



**CENTRO ESTATAL DE
CANCEROLOGÍA DE DURANGO**

MANUAL DE USUARIO

SISTEMA CECAN

Creado por:

**MarcoRaed Cisneros Landeros
David Humberto Murillo Martínez**

Agosto, 2025

INDICE

1.	Introducción	1
1.1	Descripción del sistema	1
1.2	Objetivo del manual.....	1
1.3	Público al que va dirigido	1
1.3	Como usar este manual	2
1.4	Actualización del manual.....	2
1.5	Sugerencias y soporte.....	3
1.6	Glosario	3
2.	Requisitos previos	4
2.1	Navegador recomendado	4
2.2	Resolución mínima de pantalla	4
2.3	Acceso y credenciales iniciales	5
3.	Acceso al sistema.....	5
3.1	Como ingresar	5
3.2	Pantalla de inicio de sesión	5
3.3	Recuperación de contraseña.....	6
4.	Descripción de la interfaz	6
4.1	Vista general del sistema	6
4.2	Menú lateral (barra de navegación).....	8
4.3	Encabezado superior	9
4.4	Área de contenido	9
4.5	Pie de página	10
5.	Módulos y funcionalidades	10

5.1 Perfil de Usuario.....	10
5.2 Módulo de Pacientes.....	14
5.2.1 Perfil de Paciente.....	18
5.3 Módulo de Citas	23
5.4 Módulo de Usuarios	33
5.5 Módulo de Informes.....	33
5.5.1 Informe: Estudio Socioeconómico	35
5.5.2 Informe: Historia Clínica	37
5.5.3 Informe: Hoja Frontal Diagnóstico	39
5.5.4 Informe: Registro de Interconsulta	40
5.5.5 Informe: Solicitud Ultrasonográfico.....	42
5.5.6 Informe: Solicitud Estudio de Gabinete y laboratorio	45
5.5.7 Informe: Indicaciones de Quimioterapia	47
5.5.8 Informe: Solicitud de Transfusión.....	48
5.5.9 Informe: Identificación del paciente	51
5.5.10 Informe: Subrogados	53
5.5.11 Previsualización, guardado e impresión de informes.....	55

TABLA DE FIGURAS

Figura 4.1: Vista general de la aplicación	7
Figura 4.2: Detalle del menú lateral	8
Figura 4.3: Encabezado superior	9
Figura 4.4: Ejemplo de contenido	9
Figura 4.5: Pie de página	10
Figura 5.1.1: Sección de datos personales	11
Figura 5.1.2: Cambio de contraseña	12
Figura 5.1.3: Tabla de citas	13
Figura 5.2.1: Módulo de pacientes	14
Figura 5.2.2: Drawer de filtros paciente	16
Figura 5.2.3: Tag de resultados y botón Limpiar	17
Figura 5.2.4: Perfil de paciente	19
Figura 5.2.5: Estado de tratamiento	20
Figura 5.2.6: Modal de tratamientos	20
Figura 5.2.7: Tabla de Citas e Informes	21
Figura 5.3.1: Calendario.....	24
Figura 5.3.2: Agregar citas	25
Figura 5.3.2: Editar citas	26
Figura 5.3.2: Borrar cita	27
Figura 5.3.3: Filtrado de citas.....	28
Figura 5.3.4: Modal de festivos	29
Figura 5.3.5: Detalle del festivo.....	29
Figura 5.3.6: Creación de ausencias	30
Figura 5.3.7: Detalle de la ausencia	31
Figura 5.3.8: Ausencias de un médico	32
Figura 5.5.1: Informes	34
Figura 5.5.2: Estudio socioeconómico	35
Figura 5.5.3: Historia clínica.....	37
Figura 5.5.4: Hoja Frontal Diagnóstico.....	39
Figura 5.5.5: Interconsulta	41

Figura 5.5.6: Solicitud de Ultrasonográfico	43
Figura 5.5.7: Solicitud de Ultrasonográfico	45
Figura 5.5.8: Indicaciones de Quimioterapia.....	47
Figura 5.5.9: Solicitud de Transfusión	49
Figura 5.5.10: Identificación Paciente	51
Figura 5.5.11: Subrogados.....	53
Figura 5.5.12: Botones de informes	55
Figura 5.5.13: Botones de la vista del informe.....	56

1. Introducción

1.1 Descripción del sistema

El sistema de Gestión Clínica CECAN es una aplicación web diseñada como prototipo de expediente clínico electrónico para el Centro Estatal de Cancerología de Durango. Su objetivo es centralizar y organizar la información médica y administrativa de los pacientes, permitiendo la interconexión de las computadoras dentro del hospital.

Este sistema no sustituye los procesos actuales, pero sientan las bases para una futura implementación completa de un expediente clínico electrónico conforme a la normativa oficial mexicana, ofreciendo una plataforma adaptable y escalable para sus futuras ampliaciones.

1.2 Objetivo del manual

El objetivo de este manual es guiar a los usuarios del hospital en el uso adecuado del sistema, ofreciendo instrucciones claras y específicas sobre las funciones principales:

1. Registro y búsqueda de pacientes.
2. Generación de informes médicos.
3. Consulta del calendario de citas y eventos.
4. Previsualización y descarga de reportes.

El manual aspira a que cualquier usuario autorizado pueda aprender a manejar la herramienta de forma independiente y aprovechar sus funciones sin requerir asistencia técnica continua.

1.3 Público al que va dirigido

Este manual está dirigido a:

1. Personal médico (especialistas, médicos generales, enfermería).
2. Personal administrativo (admisión, archivo, trabajo social).
3. Otros colaboradores del hospital que requieran consultar, registrar o generar información clínica y administrativa del sistema.
4. Personal técnico y de mantenimiento.

1.3 Como usar este manual

El uso de este manual es para cubrir todos los módulos del sistema. Su objetivo es ofrecer una referencia clara para usuarios.

Estructura del manual:

1. Introducción al sistema. Conceptos generales y requisitos para usarlo.
2. Módulos principales: cada módulo (Pacientes, Informes, Subrogados, Calendario, etc.) tiene su propia sección con descripción, pasos y capturas.
3. Funciones comunes: cómo guardar datos, previsualizar, imprimir documentos, filtrar información y descargar reportes.

Cómo navegar el manual:

- Usa el índice para ir directo al módulo o función que necesitas.
- Sigue los pasos en el manual mientras utilizas el sistema para mayor claridad.

1.4 Actualización del manual

- Esta es la versión 1.0, correspondiente a la versión inicial del sistema.
- Cada vez que se agreguen nuevos módulos, mejoras o cambios importantes, el manual será actualizado.
- Siempre podrás encontrar la última versión del manual en PDF en el footer del sistema, dentro del apartado “Manual”.

Recomendaciones: Antes de seguir una guía, revisa la versión y fecha del manual para asegurarte de que coincide con la versión del sistema que estás usando.

1.5 Sugerencias y soporte

- Reporta errores del sistema o del manual al área de sistemas.
- Para dudas específicas de uso clínico o administrativo, consulta a tu supervisor o coordinador.
- Las sugerencias para nuevas funciones serán evaluadas en futuras versiones del sistema.

1.6 Glosario

- **Drawer (Cajón lateral):** panel que se desliza desde un lado de la pantalla para mostrar información adicional o herramientas sin abandonar la página principal. Ejemplo: Se usa para previsualizar informes antes de imprimirlos.
- **Filtrar:** acción de mostrar solo los datos que cumplen ciertos criterios, como buscar pacientes por diagnóstico o rango de fechas. Ejemplo: Filtrar pacientes por sexo y fecha de ingreso.
- **Tag (Etiqueta):** elemento visual que sirve para identificar o clasificar información de forma rápida. Ejemplo: En algunos módulos se pueden mostrar tags con el estado de un paciente (Activo, Inactivo, En Tratamiento).
- **Aplicación web:** programa accesible desde un navegador (como Chrome o Edge), sin necesidad de instalación. Ejemplo: Este sistema de gestión hospitalaria funciona como una aplicación web.
- **Interconexión:** capacidad del sistema para comunicar diferentes módulos entre sí, compartiendo información automáticamente. Ejemplo: Los datos capturados en el módulo Pacientes se reflejan al generar un Informe.

- **Paginación:** división de listas extensas en varias páginas para mejorar la navegación. Ejemplo: La lista de pacientes muestra 10 registros por página con controles para avanzar o retroceder.
- **Término parcial:** filtro o búsqueda que no requiere escribir la palabra completa, sino solo una parte. Ejemplo: Escribir “Juan” muestra pacientes como “Juan Pérez” o “Juanita Ramírez”.
- **Modal:** ventana emergente que aparece encima del contenido principal para mostrar información o solicitar una acción. Ejemplo: Confirmación antes de eliminar un registro.
- **Visor:** herramienta integrada en el sistema para mostrar documentos, imágenes o PDFs sin necesidad de descargarlos.

2. Requisitos previos

Previo al uso del sistema, es imprescindible cumplir las condiciones técnicas y de acceso siguientes:

2.1 Navegador recomendado

El sistema está desarrollado para funcionar en navegadores web modernos. Se aconseja utilizar:

1. Google Chrome (versión 90 en adelante).
2. Microsoft Edge (basado en Chromium).
3. Firefox (versión 88 o más).
4. Otros navegadores pueden funcionar, sin embargo, no se asegura el desempeño ni la compatibilidad total.

2.2 Resolución mínima de pantalla

Para una visualización óptima de la interfaz del sistema, se recomienda:

1. Resolución mínima: 1366 x 768 píxeles.
2. Resolución ideal: 1920 x 1080 píxeles (Full HD).

El sistema es adaptable (diseño responsivo), pero ciertas funciones pueden visualizarse mejor en pantallas de escritorio o laptop.

2.3 Acceso y credenciales iniciales

1. El acceso al sistema se realiza a través de usuario (cédula) y contraseña proporcionados por el área de sistemas o el administrador del sistema.
2. Al ingresar por primera vez, se aconseja modificar la contraseña asignada para incrementar la seguridad.
3. Solo el personal autorizado del hospital tiene la posibilidad de obtener credenciales de entrada.

3. Acceso al sistema

3.1 Como ingresar

El sistema solo está accesible en la red local del hospital:

1. URL de acceso: <http://cecan-sistema:8080> (la dirección exacta o nombre de dominio será proporcionada por el área de sistemas).
2. Para mayor facilidad, el departamento de sistemas o mantenimiento establecerá un acceso directo en el escritorio de los ordenadores autorizados. Cuando se haga doble clic en este acceso, el navegador se desplegará automáticamente y se redirigirá a la página del sistema.
3. Alternativamente, es posible realizar el ingreso de manera manual desde cualquier ordenador conectado a la red local: inicie el navegador sugerido e introduzca la URL o nombre de dominio en la barra de URL.

3.2 Pantalla de inicio de sesión

Al ingresar se presentará la pantalla de acceso, en la que se deben introducir las credenciales otorgadas:

4. Usuario: cédula profesional.
5. Clave: clave suministrada por el administrador del sistema.

Botones principales:

6. Iniciar sesión: verifica los datos de acceso y facilita el ingreso al sistema.

3.3 Recuperación de contraseña

En la actualidad, el sistema no dispone de una recuperación de contraseña automática a través del correo electrónico.

7. Si el usuario pierde la contraseña, tiene que pedir al administrador del sistema, personal de sistema o de mantenimiento que restaure su acceso.
8. Se generará y enviará una nueva contraseña de manera interna (por ejemplo, a través del correo o comunicación directa).

4. Descripción de la interfaz

4.1 Vista general del sistema

A continuación, se muestra la estructura principal del sistema tras iniciar sesión:

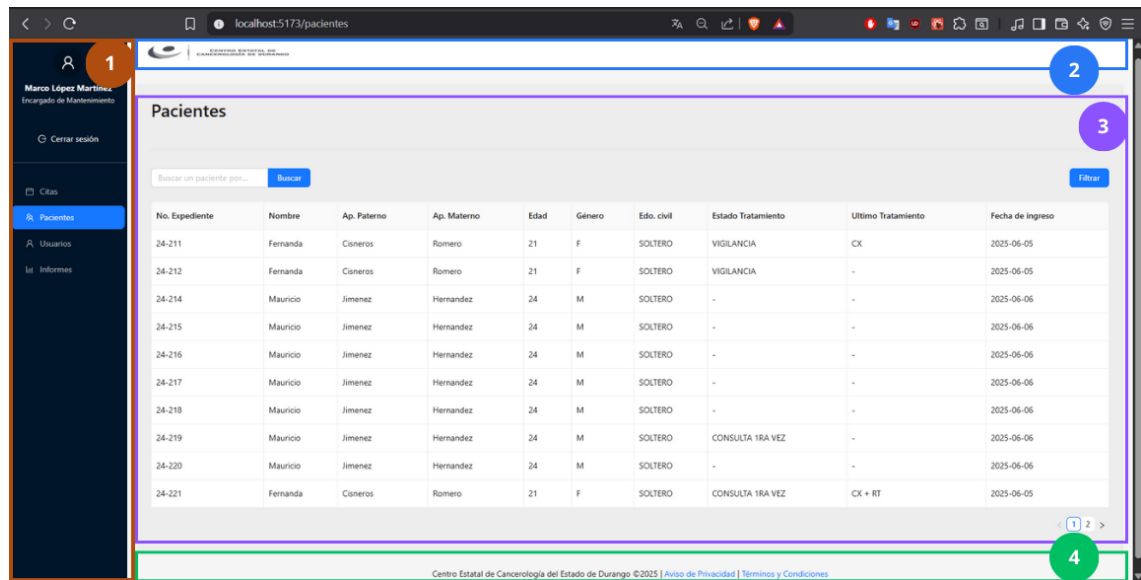


Figura 4.1: Vista general de la aplicación

Explicación de las etiquetas:

1. Menú lateral: barra de navegación con opciones principales.
2. Encabezado superior: contiene el logotipo institucional.
3. Área de contenido: muestra la sección activa (en este ejemplo, lista de pacientes).
4. Pie de página: información institucional y enlaces legales.

