN FAMILIAR A CONSULTA MÉDICA O A LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE LABORATORIO O GABINETE, LA CONSTANCIA SE EXTENDERÁ A NOMBRE DEL PRIMERO, ESPECIFICANDO QUIEN RECIBIÓ LA ATENCIÓN MÉDICA Y EL PARENTESCO CON LA PERSONA.
7. EL COORDINADOR DEL SERVICIO QUE OTORQUE CONSTANCIAS DE TIEMPO, SERÁ EL RESPONSABLE DE LLEVAR EL CONTROL DE LA EXPEDICIÓN DE LAS MISMAS Y DEBERÁ RENDIR UN INFORME MENSUAL AL DIRECTOR DE LA UNIDAD.
8. NINGUNA CONSTANCIA DE TIEMPO POR LA ATENCIÓN EN LA UNIDAD MÉDICA TENDRÁ VALIDEZ, CUANDO CAREZCA DEL NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE LA EXTIENDE Y DEL SELLO DE LA UNIDAD MÉDICA CORRESPONDIENTE.
9. NO SE OTORGARÁN CONSTANCIAS DE TIEMPO A LOS TRABAJADORES QUE ASISTAN A LA UNIDAD MÉDICA A REALIZAR TRAMITES ADMINISTRATIVOS.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1034

10. LA EXPEDICIÓN PRESUNTAMENTE FRAUDULENTO DE LAS CONSTANCIAS DE TIEMPO EN LAS UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO, TRAERÁ CONSIGO LA SANCIONES ADMINISTRATIVAS ESTABLECIDAS EN LA LEY DEL ISSSTE Y EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES ADMINISTRATIVAS DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS CONFORME A LOS ARTÍCULOS 13 Y 30.



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1035

**3. DESARROLLO**

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
		Inicia el procedimiento
1	DERECHOHABIENTE	Acude a la Unidad Médica a consulta (programada o de urgencia), laboratorio o al servicio de rayos X.
2	SERVICIO DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe al paciente con su documentación y proporciona la atención requerida
3	DERECHOHABIENTE	Solicita en el Servicio en el que se le dio la atención, una constancia de tiempo, y presenta al apoyo administrativo, en su caso la orden de resultados de laboratorio o la nota del Servicio de urgencias
4	SERVICIO DE LA UNIDAD MÉDICA (APOYO ADMINISTRATIVO)	Recibe la petición, revisa la agenda de citas, la orden de resultados de laboratorio o la copia de la hoja del servicio de urgencias según sea el caso.
5		Requisita la constancia de tiempo en original, escribe nombre, firma y el sello de la Unidad médica o del servicio y la proporciona al derechohabiente. Continúa en la actividad 7.
6		Realiza un registro de las constancias otorgadas por día, y entrega al Coordinador o Responsable del Servicio Continúa en la actividad 8.
7	DERECHOHABIENTE	Recibe la Constancia de Tiempo del Servicio en el que se le proporcionó atención, para que la presente a su centro de trabajo. Concluye el procedimiento en esta actividad
8	COORDINADOR O RESPONSABLE DEL SERVICIO	Recibe el registro de constancias otorgadas por día, Realiza un informe mensual del registro de las constancias de tiempo envía al Director de la Unidad Médica.
9	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Recibe, revisa, valida, concentra y envía a la Subdelegación Médica, un informe sobre la expedición de constancias de tiempo en la Unidad.
10	SUBDELEGACIÓN MÉDICA	Recibe y revisa informe sobre la expedición de constancias de tiempo en la Unidad Médica.  ¿Se detectaron inconsistencias en la expedición de constancias de tiempo?

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1036

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD
10.1	DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA	Sí: Indica las acciones correctivas a aplicar y envía al Director de la Unidad. Continúa en la actividad 11.
10.2		No: Archiva informe.
11		Recibe y atiende indicación de acciones correctivas, y remite el informe a la Subdelegación Médica sobre las acciones implementadas.
12		Recibe el informe de la Unidad Médica con las acciones correctivas, analiza y verifica durante las visitas de supervisión el cumplimiento de las acciones propuestas.  Termina el procedimiento

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

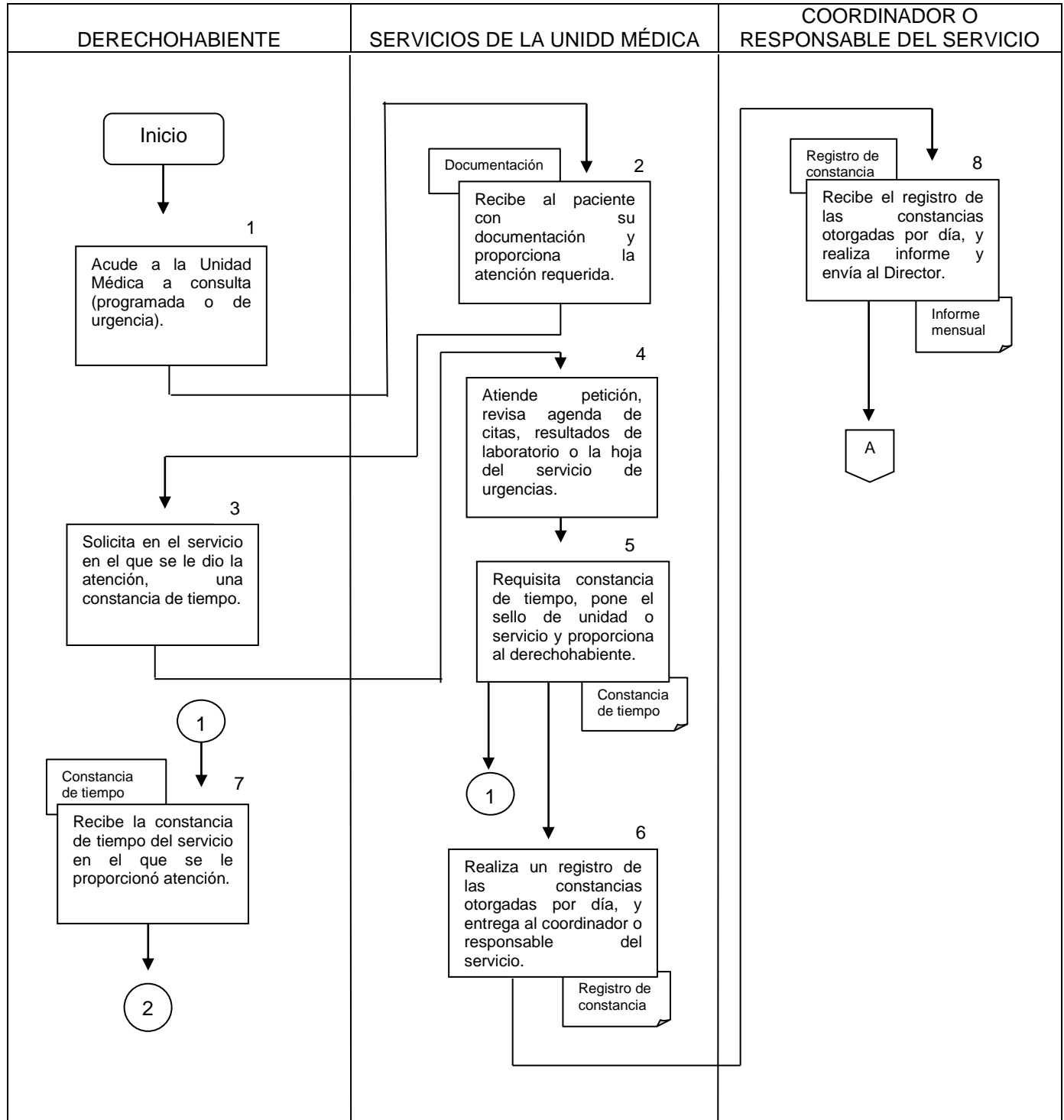
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1037