4.2 Menú lateral (barra de navegación)

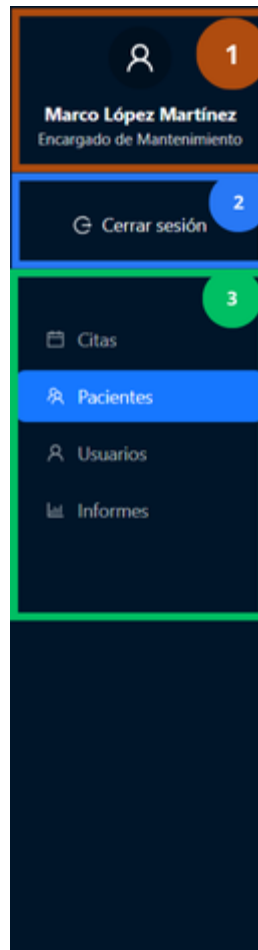


Figura 4.2: Detalle del menú lateral

Componentes destacados:

1. Información del usuario: Nombre, apellido, puesto y Avatar (puedes entrar a la página del perfil dando clic).
2. Botón de cerrar sesión: Sale de forma segura del sistema.
3. Opciones de navegación:
 - a. Citas: gestión de calendario.
 - b. Pacientes: registro y búsqueda de expedientes.

- c. Usuarios: gestión de usuarios (solo personas con roles como administrador, sistemas).
- d. Informes: generación de reportes médicos y administrativos.

4.3 Encabezado superior



Figura 4.3: Encabezado superior

- Contiene el logotipo oficial para identificar el sistema.
- Permite ubicar rápidamente la aplicación activa.

4.4 Área de contenido

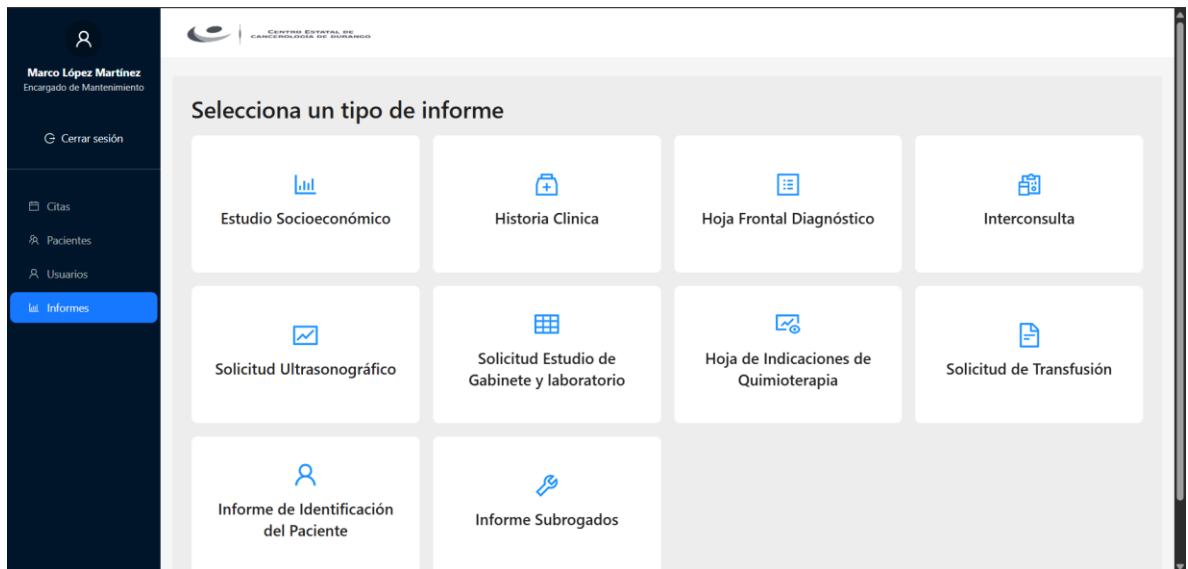


Figura 4.4: Ejemplo de contenido

Aquí se despliegan las funciones según el módulo seleccionado, puede incluir:

- Tablas con paginación.
- Formularios de registro.
- Filtros de búsqueda avanzada.
- Generación de documentos PDF.

4.5 Pie de página

Centro Estatal de Cancerología del Estado de Durango ©2025 | [Aviso de Privacidad](#) | [Términos y Condiciones](#)

Figura 4.5: Pie de página

- Leyenda institucional: Centro Estatal de Cancerología del Estado de Durango © <año>
- Enlaces legales:
 - Aviso de Privacidad.
 - Términos y condiciones.
 - Manual de usuario.

5. Módulos y funcionalidades

5.1 Perfil de Usuario

El módulo Perfil de usuario permite a cada trabajador del hospital consultar y actualizar información personal básica, así como gestionar su contraseña. Además, si el usuario tiene un rol relacionado con atención clínica (Médico, Nutrición o Psicología), también podrá visualizar sus citas programadas.

Funciones principales:

1. Visualizar información personal:
 - a. Cédula profesional.
 - b. Nombre completo.

- c. Teléfono y correo electrónico.
- d. Rol y puesto asignado.

Mi Perfil

Cédula	MED330	Apellido Materno	Martínez
Nombre	Marco	Teléfono	618445556
Apellido Paterno	López	Correo	aurelio.lopez@hospital.com

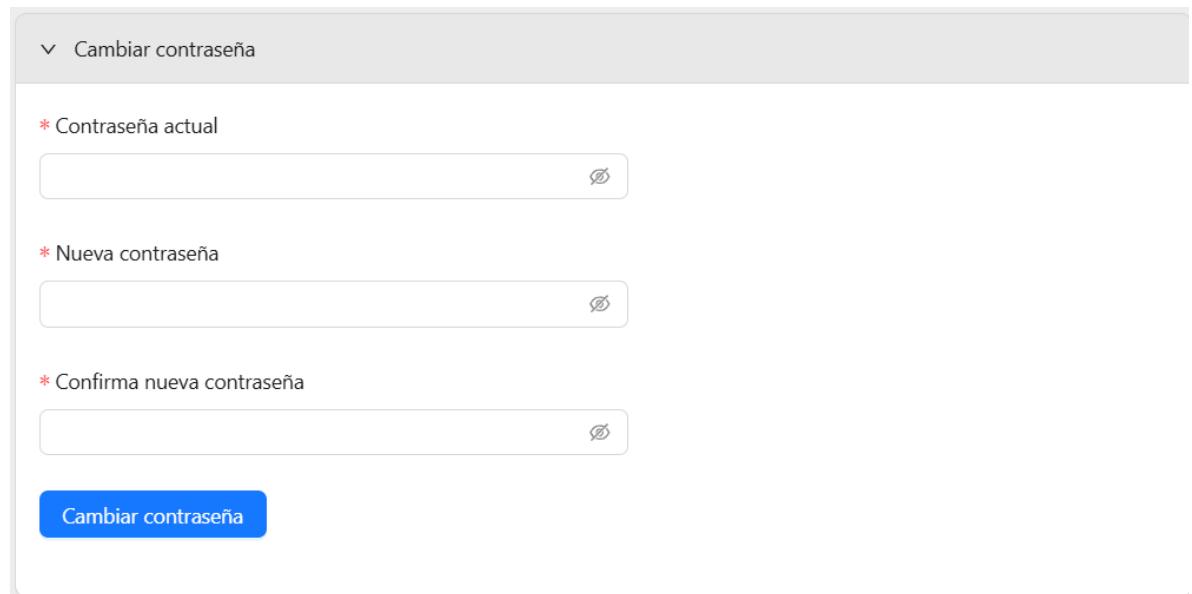
Rol	ADMIN
Puesto	Encargado de Mantenimiento

Figura 5.1.1: Sección de datos personales

2. Cambio de contraseña: permite modificar la contraseña actual ingresando:

- a. Contraseña actual.
- b. Nueva contraseña
- c. Confirmación de nueva contraseña.

El sistema valida que ambas contraseñas coincidan antes de permitir el cambio.




Formulario de cambio de contraseña. El formulario tiene un encabezado gris con el título "Cambiar contraseña" y un icono de flecha hacia abajo. Debajo del encabezado, hay tres campos de entrada de texto, cada uno precedido por un asterisco rojo. El primer campo es "Contraseña actual", el segundo es "Nueva contraseña" y el tercero es "Confirma nueva contraseña". Cada campo de entrada tiene un icono de ojo con una diagonal que indica la opción de mostrar u ocultar la contraseña. Debajo de los campos, hay un botón azul con el texto "Cambiar contraseña".

Figura 5.1.2: Cambio de contraseña

3. Mis citas (solo roles clínicos: Médicos, Nutrición, Psicología):
 - a. Muestra un listado de citas asignadas al usuario.
 - b. Permite filtrar por:
 - Rango de fechas (hoy, personalizado).
 - Estado de la cita (Todas, Programadas, En curso, Realizadas, Canceladas).
 - c. Cada cita muestra:
 - Número de expediente del paciente.
 - Nombre del paciente.
 - Fecha y hora de inicio y fin.
 - Motivo.
 - Estado y tipo de cita (con etiquetas de colores).

Mis Citas

2025-08-03 → 2025-08-03  Hoy

Todas Programadas En Curso Realizadas Canceladas

Expediente	Paciente	Inicio	Fin	Motivo	Estado	Tipo
24-211	Fernanda Cisneros	2025-06-07 18:34:00	2025-06-07 19:34:00	Tiene cita con nutrición	EN_CURSO	NUTRICION
24-211	Fernanda Cisneros	2025-06-09 11:41:00	2025-06-09 11:41:00	su primera cita del año	PROGRAMADA	CONSULTA
24-211	Fernanda Cisneros	2025-06-25 19:30:00	2025-06-25 22:30:00	tiene estudios	PROGRAMADA	LABORATORIO

Figura 5.1.3: Tabla de citas

Cómo usar este módulo:

- Acceder al perfil:
 - Hacer clic en el avatar del usuario en el menú lateral.
 - Se abrirá la pantalla “Mi Perfil”.
- Cambiar contraseña:
 - Expandir el panel Cambiar Contraseña.
 - Llenar los tres campos y presionar Cambiar contraseña.
 - Si el cambio es exitoso, aparecerá un mensaje de confirmación.
- Consultar citas (si aplica):
 - Ajustar el rango de fechas y el estado deseado.
 - Presionar Hoy para volver rápidamente al día actual.
 - Revisar el estado y tipo de cada cita mediante las etiquetas de colores.

Consideraciones:

- Si olvida su contraseña, debe solicitar al área encargada de sistemas que la restablezca.
- Si el usuario no tiene un rol clínico, la sección Mis Citas no aparecerá.
- Los cambios de contraseña tienen efecto inmediato.

5.2 Módulo de Pacientes

El módulo Pacientes permite visualizar, buscar y filtrar la información básica de todos los pacientes registrados en el sistema. Además, desde esta vista se puede acceder al detalle completo de cada paciente con un solo clic.

Pacientes

Buscar un paciente por...

No. Expediente	Nombre	Ap. Paterno	Ap. Materno	Edad	Género	Edo. civil	Estado Tratamiento	Ultimo Tratamiento	Fecha de ingreso
24-211	Fernanda	Cisneros	Romero	21	F	SOLTERO	VIGILANCIA	CX	2025-06-05
24-212	Fernanda	Cisneros	Romero	21	F	SOLTERO	VIGILANCIA	-	2025-06-05
24-214	Mauricio	Jimenez	Hernandez	24	M	SOLTERO	-	-	2025-06-06
24-215	Mauricio	Jimenez	Hernandez	24	M	SOLTERO	-	-	2025-06-06
24-216	Mauricio	Jimenez	Hernandez	24	M	SOLTERO	-	-	2025-06-06
24-217	Mauricio	Jimenez	Hernandez	24	M	SOLTERO	-	-	2025-06-06
24-218	Mauricio	Jimenez	Hernandez	24	M	SOLTERO	-	-	2025-06-06
24-219	Mauricio	Jimenez	Hernandez	24	M	SOLTERO	CONSULTA 1RA VEZ	-	2025-06-06
24-220	Mauricio	Jimenez	Hernandez	24	M	SOLTERO	-	-	2025-06-06
24-221	Fernanda	Cisneros	Romero	21	F	SOLTERO	CONSULTA 1RA VEZ	CX + RT	2025-06-05

< 1 2 >

Figura 5.2.1: Módulo de pacientes

Funciones principales:

1. Visualización general de pacientes:
 - Muestra una tabla con:
 - i. Número de expediente.

- ii. Nombre y apellidos.
- iii. Edad.
- iv. Género.
- v. Estado civil.
- vi. Estado actual del tratamiento.
- vii. Último tratamiento realizado.
- viii. Fecha de ingreso.