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

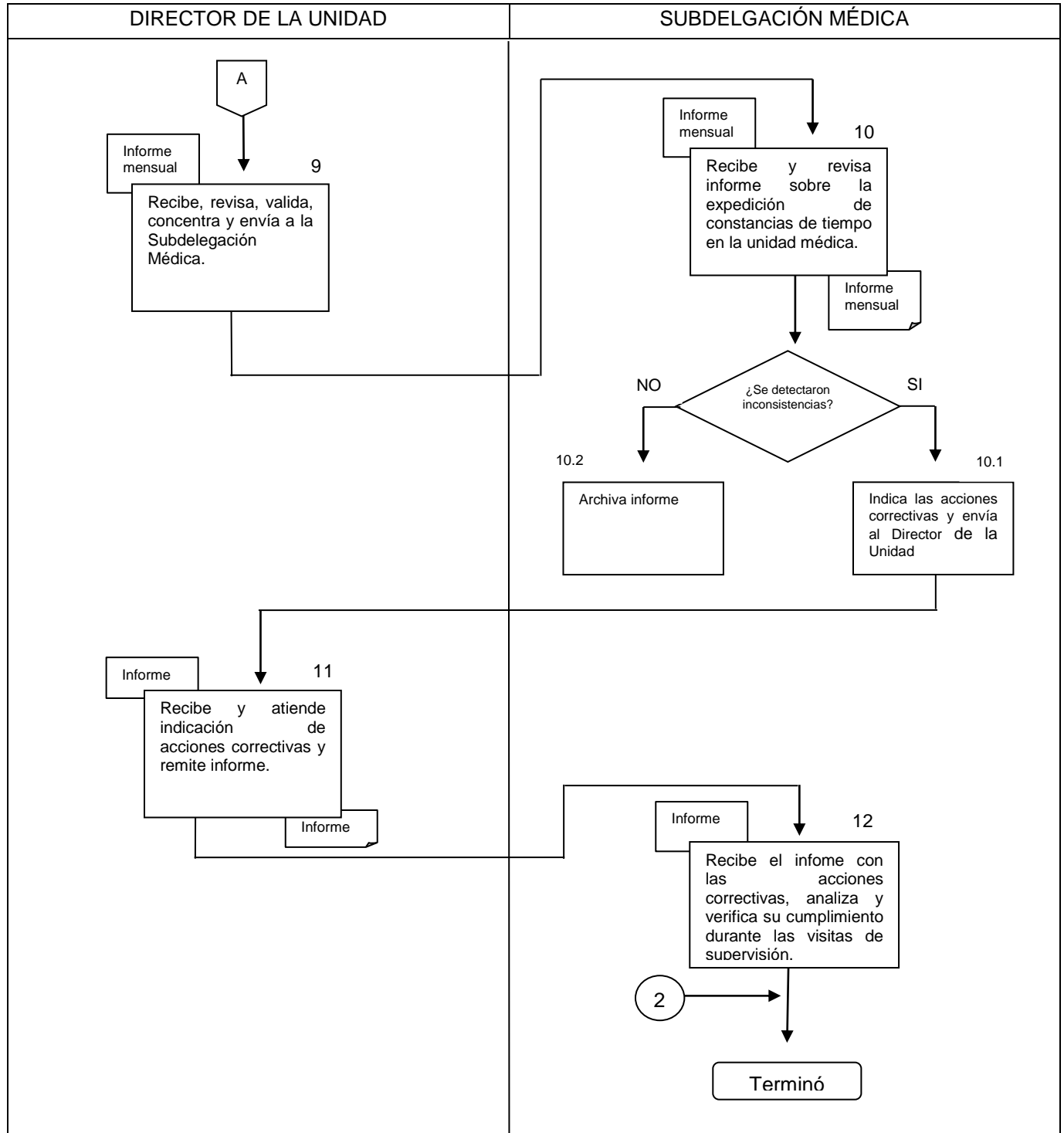
Fecha de autorización

Día	Mes	Año
21	12	2007

No. de Página

1038

**4. DIAGRAMA DE FLUJO**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1039

**5. REGISTROS**

Nombre del Registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de Retención	Protección	Disposición
6. REFERENCIAS					
7. TÉRMINOS Y DEFINICIONES					
8. ANEXOS	Constancio de tiempo				

**9. RESUMEN DE CAMBIOS**

Página	Punto ó Sección del Documento	Resumen y Motivo del Cambio

Lic. Mónica González Ortega	Dr. Tomás Gómez Castillo	Dr. Francisco García Palomino
Elaboró	Revisó	Aprobó

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1040

## **8. ANEXOS**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1041



Instituto de Seguridad  
y Servicios Sociales  
de los Trabajadores  
del Estado

**SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA**

Unidad Médica:

1

México D.F., a

de

de 20

2

A Quien  
corresponda:

Por medio de la presente se hace constar que

3

asistió el día de hoy a la consulta externa de este  
Centro

Hospitalario al Servicio  
de

4

entre las \_\_\_\_\_ y las \_\_\_\_\_ horas.

5

A petición del interesado y para los fines que estime convenientes se expide la presente  
constancia que no surte efectos de licencia médica.

Atentamente

6

c.c.p Interesado

c.c.p archivo

Nombre y sello

SM 3-9

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**17. EXPEDICIÓN DE CONSTANCIA DE  
TIEMPO POR LA ATENCIÓN RECIBIDA  
EN LAS UNIDADES MÉDICAS**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de autorización**

Día	Mes	Año
21	12	2007

**No. de Página**

1042

**Instructivo del formato:** CONSTANCIA DE TIEMPO

**Clave del Formato:** SM-3-9

<b>N o.</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>DEBE ANOTARSE</b>
1	UNIDAD MÉDICA	Nombre de la Unidad Médica que elabora la constancia.
2	FECHA	Día, Mes y año en el que se elabora la constancia de tiempo
3	NOMBRE	Nombre del paciente que fue atendido en la Unidad Médica
4	SERVICIO	Nombre del Servicio en el que fue atendido el paciente
5	TIEMPO	Tiempo de atención en la Unidad Médica (se deben considerar las políticas 4 y 5 del presente procedimiento)
6	NOMBRE Y SELLO	Nombre de la persona que expide la constancia de tiempo, sello de la unidad médica o del servicio en el que se brindó la atención al paciente.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA  
CLÍNICA DE DETECCIÓN Y  
DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS  
(CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

**Día**

**Mes**

**Año**

**No. de Página**

12

08

2016

1043

## **Atención Preventiva en la Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA)**

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1044

## **I. Objetivo**

Proporcionar a las dependencias, entidades y representaciones sindicales los requisitos de solicitud de consulta médica preventiva en la Clínica de Detección de Diagnóstico Automatizados (CLIDDA), para diagnosticar los problemas incipientes de los trabajadores en activo, jubilados y pensionados de la administración pública y que coticen al servicio médico del Instituto, mediante estudios de laboratorio, gabinete y valoración médica integral.

## **II. Políticas de operación**

1. La Clínica de Detección de Diagnóstico Automatizados (CLIDDA) proporcionará el servicio de detección de probables patologías a trabajadores en activo de 25 años de edad en adelante, así como también a jubilados y pensionados, que se encuentren en buenas condiciones de salud, los cuales hayan sido previamente programados y autorizados por las dependencias, entidades y representaciones sindicales.
2. La CLIDDA otorgará los servicios de atención médica de lunes a viernes en los siguientes horarios:
  - a) Para primera cita (día de recorrido) 7:00 turno matutino y 13:30 horas turno vespertino.
  - b) Para segunda cita (entrevista médica y entrega de resultados) de 7:00 a 14:00 para turno matutino y de 14:00 a 20:00 horas para turno vespertino.
3. El Director de la CLIDDA será el responsable de:
  - 3.1 Establecer un convenio de colaboración con cada una de las dependencias, entidades y representaciones sindicales, mismo que servirá para la programación de atención médica en la CLIDDA.
4. La Coordinación de Atención al Derechohabiente de la CLIDDA deberá:
  - 4.1 Informar a las dependencias, entidades, representaciones sindicales, al momento de firmar el convenio de colaboración, sobre los servicios que otorga CLIDDA y proporcionará la hoja de requisitos (Anexo 4) a los que se ajustarán todos los trabajadores, que son los siguientes:
    - a) No presentar una enfermedad evolutiva (crónica) y que se encuentre en aparente buen estado de salud.
    - b) Personal cuyo trabajo haya sido dictaminado de alto riesgo quedará exento de los rangos de edad establecidos.
  - 4.2 Identificar y verificar la programación de los pacientes en el sistema integral CLIDDA y requisitar el formato "Solicitud de Programación" (Anexo 1), a través de un número de ramo designado por el sistema integral CLIDDA.
  - 4.3 Solicitar semanalmente, a través de oficio, a la dependencia, entidad, representación sindical, que envíe, mediante el mismo medio, el nombre del enlace que fungirá como responsable de la programación de los pacientes.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1045

- 4.4 Establecer un acuerdo de comunicación asertiva entre y con los enlaces de cada dependencia, entidad, representación sindical para la entrega de los formatos de Solicitud de Programación (Anexo 1), Pase de Atención con Hoja de Requisitos (Anexo 2) y demás información que requiera de la CLIDDA.
- 4.5 Revisar que los formatos de Solicitud de Programación F-CADH-02 estén debidamente requisitados por la dependencia, entidad, representación sindical.
5. Será responsabilidad de la Coordinación de Atención al Derechohabiente programar a los trabajadores en el Sistema Integral de la CLIDDA; y, solamente en casos excepcionales podrán dar la autorización correspondiente el Director y Subdirector Médico identificando estos casos con los números de Ramo 121, 122 y 123 respectivamente.
6. El enlace de la dependencia, entidad, representación sindical será el responsable de entregar a sus trabajadores el Pase de Atención y Hoja de Requisitos (Anexo 2), notificando la fecha y horario en la que debe presentarse a su consulta en la CLIDDA.
7. El Servicio de Bioestadística de la CLIDDA será el responsable de integrar diariamente los resultados de estudios de laboratorio y gabinete los cuales son distribuidos a los médicos de la consulta, a través del formato SM10-1 "Informe Diario de Labores del Médico" (Anexo 3), mediante el Sistema Integral CLIDDA, para la entrevista médica y entrega de resultados.
8. El Servicio de Admisión de la CLIDDA, entregará a cada asistente el Pase de Atención y Hoja de requisitos (Anexo 3), con fecha, sello y horario de cita para valoración médica y odontológica.
9. Las unidades médicas de segundo y tercer nivel de atención, aceptarán a los pacientes referidos por la CLIDDA que cuenten con el formato SM1-17 para continuar su atención, en caso de que ésta haya detectado algún padecimiento propio de la unidad médica, para continuar con su atención.
10. Para formalizar el envío de pacientes a unidades médicas de otros niveles de atención, la Dirección de la CLIDDA, a través de Trabajo Social, deberá establecer comunicación con el área de referencia y contrareferencia de pacientes para programar las citas.
11. El Servicio de Enfermería, al término de la jornada diaria en la CLIDDA, entregará al Servicio de Bioestadística las hojas SM-10-1 "Informe Diario de Labores del Médico" (Anexo 3) para realizar su registro.
12. El Servicio de Bioestadística de la CLIDDA será el responsable de llevar a cabo la captura, una vez terminada la consulta médica, en el SIMEF de los diagnósticos que se generen, una vez que el paciente acuda a su segunda cita (entrevista médica).