- La tabla se pagina automáticamente (10 pacientes por página).

2. Búsqueda rápida (barra superior):

- Permite buscar pacientes por:
 - i. Nombre (total o parcial).
 - ii. Número de expediente.
- Los resultados se muestran instantáneamente en la tabla.

3. Búsqueda avanzada (filtros):

- Disponible en un Drawer lateral al hacer clic en el botón Filtrar.
- Diagnóstico: seleccionable de una lista precargada.
- Edad: mínima y máxima.
- Fecha de ingreso: rango específico.
- Tratamiento: tipo (Quimioterapia, Cirugía, Radioterapia, combinaciones) y rango de fechas.

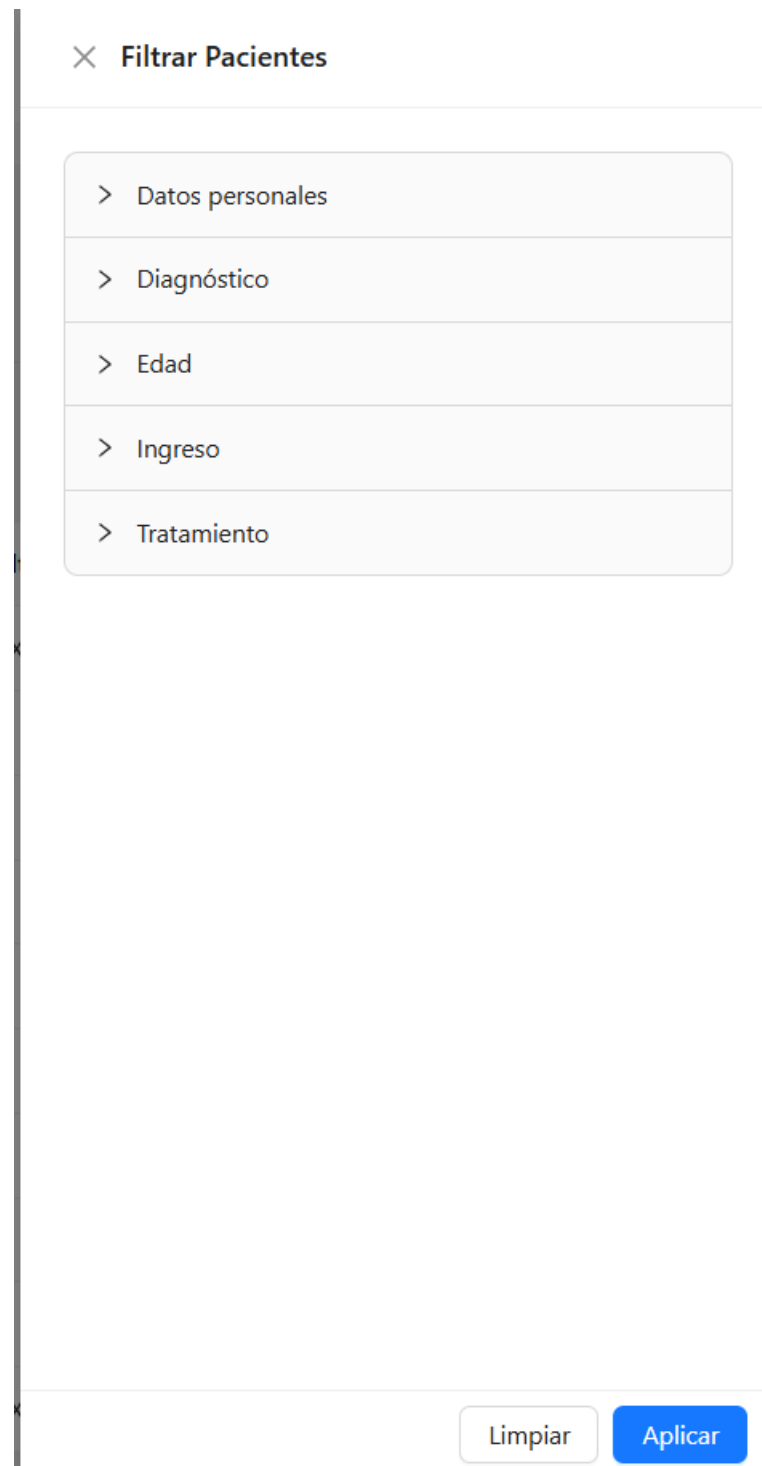


Figura 5.2.2: Drawer de filtros paciente

4. Visualización de resultados filtrados:

- Muestra un contador con el total de resultados encontrados.
- Se puede limpiar la búsqueda avanzada con el botón Limpiar, que restablece la lista completa.

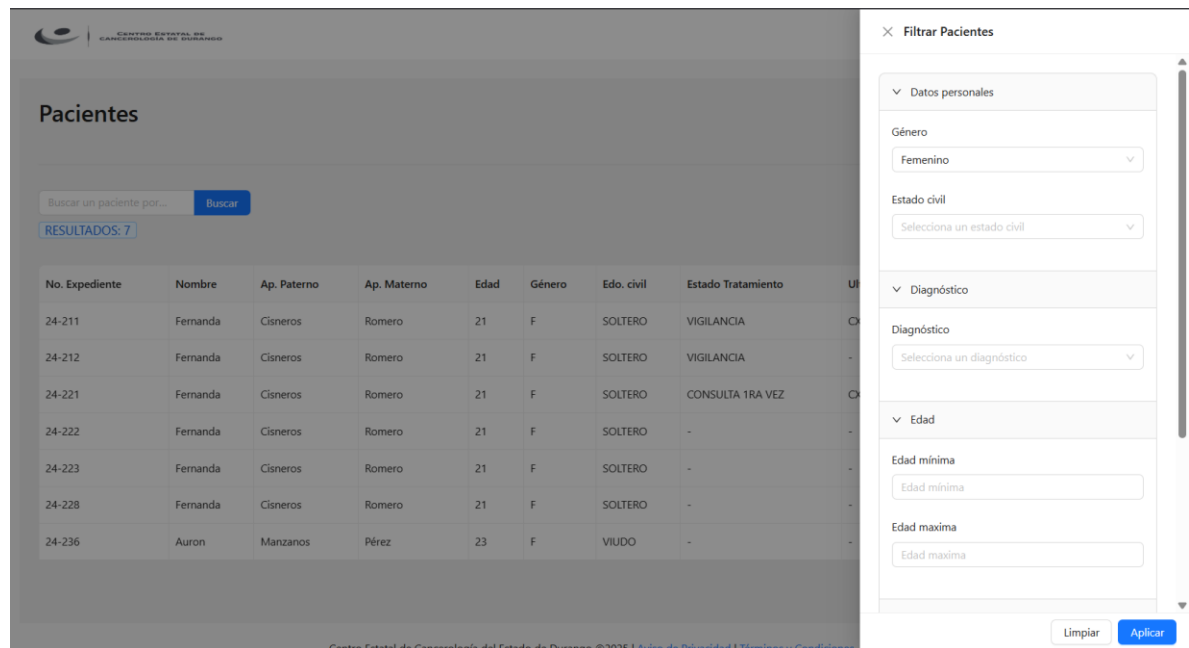


Figura 5.2.3: Tag de resultados y botón Limpiar

5. Acceso al detalle de un paciente:

- Haciendo clic en cualquier fila de la tabla, el sistema redirige a la vista detalla del paciente (historia clínica, tratamientos, informes, etc).

Cómo usar este módulo:

1. Buscar un paciente rápidamente:

- Escribir el nombre o número de expediente en la barra de búsqueda.
- Presionar Enter o el botón Buscar.

2. Filtrar pacientes por múltiples criterios:

- Hacer clic en Filtrar para abrir el Drawer.

- b. Completar uno o varios criterios.
 - c. Presionar Aplicar para mostrar los resultados.
 - d. Usar Limpiar para restablecer la tabla completa.
- 3. Ver detalles de un paciente:
 - a. Hacer clic en la fila correspondiente en la tabla.
 - b. El sistema abrirá automáticamente la página de detalles del paciente seleccionado.

Consideraciones:

- Si no se encuentran resultados, la tabla quedará vacía.
- La búsqueda avanzada y la búsqueda rápida se integran: es posible buscar un término parcial dentro de ellos filtros aplicados.
- Algunos diagnósticos pueden tardar unos segundos en cargar la primera vez.
- El estado y último tratamiento se muestran con base en los registros más recientes disponibles.

5.2.1 Perfil de Paciente

El módulo de pacientes cuenta con una parte donde se visualiza la información personal de cada paciente, este permite consultar y actualizar la información, así como gestionar su estado de tratamiento, tratamientos, citas e informes clínicos.

Funciones principales:

- 1. Visualización de información general:
 - Datos personales (nombre, expediente, contacto, direcciones, integrantes de la familia, etc).
 - Diagnósticos y enfermedades crónicas.
 - Estado actual del tratamiento (con color distintivo según su tipo):
 - Verde: Consulta 1ra vez.
 - Azul: Subsecuente.

- Dorado: Vigilancia.
- Rosa: Paliativo.
- Rojo: Defunción.

Perfil de Paciente

Expediente: 24-212

ESTADO: VIGILANCIA

> Información Básica
> Direcciones
> Contactos
> Enfermedades Crónicas
> Integrantes de Familia
> Citas
> Informes
> Estado de Tratamiento
> Tratamientos

Figura 5.2.4: Perfil de paciente

2. Gestión de estado de tratamiento:

- Visualización del estado más reciente.
- Opción para actualizar el estado mediante un modal.
- El color se asigna automáticamente según el tipo de estado.

Estado de Tratamiento	
Estado	Fecha de inicio
VIGILANCIA	2025-07-29

Figura 5.2.5: Estado de tratamiento

3. Gestión de tratamientos:

- Registro y edición de tratamientos (tipo, descripción, fecha).
- Si el paciente no tiene tratamientos registrados, el sistema crea uno vacío automáticamente.
- Los tratamientos se cargan en un formulario dinámico para edición.

Tratamientos		
Tipo de Tratamiento	Fecha	Descripción
CX	31/07/2025	ejemplo1
CX	31/07/2025	ejemplo2
RT + QT	25/07/2025	ejemplo3

Figura 5.2.6: Modal de tratamientos

4. Citas y reportes clínicos:

- Visualización de todas las citas ordenadas de más recientes a más antiguas.
- Visualización y descarga de reportes clínicos en PDF.

















▼ Citas						
Tipo	Fecha inicio	Hora inicio	Fecha fin	Hora fin	Estado	Motivo
CONSULTA	2025-06-28	21:20:00	2025-06-28	21:39:00	PROGRAMADA	citasss
LABORATORIO	2025-06-25	19:30:00	2025-06-25	22:30:00	PROGRAMADA	tiene estudios
CONSULTA	2025-06-09	11:41:00	2025-06-09	11:41:00	PROGRAMADA	su primera cita del año
NUTRICION	2025-06-07	18:34:00	2025-06-07	19:34:00	EN_CURSO	Tiene cita con nutrición
▼ Informes						
Tipo	Fecha	Hora	Usuario	Acciones		
ESTUDIO_SOCIOECONOMICO	2025-06-05	22:06:26	MED3773			
SUBROGADOS	2025-07-17	09:42:02	MED330			
INDICACIONES_QUIMIO	2025-07-31	11:44:42	MED330			
INDICACIONES_QUIMIO	2025-07-31	11:46:00	MED330			
HISTORIA_CLINICA	2025-07-31	20:08:23	MED330			
HISTORIA_CLINICA	2025-07-31	20:12:23	MED330			
INDICACIONES_QUIMIO	2025-08-01	12:09:39	MED330			
INFORME_ID_PACIENTE	2025-08-01	12:11:26	MED330			
> Estado de Tratamiento						
> Tratamientos						

Figura 5.2.7: Tabla de Citas e Informes

5. Actualización de datos:

- Campos editables según permisos del usuario:
 - Solo roles ADMISIÓN, ADMIN Y TRABAJOSOCIAL pueden editar información sensible.
- Edición individual (ej. Nombre, dirección, contactos).
- Actualización masiva (varios campos a la vez).