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

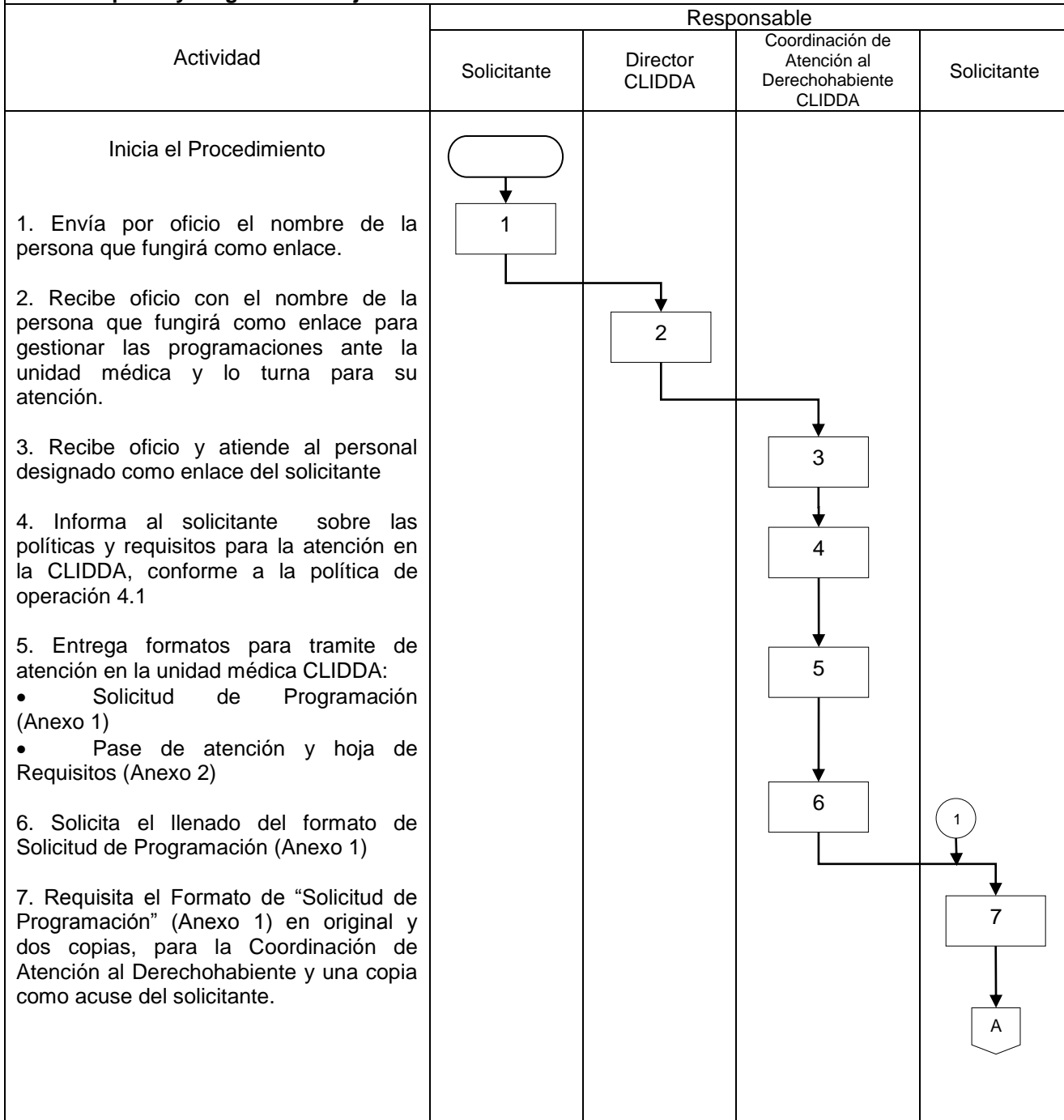
**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1046

**III. Descripción y diagrama de flujo**



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

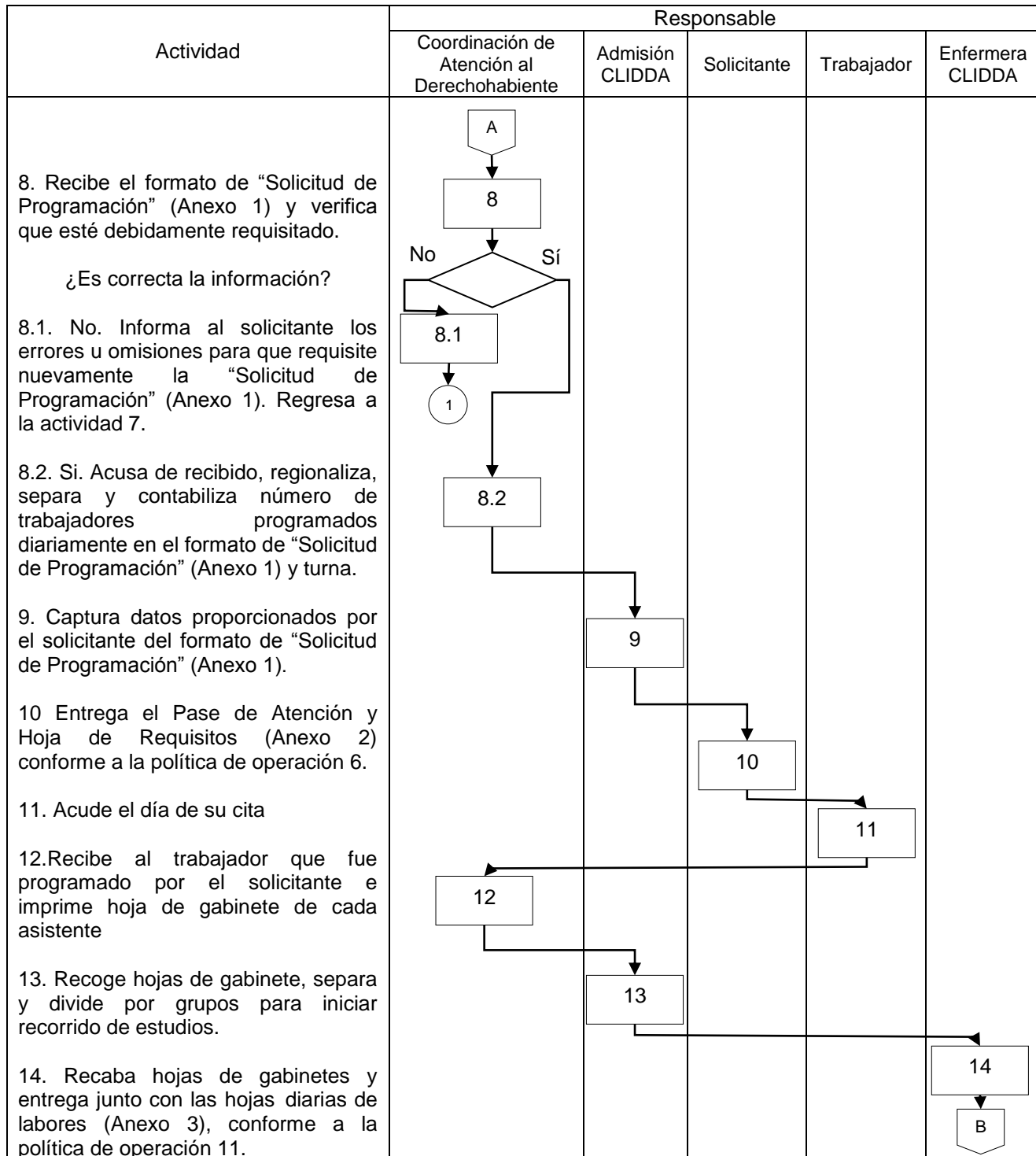
**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1047



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

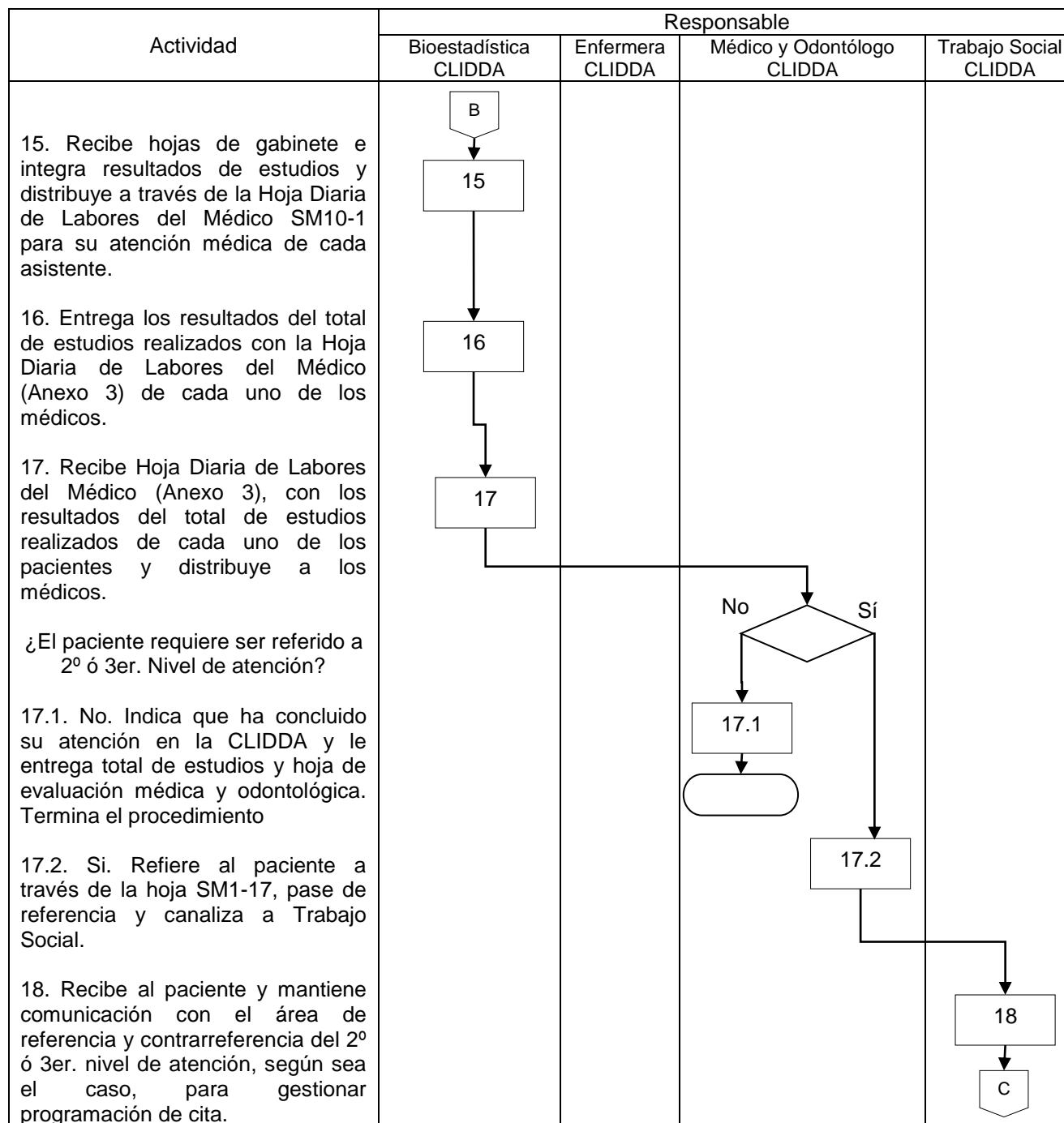
**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1048



DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

**Día**

**Mes**

**Año**

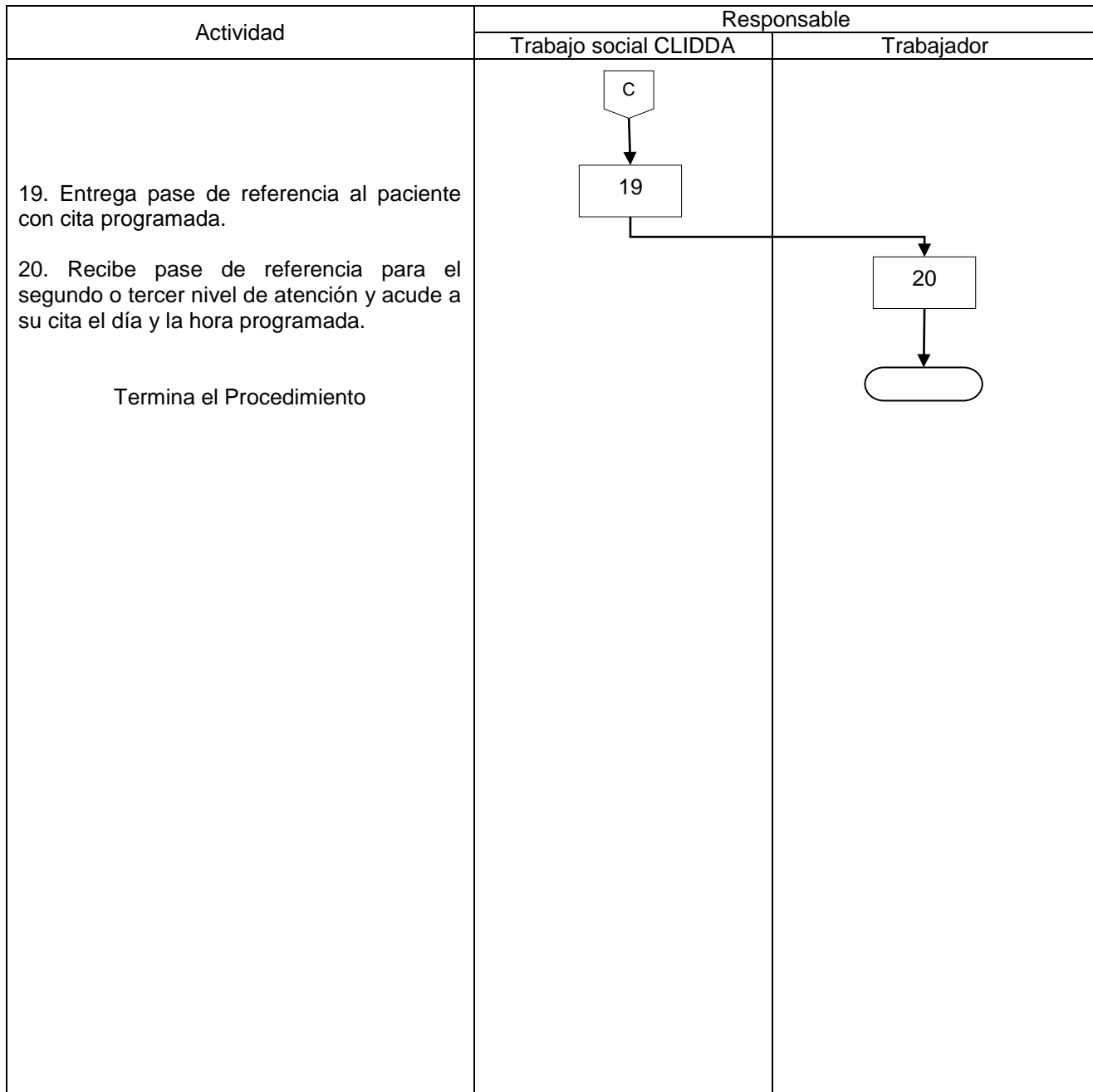
12

08

2016

**No. de Página**

1049





**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1050

**IV. Registros**

Nombre del registro	Almacenamiento	Ordenado por	Tiempo de retención	Protección	Disposición
Hoja diaria de labores del médico SM10-1	Impreso	Mes	5 años	Carpeta o archivo resguarda en la oficina de Bioestadística	Archivo de Concentración
Pase de referencia SM1-17	Impreso	Mes	3 años	Carpeta o archivo resguarda en la oficina de Trabajo Social	Archivo de concentración

<b>V. Referencias</b>	Ley del ISSSTE, Artículos 1 y 34 fracción III. Reglamentos de Servicios Médicos, artículos 1 y 24.
<b>VI. Glosario</b>	<b>SIMEF.-</b> Sistema Médico Financiero <b>Solicitante.-</b> Dependencias, Entidades y Representaciones Sindicales
<b>VII. Relación de anexos</b>	Anexo 1.- Solicitud de Programación (F-CADH-02) Anexo 2.- Pase de Atención y hoja de requisitos (F-CADH-03) Anexo 3.- Informe Diario de Labores del Médico (SM10-1 ) Anexo 4.- Hoja de requisitos.

**VIII. Resumen de cambios**

Este instrumento es de nueva creación con base en lo estipulado por la Ley del ISSSTE, publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 18 de junio de 2014, el Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE, publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el 9 de junio de 2011.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA  
CLÍNICA DE DETECCIÓN Y  
DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS  
(CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

**Día**

**Mes**

**Año**

12

08

2016

**No. de Página**

1051

## 9. Anexos

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1052

**Anexo 1**



DELEGACION REGIONAL SUR  
SUBDELEGACION MEDICA  
CLINICA DE DETECCION Y DIAGNOSTICO AUTOMATIZADOS  
CLID.D.A.

**FORMATO DE SOLICITUD DE PROGRAMACION**

Dependencia: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
Ramo: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
Turno: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

CURP	NOMBRE (Iniciando por Apellido)	Edad	Sexo	Estado Civil	Domicilio Particular (colonia, deleg/Estado)	Telefono	Escolaridad	Clínica de Adscripción
7	8	9	10	11	12	13	14	15

\*Los datos personales proporcionados por Usted serán protegidos en términos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y a los lineamientos de Protección de datos personales emitidos por el INAI\*

F-CADH-02

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA  
CLÍNICA DE DETECCIÓN Y  
DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS  
(CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE  
DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1053