6. Mensaje y validaciones:

- Notificaciones emergentes al actualizar datos.
- Validaciones automáticas en formularios (ej. Edad, campos obligatorios).
- Mensajes claros cuando no hay datos (ej. “Paciente no encontrado”).

Cómo usar este módulo:

1. Visualizar información del paciente:

- a. Seleccionar un paciente desde la lista (ver sección 5.2).
- b. La vista cargará automáticamente la información general, estado de tratamiento, citas y reportes.

2. Actualizar estado de tratamiento:

- a. Hacer clic en “Editar estado”.
- b. Agregar, modificar o eliminar tratamientos en el modal.
- c. Guardar cambios.

3. Gestionar tratamientos:

- a. Hacer clic en “Editar tratamientos”.
- b. Agregar, modificar o eliminar tratamientos en el modal.
- c. Guardar Cambios.

4. Descargar Reportes en PDF:

- a. Localizar el reporte en la lista.
- b. Hacer clic en “Descargar PDF” o manda a imprimir con el símbolo de la impresora.

5. Editar información personal:

- a. Si el rol lo permite, hacer clic en el campo editable.

- b. Escribir el nuevo valor y confirmar.

Consideraciones:

- Algunos formularios (enfermedades crónicas, familia, contactos) se cargan automáticamente al abrir sus respectivos modales.
- Las notificaciones indican el éxito o fallo de cada acción.
- El estado y los tratamientos se ordenan automáticamente por fecha.
- Si el paciente no existe, se mostrará un mensaje de advertencia.

5.3 Módulo de Citas

El módulo de citas centraliza la gestión de citas, días festivos y ausencias del personal, permitiendo una planificación eficiente y visualmente clara a través de Calendario.

Funciones principales:

1. Visualización de eventos en el calendario:
 - Vista interactiva (mensual, semanal o diaria).
 - Cada tipo de evento tiene un color distintivo.
 - Al hacer clic en un evento, se abre una ventana de detalle con su información (tipo, estado médico; paciente y motivo).
 - Al hacer clic en un evento, se abre una ventana detalle con su información (tipo, estado, médico, paciente y motivo).

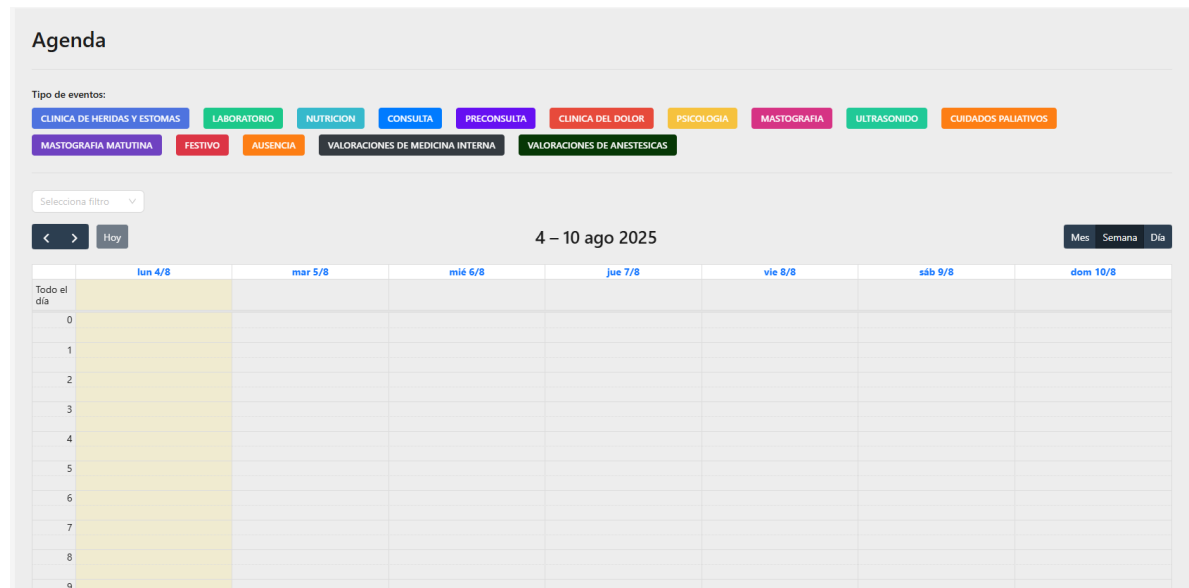
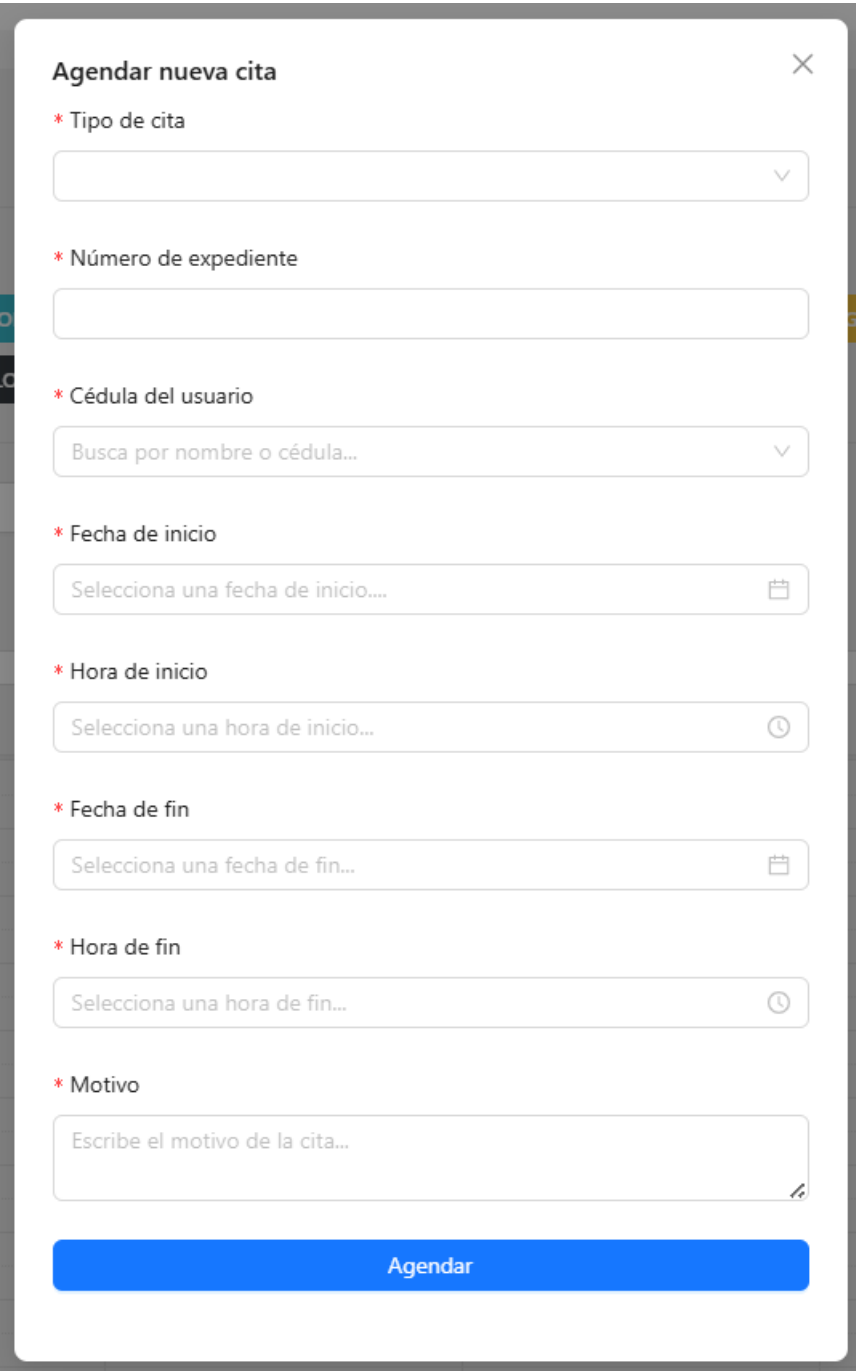


Figura 5.3.1: Calendario

2. Gestión de Citas Médicas:

- Crear cita:
 - Botón “Agendar cita”, abre un formulario modal con:
 1. Fecha y hora inicio/fin.
 2. Tipo de cita.
 3. Motivo.
 4. Medico asignado.
 5. Paciente (o CURP provisional y nombre para preconsultas).
 - Las citas se guardan en estado PROGRAMADA y se muestran inmediatamente.



Agendar nueva cita ✕

* Tipo de cita

* Número de expediente

* Cédula del usuario

* Fecha de inicio

* Hora de inicio

* Fecha de fin

* Hora de fin

* Motivo

Agendar

Figura 5.3.2: Agregar citas

- Editar cita:
 - Seleccionar una cita en el calendario, después en “Editar”.

- Permite modificar fecha, hora tipo, motivo, médico y paciente.

Editar cita

* Tipo de cita

PRECONSULTA

* CURP provisional

* Nombre completo del paciente

Ej. Angel Cisneros García

* Cédula del médico

Ana López Martínez (MED456)

* Fecha de inicio

2025-07-16

* Hora de inicio

09:39

* Fecha de fin

2025-07-16

* Hora de fin

10:39

* Motivo

rwrwwe

Guardar cambios

Centro Estatal de Cancerología del Estado de Durango ©2025 | Aviso de Privacidad

Figura 5.3.2: Editar citas

- Cambiar de estado:
 - Permite actualizar estados como EN CURSO, COMPLETADA o CANCELADA.
- Eliminar cita:
 - Borra la cita del backend y del calendario.

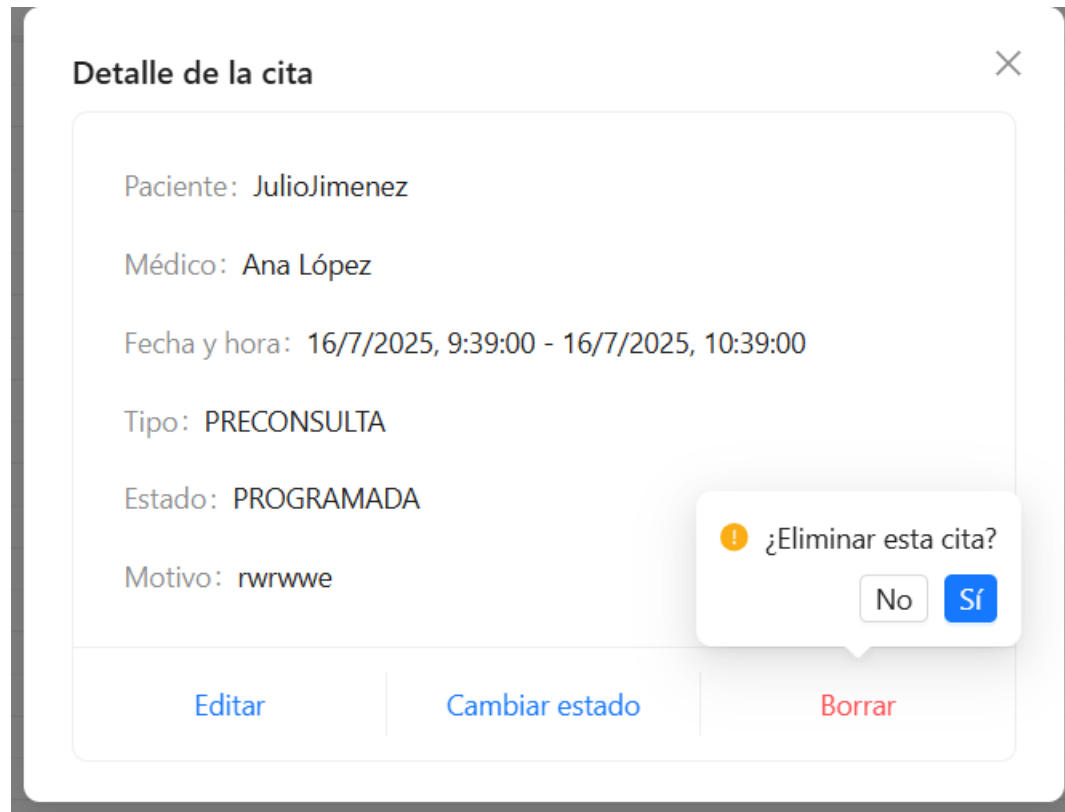


Figura 5.3.2: Borrar cita

3. Filtrado avanzado de eventos:

- Filtros disponibles:
 - Por médico.
 - Por tipo de cita.
 - Por estado.
 - Por paciente.

- Los filtros actualizan dinámicamente la vista del calendario.