**Instructivo de llenado del formato de solicitud de programación**

**F-CADH-02**

No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Dependencia	Nombre de la dependencia o sindicato que le programa.
2.	Responsable	Nombre de la persona que programa a los trabajadores.
3.	Ramo	Número de la Dependencia/Sindicato donde labora.
4.	Teléfono	Número telefónico de la persona que programa.
5.	Turno	Horario designado pudiendo ser 7:00 hrs (matutino) o 13:30 hrs (vespertino).
6.	Fecha	Fecha de programación (día, mes y año).
7.	CURP	Cédula Única de Registro de Población del trabajador.
8.	Nombre (iniciando por apellido)	Apellido Materno, Paterno y Nombre (s) del trabajador.
9.	Edad	Años cumplidos del trabajador.
10.	Sexo	M.- para masculino, o F.- para femenino, según sea el caso.
11.	Edo civil	Estado civil del trabajador.
12.	Domicilio Particular	Calle, Número, Colonia, Delegación, estado del domicilio del trabajador.
13.	Tel. Privado/ Trabajo	Teléfono de casa y trabajo del trabajador.
14.	Escolaridad	Último grado de estudios del trabajador.
15.	Clínica de Adscripción	Nombre de su Clínica de Medicina Familiar.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de actualización

Día	Mes	Año
12	08	2016

No. de Página

1054

**Anexo 2**



**DIRECCION MEDICA  
DELEGACION REGIONAL SUR  
SUBDELEGACION MEDICA  
CLLD.D.A.**

**PASE PARA ATENCION**

Favor de presentarse el día:	1		
En el turno Matutino	2	Vespertino	2

Ramo	3
Dependencia/Sindicato	4
Clínica de Adscripción	5

**DATOS DEL PACIENTE**

TIPO DE DERECHOHABIENTE	6				
CURP	7				
NOMBRE	8				
EDAD	9	SEXO	10	EDO. C.	11
ESCOLARIDAD	12				
COLONIA	13				
DELEGACION	14				
CIUDAD	15				
ESTADO	16				

Número de Carnet	17
Fecha de Segunda Cita	18
Hora de Segunda Cita	19
Nombre del Médico	20

F-CADH-03

Para uso exclusivo de CLIDDA

Favor de presentarse con este pase el día y turno que se señalan

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1055

**Instructivo de llenado para el formato: Pase para Atención**

F-CADH-03

No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Favor de presentarse el día	Fecha de programación.
2.	En el turno	Matutino o Vespertino, según corresponda, y el horario designado pudiendo ser 7:00 o 13:30.
3.	Ramo	Número de la Dependencia/Sindicato donde labora.
4.	Dependencia/Sindicato	Nombre de la dependencia o sindicato que le programa.
5.	Nombre Clínica de Adscripción	Nombre de su Clínica de Medicina Familiar.
6.	Tipo de Derechohabiente	Trabajador, Trabajadora, Jubilado (a).
7.	CURP	Cédula Única de Registro de Población del trabajador.
8.	Nombre	Apellido Materno, Paterno y Nombres del trabajador.
9.	Edad	Años cumplidos del trabajador.
10.	Sexo	Masculino o Femenino, según sea el caso.
11.	Edo civil	Estado civil del trabajador.
12.	Escolaridad	Último grado de estudios del trabajador.
13.	Colonia	Colonia del domicilio del trabajador.
14.	Delegación	Delegación del domicilio del trabajador.
15.	Ciudad	Ciudad donde radica el trabajador.
16.	Estado	Estado donde radia el trabajador.
17.	Número de Carnet	Número de identificación designado por el Sistema Integral.
18.	Fecha de Segunda Cita	Día, mes y año que va a ser atendido paciente en segunda cita.
19.	Hora de Segunda Cita	Hora en que va a ser atendido en segunda cita.
20.	Nombre del Médico	Médico que le diagnosticará y emitirá recomendaciones.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de actualización

Día	Mes	Año
12	08	2016

No. de Página

1056

Anexo 3



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**INFORME DIARIO DE LABORES DEL MEDICO**

FECHA (1)

**Dirección Médica**

2	3	4	5	6	7
NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO	FIRMA	CLAVE	ESPECIALIDAD	HORARIO DE CONSULTA	LOCALIDAD Y ENTIDAD

PARA SUBSTITUCIONES: NOMBRE DEL MEDICO SUBSTITUTO

FIRMA:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE VALIDO LA VIGENCIA DE DERECHOS:

Núm de consulta (8)	Nombre del Paciente (9)	Expediente (10)	RFC (11)	Sexo y Edad (12)		For á neo (13)	Solicitud a: (14)				Depen- dencia (16)	Motivo de la Consulta (17)	
				M (12.1)	F (12.2)		Lab (14.1)	Rx (14.2)	OT RO S (14.3)	Sub (15)		Códig o (17.1)	Diagnóstico (17.2)
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													

SM10-1

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B





**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1057

**Instructivo del formato: Informe Diario de Labores del Médico**

SM-10 – 1

No.	Nombre	Debe anotarse
1.	Fecha	Día, mes y año de segunda cita.
2.	Nombre completo del Médico	Nombre completo del Médico que atiende la consulta.
3.	Firma	Rúbrica del Médico que atiende la consulta.
4.	Clave	Clave del Médico que atiende la consulta.
5.	Especialidad	Especialidad del médico que atiende la consulta.
6.	Horario de consulta	Horario en el que el Médico atiende sus consultas.
7.	Localidad y Entidad	Ciudad de México.
8.	Número de Consulta	Número consecutivo de Pacientes
09.	Nombre del Paciente	Apellido Materno, Paterno y Nombre(s).
10.	Expediente	Cédula Única de Registro de Población del paciente.
11.	RFC	Registro Federal de Contribuyentes del paciente.
12.	Sexo y Edad	M (masculino) o F (femenino), según corresponda y en el cuadro indicar los años cumplidos del paciente.
13.	Foráneos	Una X si es del interior de la república.
14.	Solicitud	Tipo de estudios que tiene el paciente.
14.1.	Laboratorios	Se marca con una paloma.
14.2.	Rayos X	Si es Mastografía con una M. Si es un Ultrasonido con una USG. Si es un Tele de Tórax con una T.
14.3.	Otros	Si es una Citología con una C. Si es una Densitometría con una D.
15.	Subsecuentes	Se marca con una X.
16.	Dependencia	No se deberá llenar este campo.
17.	Motivo de Consulta	
17.1.	Código	Rubro que utiliza el área de Bioestadística.
17.2.	Diagnóstico	El diagnóstico del Médico de consulta.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

Código:

Versión:

Fecha de actualización

Día	Mes	Año
12	08	2016

No. de Página

1058



**CLIDDA**

Av. Universidad 1321, Col. Florida, Deleg. Álvaro Obregón C. P. 01030

**HOJA DE REQUISITOS**

La Clínica de Detección y Diagnóstico Automatizados (CLIDDA), atiende a los pensionados y jubilados, así como a los trabajadores en activo, aparentemente sanos (mujeres y hombres de 25 años de edad en adelante) de la Administración Pública que coticen al servicio médico del Instituto, que no estén en tratamientos por algún padecimiento crónico-degenerativo.

Con base a lo anterior, es importante que los candidatos cumplan con los siguientes **requisitos**:

1. SER PROGRAMADO ANTICIPADAMENTE AL DÍA DE SU CITA, A TRAVÉS DE SU DEPENDENCIA, ENTIDAD O REPRESENTACIÓN SINDICAL.
2. ASISTIR **SOLOS (SIN ACOMPAÑANTES)** Y PUNTUALMENTE EL DÍA Y A LA HORA INDICADA EN LA PARTE FRONTAL DEL PASE DE ATENCIÓN; EN TURNO MATUTINO A LAS 7:00 HRS. Y EN TURNO VESPERTINO A LAS 13:30 HRS. **SEGÚN SEA EL CASO**. UNA VEZ INICIADO EL PROCESO DE ATENCIÓN **NO** ES POSIBLE INCLUIR A NADIE MÁS EN EL SISTEMA.
3. **DISPONER DEL TIEMPO SUFICIENTE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS ESTUDIOS, LOS CUALES REQUIEREN POR LO MENOS DE DOS VISITAS A LA UNIDAD.**
4. PRESENTAR EN EL ÁREA DE ADMISIÓN SU PASE DE ATENCIÓN CON TODOS LOS DATOS QUE SE SOLICITAN Y TRAER UNA PLUMA.
5. **IDENTIFICARSE MEDIANTE SU CURP, CREDENCIAL DE TRABAJADOR Ó CREDENCIAL DE ELECTOR Y SU ÚLTIMO TALÓN DE PAGO (quincenal). SIN ESTOS NO SE PODRÁ DAR ATENCIÓN.**
6. **ASISTIR EN AYUNO** NO INGERIR ALIMENTOS DURANTE LAS **8 HORAS** ANTERIORES A SU CITA (**SI SU CITA ES EN EL TURNO MATUTINO CENAR ANTES DE LAS 12:00 HRS. Y SI SU CITA ES EN TURNO DE LAS 13:30 HRS. DESAYUNAR ANTES DE LAS 6:00 AM UN POCO DE FRUTA Y JUGO SIN ENDULZANTES**) PUEDEN TRAER UN PEQUEÑO REFRIGERIO PARA QUE AL TÉRMINO DE LA TOMA DE SANGRE LO INGERAN Y EVITAR DESCOMPENSACIONES. ES IMPORTANTE CUMPLIR CON LAS HORAS DE AYUNO PARA NO ALTERAR RESULTADOS DE LABORATORIO.
7. **MUJERES** ASISTIR BAÑADAS SIN RIMEL NI MAQUILLAJE, CON ROPA CÓMODA (PANTS) Y ZAPATOS DE PISO. ROPA DE 2 PIEZAS, BLUSA DE MANGA CORTA, (NO TRAER DE NYLON), HOLGADA, CABELLO RECOGIDO Y SIN PANTIMEDIAS SI ES MAYOR DE 40 AÑOS ADEMÁS SIN DESODORANTE, PERFUME, NI TALCO EN LAS AXILAS.  
**VARONES** ASISTIR BAÑADOS Y CON ROPA CÓMODA (PANTS) Y ZAPATOS DE PISO (NO TRAER DE NYLON).  
**MAYORES DE 40 AÑOS**, SIN RELACIONES SEXUALES 48 HORAS ANTES DE SU CITA.  
**EN AMBOS CASOS NO TRAER OBJETOS DE VALOR (CADENAS, MEDALLAS, PULSERAS, ETC)**
8. ASISTIR CON SUS ANTEOJOS "LENTES DE ARMAZÓN". EN CASO DE UTILIZAR LENTES DE CONTACTO RETIRARSELOS 24 HORAS ANTES
9. TRAER CONSIGO MUESTRA DE ORINA EN ENVASE DE PLÁSTICO NUEVO Y LIMPIO (NO TRAER DE VIDRIO).
  - a) DEBE CONTENER LA MUESTRA DE ORINA (PRIMERA DE LA MAÑANA 6:00HRS., SI SU CITA ES EN TURNO MATUTINO.)

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B



**18. ATENCIÓN PREVENTIVA EN LA CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO AUTOMATIZADOS (CLIDDA)**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE DELEGACIONES**

**SUBDELEGACIÓN MÉDICA**

**Código:**

**Versión:**

**Fecha de actualización**

Día	Mes	Año
12	08	2016

**No. de Página**

1059

b) RECOLECTAR LA DE LAS 12:00 hrs (MEDIO DÍA). SI SU CITA ES EN EL TURNO DE LAS 13:30 HRS.

**LOS RESULTADOS DE ORINA PUEDEN ALTERARSE SI SE TIENE MAS DE 4 HORAS DE RECOLECTADA.**

10. SE REALIZARA CITOLOGIA VAGINAL (PAPANICOLAOU) A LAS MUJERES QUE HAYAN TENIDO O TENGAN VIDA SEXUAL ACTIVA, POR LO QUE ES NECESARIO QUE ASISTA:

- a) SIN RELACIONES SEXUALES 48 HORAS PREVIAS A SU CITA
- b) SIN LAVADOS VAGINALES (UNICAMENTE ASEO EXTERNO NORMAL, NO INTERNO)
- c) SIN MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL
- d) SIN AMENAZA DE ABORTO
- e) SIN PERIODO MENSTRUACION

**EN CASO DE ESTAR EN EL PERIODO DE MENSTRUACION, SE LES REALIZARAN TODOS LOS ESTUDIOS A EXCEPCION DEL PAPANICOLAOU.**

11. EN CASO DE EMBARAZO O SOSPECHA, NOTIFIQUELO A LA ENFERMERA AL INICIAR SUS ESTUDIOS.

12. EN CASO DE DETECTAR UNA ENFERMEDAD, ASISTIR A LA UNIDAD MEDICA DEL INSTITUTO QUE LE CORRESPONDA, PARA SU VALORACION Y MANEJO CORRESPONDIENTE.

PERMITANOS SERVIRLE, CON LA CALIDAD Y CALIDEZ QUE SE MERECE, CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS ANTES MENCIONADOS.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

TIPO B