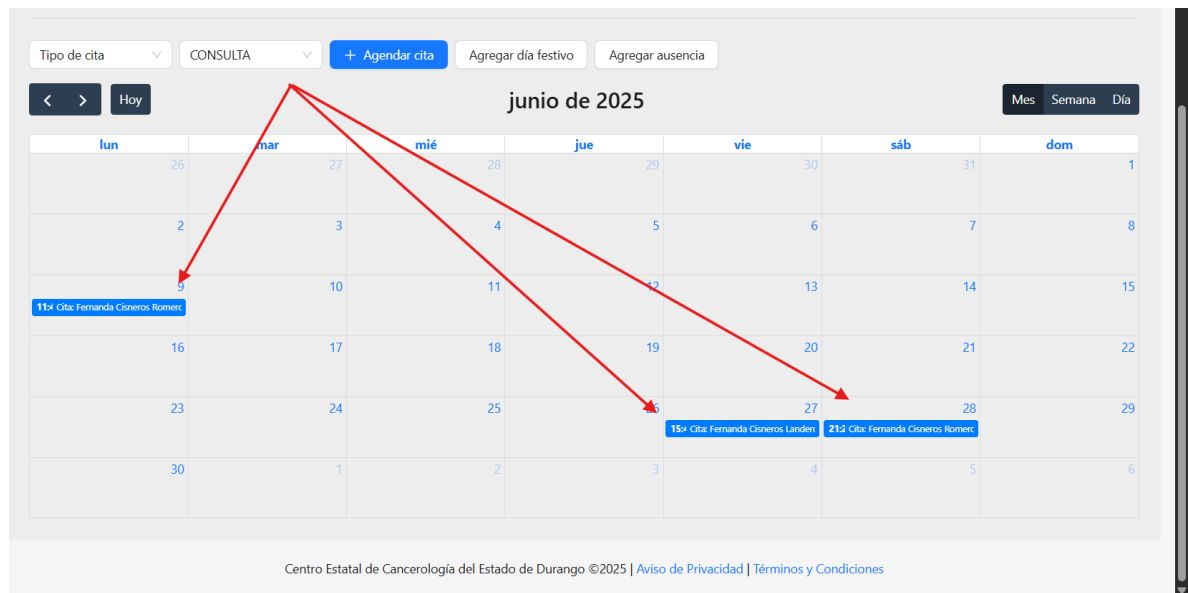
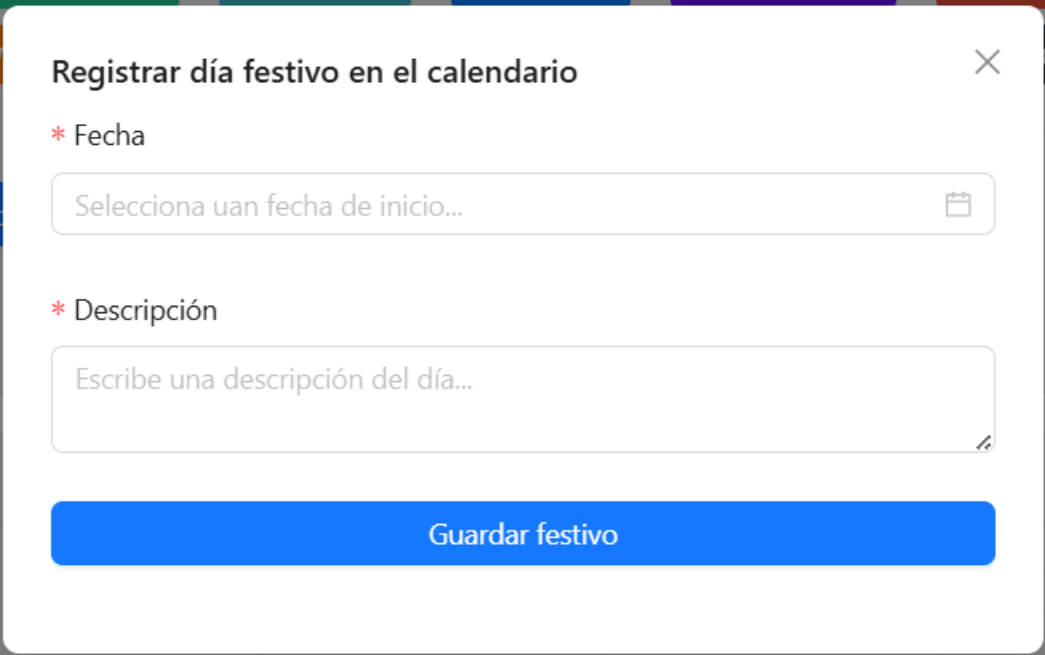


Figura 5.3.3: Filtrado de citas

4. Gestión de Días Festivos:

- Bloquean el calendario en fechas específicas.
- Crear festivo:
 - Seleccionar fecha y agregar descripción.
- Editar festivo:
 - Modificar fecha y descripción.
- Eliminar festivo:
 - Quitar el festivo del calendario.



Registrar día festivo en el calendario

* Fecha

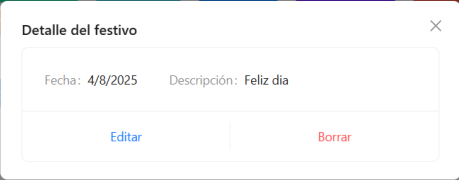
Selecciona una fecha de inicio...

* Descripción

Escribe una descripción del día...

Guardar festivo

Figura 5.3.4: Modal de festivos



Tipo de eventos:

CLINICA DE HERIDAS Y ESTOMAS LABORATORIO NUTRICION CONSULTA PRECONSULTA CLINICA DEL DOLOR PSICOLOGIA MASTOGRAFIA

ULTRASONIDO CUIDADOS PALIATIVOS

Selecciona filtro + Agendar

< > Hoy

Mes Semana Día

Detalle del festivo

Fecha: 4/8/2025 Descripción: Feliz día

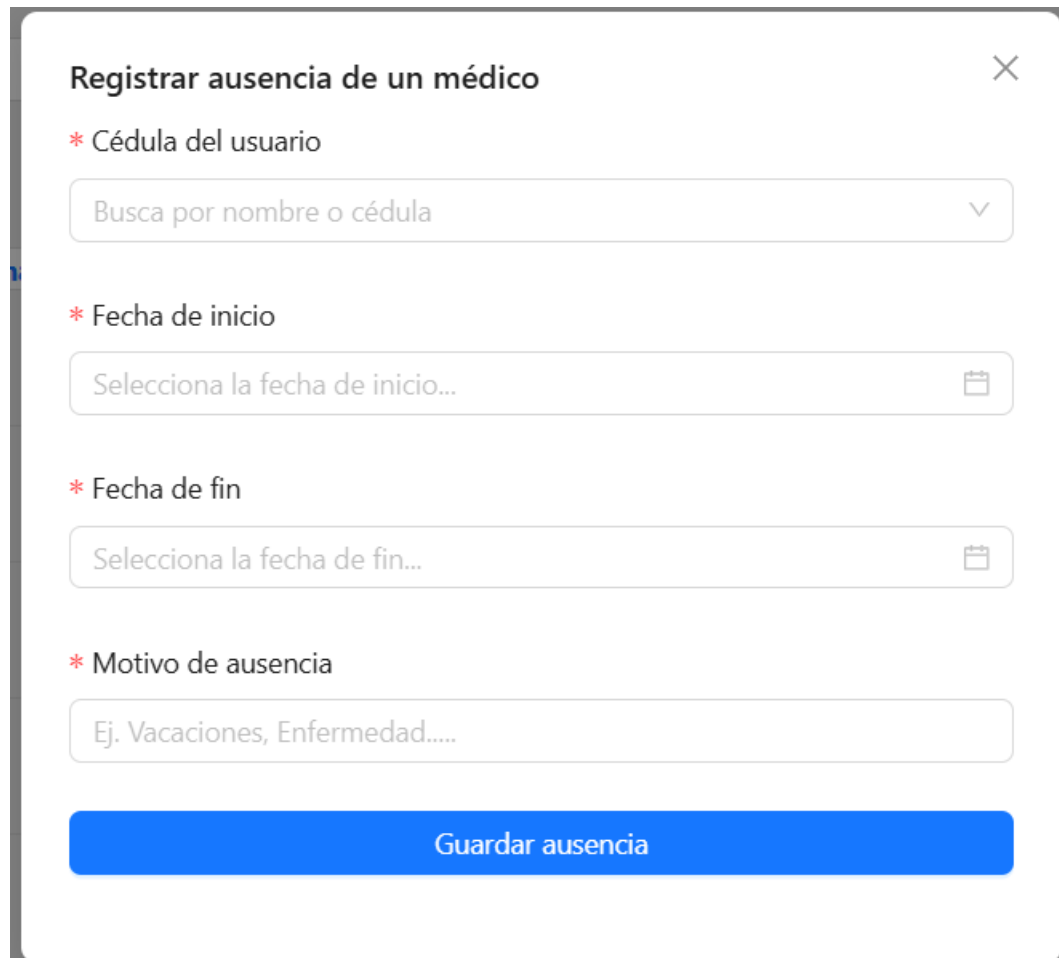
Editar Borrar

lun	mar	mie	jue	vie	sáb	dom
28	29	30	31	1	2	3
Ausencia: Ana López				11:12 Cita: Fernanda Cisneros Landero		
4	5	6	7	8	9	10
Día Festivo						
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
			07:1 Cita: Fernanda Cisneros Landero		23	24
25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7

Figura 5.3.5: Detalle del festivo

5. Gestión de Ausencias de Personal Médico

- Permite registrar ausencias para evitar asignar citas en esos periodos.
- Crear ausencia:
 - Médico, fecha inicio/fin, motivo.



El formulario, titulado "Registrar ausencia de un médico", contiene los siguientes campos:

- * Cédula del usuario:** Un campo de texto con el placeholder "Busca por nombre o cédula" y un icono de flecha hacia abajo.
- * Fecha de inicio:** Un campo de texto con el placeholder "Selecciona la fecha de inicio..." y un icono de calendario.
- * Fecha de fin:** Un campo de texto con el placeholder "Selecciona la fecha de fin..." y un icono de calendario.
- * Motivo de ausencia:** Un campo de texto con el placeholder "Ej. Vacaciones, Enfermedad.....".

En la parte inferior del formulario hay un botón azul que dice "Guardar ausencia".

Figura 5.3.6: Creación de ausencias

- Editar ausencia:
 - Modificar los datos registrados.
- Eliminar ausencia:
 - Quitar la ausencia del calendario.

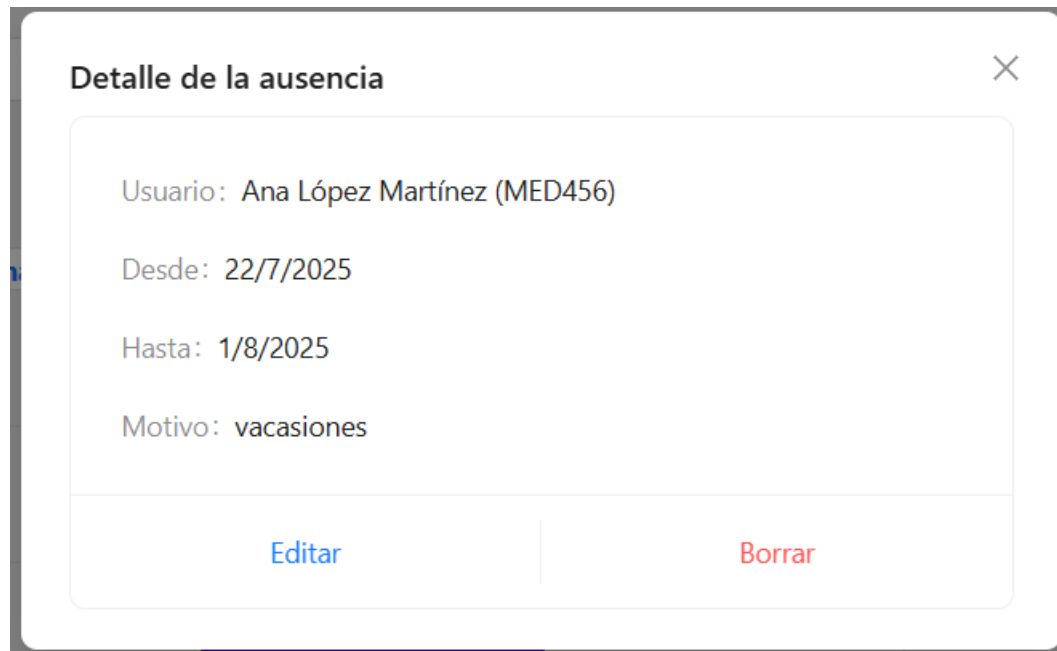


Figura 5.3.7: Detalle de la ausencia

- Las ausencias se cargan automáticamente al seleccionar un médico.

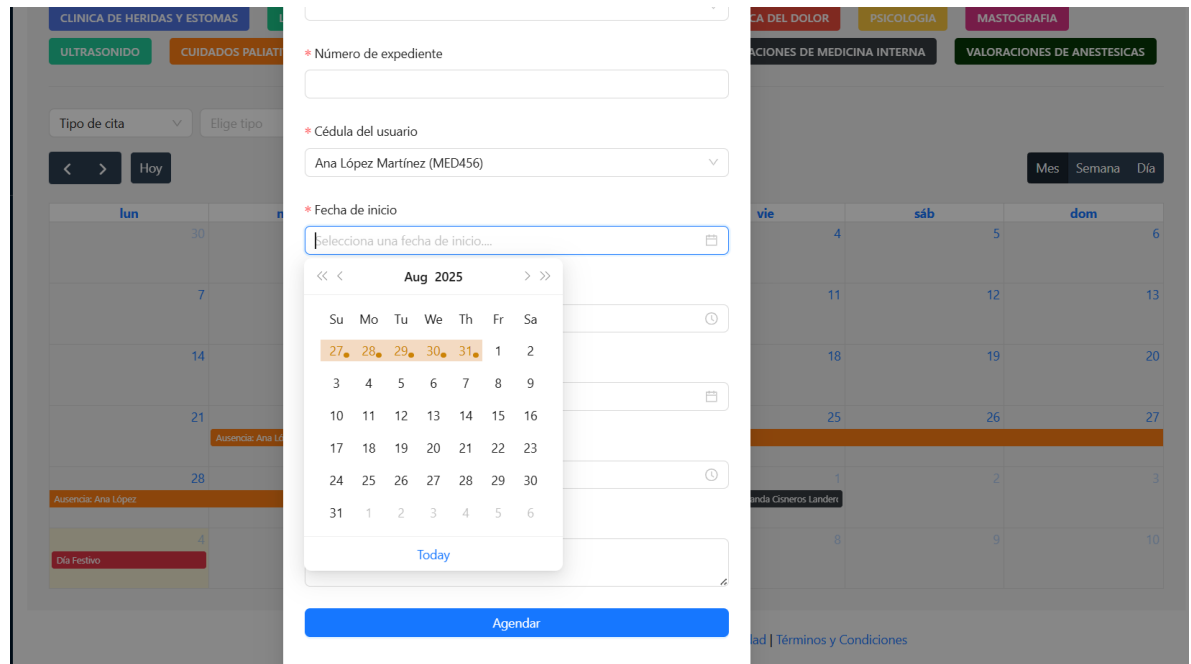


Figura 5.3.8: Ausencias de un médico

Cómo usar este módulo:

1. Ver citas y eventos: Navegar entre vistas (mes, semana, día) y hacer clic en eventos para ver detalles.
2. Agendar nueva cita: Botón “Agendar Cita” → Completar formulario → Agendar.
3. Editar o eliminar cita: Seleccionar cita → Elegir acción.
4. Cambiar estado de cita: Seleccionar cita → “Cambiar estado”.
5. Registrar festivo o ausencia: Botones “Agregar día festivo” o “Agregar ausencia” → Guardar.
6. Aplicar filtros: seleccionar médico, tipo, estado o paciente para ajustar la vista.

Consideraciones técnicas:

- Las citas se recargan dinámicamente según el rango que se muestra en el calendario.

- Los colores facilitan la identificación visual del tipo de eventos, ya sea tipo de citas, ausencias o festivos.
- El sistema maneja alertas emergentes para errores y confirmaciones.
- Solo roles autorizados (ADMIN, ADMISION) pueden editar, eliminar o crear eventos especiales (festivos/ausencias).

5.4 Módulo de Usuarios

Permite administrar las cuentas del personal que utiliza el sistema. Desde aquí se pueden visualizar los usuarios registrados y, según los permisos de cada rol, realizar acciones como agregar, actualizar o dar de baja usuarios.

5.5 Módulo de Informes

Este módulo permite generar, llenar y consultar diferentes tipos de informes médicos y administrativos del hospital.

Al ingresar, se muestra un menú con tarjetas para cada tipo de informe. Cada tarjeta dirige a la página correspondiente para capturar o revisar la información.

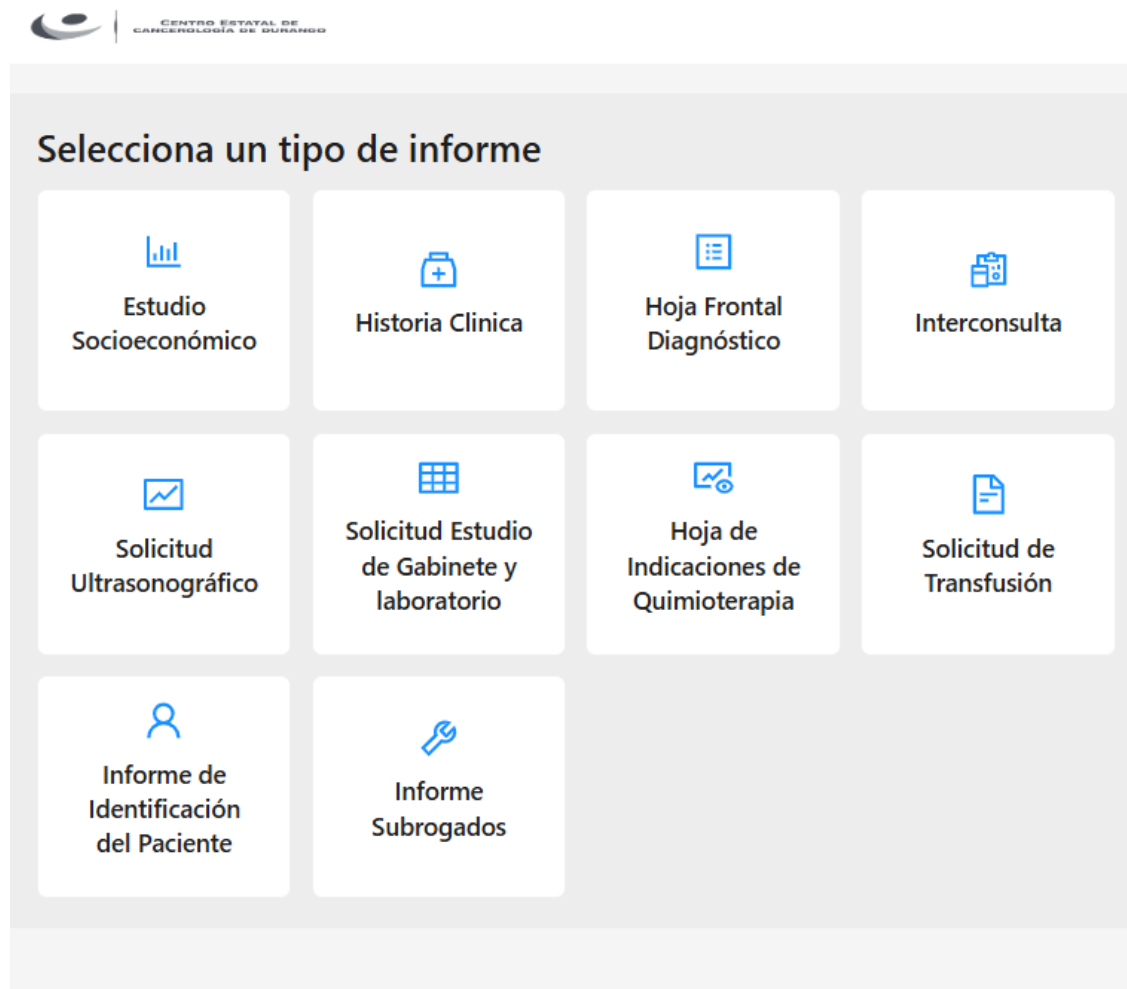


Figura 5.5.1: Informes

Los informes disponibles incluyen:

- Estudio Socioeconómico.
- Historia Clínica.
- Hoja Frontal de Diagnóstico.
- Interconsulta.
- Solicitud Ultrasonográfica.
- Estudios de Gabinete y Laboratorio.
- Hoja de indicaciones de Quimioterapia.
- Solicitud de Transfusión.

- Informe de Identificación del Paciente.
- Informe Subrogados.

5.5.1 Informe: Estudio Socioeconómico

Este informe recopila información sobre la situación social, económica y familiar del paciente, con el fin de apoyar el diagnóstico y asignación de recursos.

Registro de Estudio Socioeconómico

Datos del paciente

* Número de Expediente

24-356...

* CURP

AADM001111HDGNVRA0..

* Nombre

Ej. María...

* Apellido Paterno

Ej. Castillo...

* Apellido Materno

Ej. Ramírez...

* Edad

* Genero

Selecciona

* Estado civil

Selecciona

* Escolaridad

Ej. Bachillerato

* Fecha de nacimiento

Selecciona fecha

* L. de nacimiento

Ej. Jalisco

* Ocupación

Ej. Ama de casa..

* Derecho Habiente

Selecciona una opción

* Fecha de alta

2025-08-04

Domicilios

Domicilio Permanente

* Calle / Avenida

Av. Principal

* Número exterior

456

* Colonia

Domicilio Provisional (Responsable)

* Calle / Avenida

Calle Secundaria

* Número exterior

78

* Colonia

Figura 5.5.2: Estudio socioeconómico

pág. 35

Se compone de varias secciones:


1. Integrantes de la familia:
 - Se registran los miembros del hogar: nombre, edad, escolaridad, ocupación y estado civil.
 - Se pueden agregar hasta 10 integrantes.
2. Enfermedades crónicas:
 - Permite indicar si padece enfermedades crónicas degenerativas y seleccionar hasta 4 de ellas.
3. Datos socioeconómicos:
 - Incluye quién envía al paciente, unidad médica de referencia, diagnóstico médico, ocupación e ingresos del sostén económico, gastos mensuales y parentesco con el paciente.
4. Vivienda:
 - Describe el tipo, régimen y material de la vivienda.
 - Se registran servicios básicos, gasto en alimentación, número de habitaciones, personas por habitación, zona y área geográfica.
5. Datos familiares:
 - Número de enfermos, dependientes económicos y personas que trabajan en la familia.
6. Servicio que recibe:
 - Especifica el servicio médico que se está otorgando al paciente.
7. Dinámica familiar y observaciones:
 - Espacios abiertos para describir el entorno familiar y observaciones adicionales (hasta 7 líneas cada uno).
8. Nivel Asignado:
 - Nivel socioeconómico determinado tras el análisis.

Flujo de uso:

1. Completar las secciones del formulario.
2. Guardar el informe para que quede registrado en el sistema.
3. Descargar o imprimir el documento en formato PDF, con diseño oficial.

5.5.2 Informe: Historia Clínica

Este informe recopila la información médica esencial del paciente para establecer un diagnóstico y plan de tratamiento.



CENTRO ESTATAL DE
ONCOLOGÍA DE DURANGO

Registro de Historia Clínica

Datos del paciente

* Número de expediente: 24-243...

* Fecha de identificación: Select date

* Fecha de nacimiento: Select date

* Edad:

* Sexo: Selecciona

* Escolaridad:

* Ocupación:

* Religión:

* Estado de nacimiento:

* Municipio de nacimiento:

* Estado de residencia:

* Municipio de residencia:

Antecedentes

Antecedentes heredofamiliares

Antecedentes personales NO patológicos

Figura 5.5.3: Historia clínica

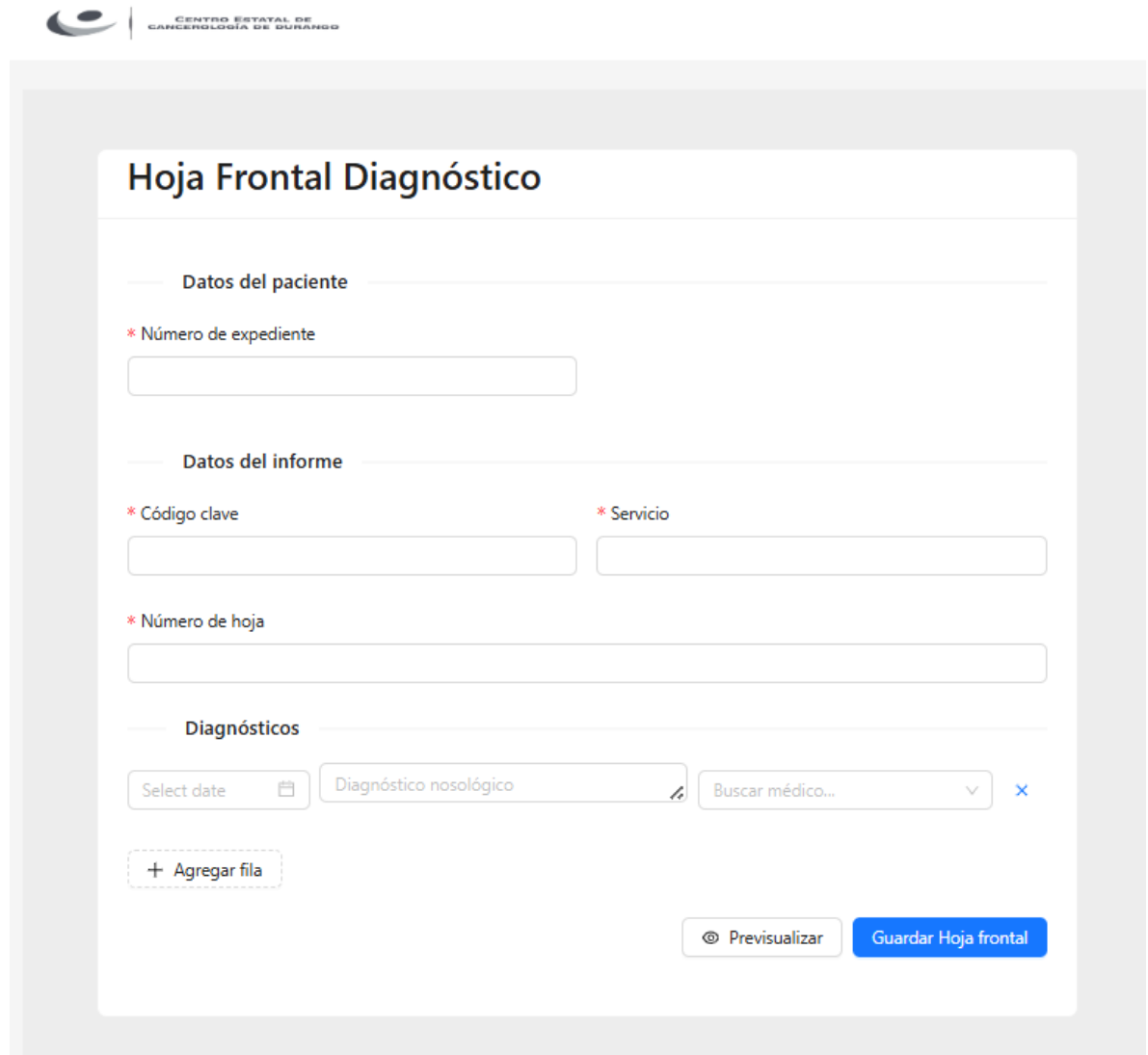
1. Datos del paciente: incluye información básica y de identificación:
 - Número de expediente.
 - Fecha de identificación del informe.
 - Fecha de nacimiento, edad y sexo.
 - Escolaridad, ocupación y religión.
 - Lugar de nacimiento y residencia (estado y municipio).
2. Antecedentes: permite documentar:
 - Antecedentes heredofamiliares: condiciones médicas relevantes en la familia.
 - Antecedentes personales no patológicos: hábitos o condiciones ambientales.
 - Antecedentes personales patológicos: enfermedades previas o crónicas.
3. Examen y Plan: registra la valoración médica y el plan terapéutico:
 - Padecimiento actual: descripción del motivo de consulta.
 - Exploración física: hallazgos clínicos.
 - Diagnósticos y tratamiento:
 - Selección de un diagnóstico de una lista predefinida.
 - Especificación del tratamiento propuesto.
 - El sistema combina ambos en un único campo para el informe.

Flujo de uso:

1. Completar las secciones del formulario con la información correspondiente.
2. Guardar la historia clínica para su registro en el sistema.
3. Previsualizar el documento en el sistema o descargarlo en formato PDF.

5.5.3 Informe: Hoja Frontal Diagnóstico

Este informe registra los diagnósticos médicos principales de un paciente en una hoja frontal estandarizada, permitiendo organizar y asociar cada diagnóstico con su fecha y médico responsable.



Hoja Frontal Diagnóstico

Datos del paciente

* Número de expediente

Datos del informe

* Código clave * Servicio

* Número de hoja

Diagnósticos

Select date Diagnóstico nosológico Buscar médico... X

+ Agregar fila

Previsualizar Guardar Hoja frontal

Figura 5.5.4: Hoja Frontal Diagnóstico

1. Datos del paciente:
 - a. Se ingresa el número de expediente para identificar al paciente.

- b. Se valida el expediente y el sistema automáticamente muestra:
 - Nombre completo.
 - Fecha de nacimiento y edad.
 - Sexo.
- 2. Datos del informe:
 - a. Código clave: es el identificador interno del informe.
 - b. Servicio: área o especialidad que emite el diagnóstico.
 - c. Número de hoja: folio asignado para control de documento.
- 3. Tabla de diagnósticos:
 - a. Permite agregar múltiples diagnósticos, cada uno contiene:
 - Fecha del diagnóstico.
 - Diagnóstico nosológico: descripción clínica.
 - Médico responsable: seleccionado de una lista de usuarios registrados.
 - b. Los usuarios pueden añadir o eliminar filas según sea necesario, asegurando al menos quede un diagnóstico registrado.

Flujo de uso:

1. Rellenar el expediente y los datos generales del informe.
2. Registrar uno o más diagnósticos.
3. Guardar el informe en el sistema.
4. Previsualizarlo o descargarlo en formato PDF desde el visor integrado.

5.5.4 Informe: Registro de Interconsulta

Este informe permite solicitar la valoración de un paciente por otra especialidad médica, proporcionando un resumen clínico y el diagnóstico presuntivo que fundamenta el envío.




Registro de Interconsulta

Datos del paciente

* Número de expediente


Detalles de Interconsulta

* Fecha




* Especialidad a la que se envía

* Resumen clínico



* Diagnóstico de presunción

Selecciona un diagnóstico



* Motivo de envío




Figura 5.5.5: Interconsulta

1. Datos del paciente:
 - a. Escribir el número de expediente del paciente.
 - b. Al validarse, se mostrará la siguiente información:
 - Nombre completo.

- Fecha de nacimiento y edad.
- Sexo.

2. Detalles de la interconsulta:

- Fecha: día en que se realiza la solicitud.
- Especialidad a la que se envía: servicio médico que se encarga.
- Resumen clínico: descripción breve del estado actual del paciente y hallazgos relevantes.
- Diagnóstico de presunción: seleccionado de una lista de diagnósticos, sirve como base para la solicitud.
- Motivo de envío: justificación de la interconsulta (razón clínica o administrativa).

Flujo de uso:

1. Ingresar el número de expediente que cargará la información del paciente correspondiente.
2. Completar el formulario de la interconsulta con base a la evaluación médica del paciente.
3. Guardar el informe en el sistema para generar el documento oficial.
4. Previsualizar o descargar el informe en formato PDF desde el visor integrado.

5.5.5 Informe: Solicitud Ultrasonográfico

Este informe se utiliza para solicitar estudios ultrasonográficos, registrando la información clínica necesaria y el reporte corresponde.

Solicitud de Ultrasonográfico

Datos del paciente

* Número de expediente

Detalles de la solicitud

* Fecha	* Médico solicitante
<input type="text" value="Select date"/>	<input type="text" value="Buscar médico..."/>
* Ubicación / Cuarto	* Área de estudio
<input type="text"/>	<input type="text"/>
* Datos clínicos	
<input type="text"/>	
* Diagnóstico presuntivo	
<input type="text" value="Selecciona un diagnóstico"/>	
* Reporte ultrasonográfico	
<input type="text"/>	

Figura 5.5.6: Solicitud de Ultrasonográfico

1. Datos del paciente

- Expediente: identificador del paciente, al escribirlo permite cargar la información que le corresponde en el informe.
- Al validar el expediente, se muestran automáticamente:
 - Nombre completo.
 - Fecha de nacimiento y edad.
 - Sexo.
 - CURP.

2. Detalles de la solicitud

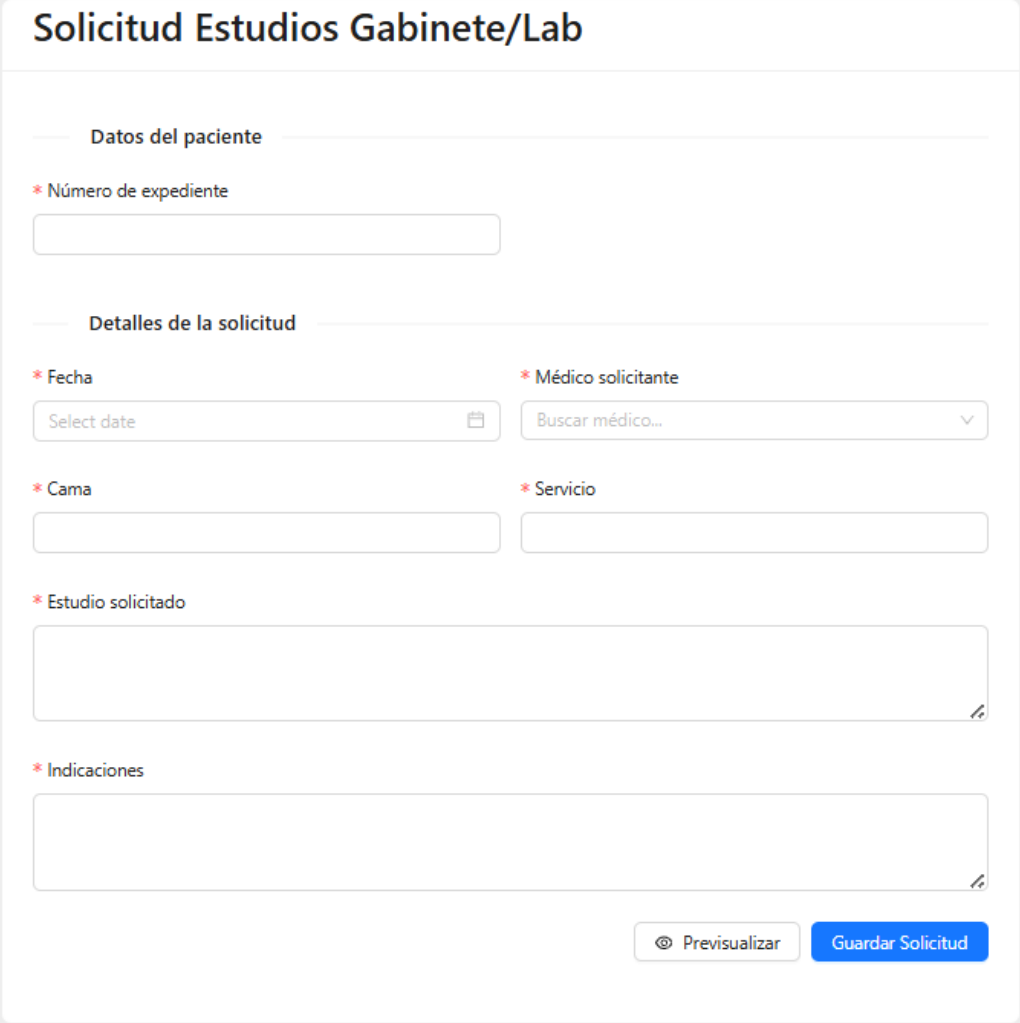
- Fecha: día en que se genera la solicitud.
- Médico solicitante: seleccionado de un listado filtrado por roles como Médico, Nutrición, Psicología, Enfermería.
- Ubicación / Cuarto: lugar físico donde se encuentra el paciente.
- Área de estudio: región anatómica a evaluar.
- Datos clínicos: información sobre el estado del paciente y motivo del estudio.
- Diagnóstico presuntivo: seleccionado de un catálogo de diagnósticos, justifica la necesidad del estudio.
- Reporte ultrasonográfico: texto detallado del hallazgo ultrasonográfico o interpretación del estudio.

Flujo de uso:

1. Ingresar el número de expediente para cargar los datos del paciente.
2. Seleccionar la fecha, médico solicitante y completar los detalles de la solicitud.
3. Especificar el área de estudio, datos clínicos, diagnóstico presuntivo y reporte ultrasonográfico.
4. Guardar el informe para genera el documento oficial.
5. Previsualizar o descargar el PDF desde el visor integrado.

5.5.6 Informe: Solicitud Estudio de Gabinete y laboratorio

Este informe permite solicitar estudios complementarios (gabinete o laboratorio) para un paciente, registrando los datos clínicos y administrativos necesarios para su gestión.



The image shows a web form titled "Solicitud Estudios Gabinete/Lab". The form is divided into two main sections: "Datos del paciente" and "Detalles de la solicitud".

Datos del paciente

- * Número de expediente: A text input field.

Detalles de la solicitud

- * Fecha: A date picker with the text "Select date" and a calendar icon.
- * Médico solicitante: A dropdown menu with the text "Buscar médico..." and a downward arrow.
- * Cama: A text input field.
- * Servicio: A text input field.
- * Estudio solicitado: A large text area with a small icon in the bottom right corner.
- * Indicaciones: A large text area with a small icon in the bottom right corner.

At the bottom right of the form, there are two buttons: "Previsualizar" (with an eye icon) and "Guardar Solicitud" (in blue).

Figura 5.5.7: Solicitud de Ultrasonográfico

1. Datos del paciente

- a. Número de expediente: identificador del paciente que permite cargar su información en el sistema.
- b. Una vez que se valide el expediente, se muestra esta información automáticamente:
 - 1. Nombre completo.
 - 2. Fecha de nacimiento y edad.
 - 3. Sexo.
 - 4. CURP.
 - 5. Diagnóstico actual (si existe).

2. Detalles de la solicitud

- a. Fecha: día en que se genera la solicitud.
- b. Médico solicitante: seleccionado de un listado filtrado por roles permitidos.
- c. Cama: número de cama asignada al paciente.
- d. Servicio: área hospitalaria o clínica desde donde se solicita el estudio.
- e. Estudio solicitado: Nombre y descripción del estudio a realizar.
- f. Indicaciones: detalles específicos o condiciones especiales para la realización del estudio.

Flujo de uso:

- 1. Ingresar el número de expediente para cargar automáticamente los datos del paciente.
- 2. Completar la información del médico solicitante, fecha, cama y servicio.
- 3. Especificar el estudio solicitado y las indicaciones correspondientes.
- 4. Guardar la solicitud para genera el informe oficial.
- 5. Previsualizar o descargar el documento en PDF desde el visor integrado.

5.5.7 Informe: Indicaciones de Quimioterapia

Este informe permite registrar y gestionar las indicaciones de tratamiento de quimioterapia para un paciente, incluyendo medicamentos, dosis y parámetros de administración. Además, permite recuperar indicaciones previas para continuar o modificar el tratamiento.

Hoja de Indicaciones de Quimioterapia

Datos del paciente

* Número de expediente

Indicaciones

* DX. Oncológico

Buscar médico...

Fecha	Medicamento	Dosis	Tipo solución	Volumen	Tiempo infusión
Select date					

+ Agregar fila

Previsualizar Guardar Hoja

Figura 5.5.8: Indicaciones de Quimioterapia

1. Datos del paciente

- Número de expediente: identificador del paciente que carga automáticamente su información básica.
- Visualización automática (si existe):
 1. Nombre completo.
 2. Fecha de nacimiento.

Si el paciente tiene una hoja previa de indicaciones, el sistema ofrece la opción cargarla automáticamente para su edición o referencia.

2. Detalles del tratamiento (indicaciones):

- DX. Oncológico (Médico responsable): seleccionado de un listado filtrado por roles autorizados.
- Tabla dinámica de indicaciones: permite agregar una o varias filas, cada una con los siguientes campos:
 1. Fecha: día de administración
 2. Medicamento: nombre del fármaco.
 3. Dosis: cantidad prescrita.
 4. Tipo de solución: tipo de vehículo o diluyente.
 5. Volumen: cantidad total de solución.
 6. Tiempo de infusión: duración estimada de la administración.

Flujo de uso:

1. Ingresar el expediente para cargar los datos del paciente y posibles indicaciones previas.
2. Seleccionar el médico responsable del tratamiento.
3. Completar la tabla con una o varias indicaciones de quimioterapia.
4. Guardar la hoja para generar el informe oficial.
5. Previsualizar o descarga el documento en PDF desde el visor integrado.

5.5.8 Informe: Solicitud de Transfusión

Este informe permite registrar una solicitud de transfusión sanguínea detallando los datos del paciente, antecedentes transfusionales, productos solicitados y parámetros clínicos necesarios para el procedimiento.

Solicitud de Transfusión

Datos del paciente

* Número de expediente

Detalles de la solicitud

* Carácter de la solicitud

Selecciona...

* RH

* Ho

* Hto

* Cama

* Tipo

* Transfusiones previas

Selecciona...

* Reacciones transfusiones

Selecciona...

* Enf. hemolítica RN

Selecciona...

* Recibe medicamento

Selecciona...

No. Embarazos

* Producto solicitado (máx. 5)

Selecciona hasta 5...

* Fecha transfusión

Select date

* Hora transfusión

Select time

* Volumen

* Servicio

* Médico solicitante

Buscar médico...

* Motivo de la transfusión

* Fecha de solicitud

Select date

* Hora de solicitud

Select time

Previsualizar

Guardar Solicitud

Figura 5.5.9: Solicitud de Transfusión

1. Datos del paciente

- Número de expediente: identifica al paciente y carga su información básica.
- Visualización automática (si existe):

1. Nombre completo.
 2. Fecha de nacimiento.
 3. Sexo.
 4. Edad.
 5. Diagnóstico.
 6. Grupo sanguíneo (si el paciente ya lo tiene registrado, se precarga automáticamente).
2. Detalles de la solicitud: incluye información clínica y transfusional:
- Carácter de la solicitud: ordinario o urgente.
 - Parámetros hematológicos: RH, Ho, Hto.
 - Datos hospitalarios: Cama y Tipo.
 - Antecedentes transfusionales:
 - a. Si ha tenido transfusiones previas, se especifica cuántas y la fecha de la última.
 - b. Reacciones: transfusionales previas.
 - c. Presencia de enfermedad hemolítica del recién nacido.
 - d. Si recibe medicamentos y número de embarazos (en su caso).
 - Productos solicitados: selección múltiple (máximo 5) entre opciones como Paquete Globular, Plasma Fresco, Crioprecipitado, etc.
 - Fecha y hora de la transfusión prevista.
 - Volumen solicitado.
 - Servicio y médico solicitantes (elegido por una lista filtrada por médicos registrados).
 - Motivo clínico de la transfusión.
 - Fecha y hora de la solicitud.

Flujo de uso:

1. Ingresar el número de expediente para cargar los datos del paciente.
2. Completar los parámetros clínicos y antecedentes transfusionales.

3. Seleccionar los productos sanguíneos requeridos (máx. 5).
4. Indicar fecha/hora de la transfusión, servicio y médico solicitante.
5. Guardar la solicitud para generar el informe oficial.
6. Previsualizar o descargar el documento en PDF desde el viso integrado.

5.5.9 Informe: Identificación del paciente

Este informe permite registrar y mostrar información clínica básica del paciente al momento de su ingreso, incluyendo datos antropométricos, grupo sanguíneo, alergias y riesgos clínicos relevantes (caídas y úlceras por presión).

Informe ID Paciente

Datos del paciente

* Número de expediente

Rellenar Informe

* Hora: Select time ⌚

* Cama

* Especialidad

* Usuario: Selecciona...

* Grupo sanguíneo: Ej. A+

* RH

Alergias

Peso (kg):

Peso (g):

Talla (cm):

Precauciones estándar

RIESGO DE CAÍDA

RIESGO ULCERA

Previsualizar

Guardar Informe

Figura 5.5.10: Identificación Paciente

1. Datos del paciente:

- Número de expediente: identifica al paciente y carga automáticamente su información.
- Visualización automática (si existe):
 - Nombre completo.
 - Fecha de nacimiento.
 - Edad.
 - Sexo.
 - Fecha de ingreso.

2. Datos clínicos del informe:

- Hora de registro.
- Cama asignada.
- Especialidad.
- Usuario responsable: Médico o personal de enfermería que realiza el informe.

3. Parámetros clínicos y antropométricos:

- Grupo sanguíneo y RH.
- Alergias.
- Peso (en kilogramos y gramos).
- Talla (en centímetros).

4. Precauciones estándar (Riesgos clínicos):

- Riesgo de caída: indicador visual en forma de triángulo, que cambiar de color si está activo.
- Riesgo de úlceras por presión: indicador visual en forma de círculo, también cambia de color al activarse.
- Ambos riesgos pueden activarse/desactivarse con un clic sobre los íconos, y su estado se guarda en el formulario.

Flujo de uso:

1. Ingresar el número de expediente para precargar datos del paciente.
2. Completar hora, cama, especialidad y usuario responsable.

3. Registrar grupo sanguíneo, RH, alergias, peso y talla.
4. Marcar los riesgos clínicos (caída y úlceras) según corresponda.
5. Guardar el informe para generar el documento oficial en PDF.
6. Previsualizar el informe desde el visor integrado.

5.5.10 Informe: Subrogados

Este informe permite solicitar materiales subrogados (insumos o recursos médicos requeridos para la atención del paciente), asociándolos al expediente clínico y vinculando el diagnóstico presuntivo y el médico solicitante.

Informe Subrogados

Datos del paciente

* Número de expediente

Solicitud de material

* Fecha

Select date

* Material que solicita

Especifica el material

* Diagnóstico de presunción

Selecciona un diagnóstico

* Médico solicitante

Selecciona médico...

Previsualizar

Guardar Informe

Figura 5.5.11: Subrogados

1. Datos del paciente:

- Número de expediente: permite identificar al paciente y cargar su información básica.
- Visualización automática (si existe):
 - Nombre completo.
 - Fecha de nacimiento.
 - Edad.
 - Sexo.

2. Solicitud de material

- Fecha de solicitud.
- Material solicitado: descripción específica del insumo requerido.

3. Diagnóstico y médico solicitante:

- Diagnóstico de presunción: seleccionado de un catálogo predefinido de diagnósticos (se precarga con el diagnóstico del paciente si existe).
- Médico solicitante: seleccionado de la lista de médicos registrados en el sistema.

Flujo de uso:

1. Ingresar el número de expediente para cargar datos del paciente.
2. Completar la fecha y descripción del material solicitado.
3. Seleccionar diagnóstico de presunción y médico solicitante.
4. Guardar el informe para generar el documento oficial en PDF.
5. Previsualizar el informe desde el visor integrado.

5.5.11 Previsualización, guardado e impresión de informes

The screenshot shows a web form titled "Informe Subrogados". It is divided into two main sections: "Datos del paciente" and "Solicitud de material".

Datos del paciente:

- * Número de expediente: A text input field.

Solicitud de material:

- * Fecha: A date picker with the text "Select date".
- * Material que solicita: A text input field with the placeholder "Especifica el material".
- * Diagnóstico de presunción: A dropdown menu with the text "Selecciona un diagnóstico".
- * Médico solicitante: A dropdown menu with the text "Selecciona médico...".

At the bottom right of the form, there are two buttons: "Previsualizar" (highlighted with a green circle and a green arrow labeled '2') and "Guardar Informe" (highlighted with a red circle and a red arrow labeled '1').

Figura 5.5.12: Botones de informes

1. Botón "Guardar informe":

- Envía los datos capturados al sistema.
- Genera y almacena el informe en formato PDF en el servidor.
- Limpia el formulario para permitir nuevas capturas.

2. Botón "Previsualizar":

- Abre un visor PDF en un panel lateral (Drawer).
- Permite revisar el documento generado antes de descargarlo o imprimirlo.
- Solo está disponible después de guardar el informe.

3. Imprimir el informe:

- En la vista previa, usar las opciones del visor PDF para imprimir.
- Dependiendo del navegador, se puede imprimir directo o descargar primero y luego imprimir.

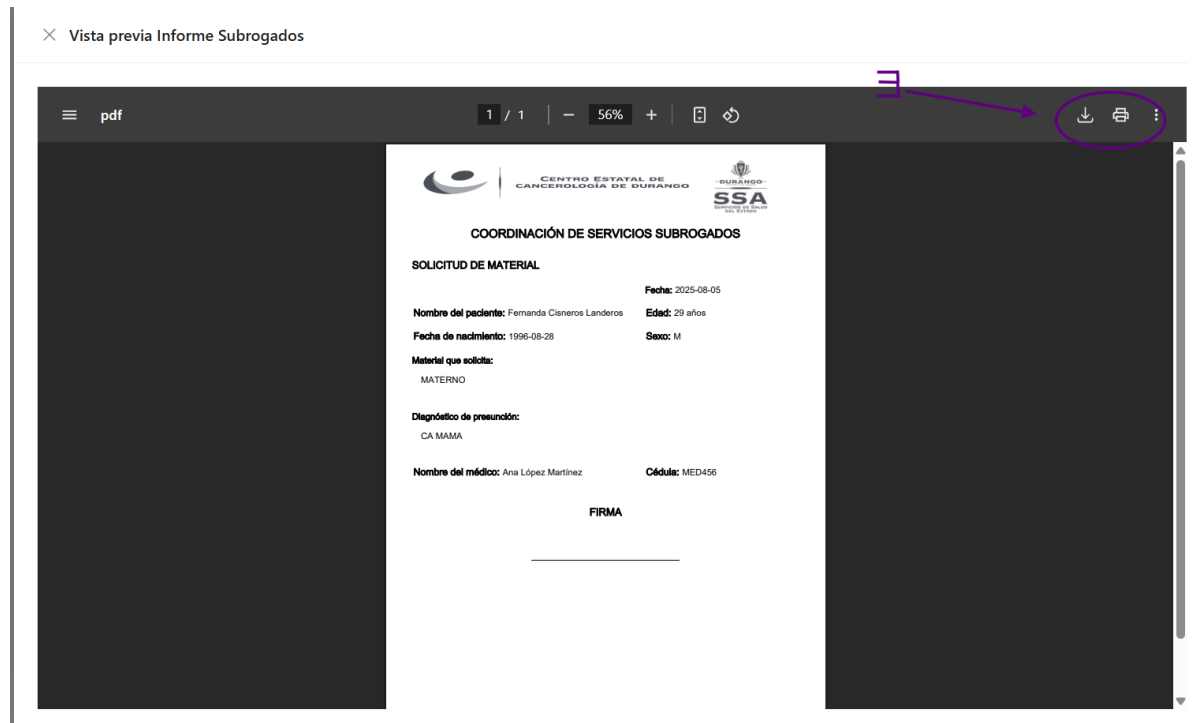


Figura 5.5.13: Botones de la vista del informe