



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
SOLICITUD Y REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

UNIDAD MÉDICA:

NOMBRE (S) Y FIRMA:

SERVICIO:		CAMA NO.		NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
FECHA DE SOLICITUD:	FECHA SOLICITADA:	HORA DESEADA:		EDAD:	
SOLICITUD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				DIRECCIÓN Y TELÉFONO:	
PRIORIDAD ALTA		PRIORIDAD MEDIA		PRIORIDAD BAJA	
DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO:				NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL MNF CIRUJANO:	
OPERACIÓN PLANEADA:					
				ELECTIVA ( )	URGENCIA ( )
SOLICITUD DE SANGRE	GRUPO:	RH	EN QUIRÓFANO:	M.L.	EN RESERVA: M.L.
ANESTESIA PROYECTADA:	LOCAL ( )	REGIONAL ( )	GENERAL ( )	NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE SERVICIO:	
TIEMPO ESTIMADO DE CIRUGÍA:					
PROGRAMACIÓN DEL QUIRÓFANO					
DÍA:	HORA:	SALA:		NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL JEFE O ENCARGADO DE LA UNIDAD QUIRÚRGICA:	
EQUIPO O MATERIAL QUE SE VA A REQUERIR PARA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:					
REGISTRO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA					
DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO:					
OPERACIÓN REALIZADA:					
AYUDANTES	1°	2°		3°	
ENFERMERA ESPECIALISTA QUIRÚRGICA:		ENFERMERA GENERAL (CIRCULANTE):			
EXAMEN HISTOPATOLÓGICO TRANSOPERATORIO SOLICITADO:		OTROS ESTUDIOS TRANSOPERATORIOS:			
ANESTESIA ADMINISTRADA:		NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO:			
CUANTIFICACIÓN DEL SANGRADO:	REPORTE DE GASAS, COMPRESAS, INSTRUMENTAL Y CANALIZACIONES		NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DE ENFERMERA ESPECIALISTA QUIRÚRGICA:		NOMBRE, MATRÍCULA Y FIRMA DE ENFERMERA GENERAL:
	COMPLETA ( )	INCOMPLETA ( )			

Fecha:	Hora:
1.- Descripción de Técnica	2.- Hallazgos transoperatorios:
3.- Incidentes	4.- Accidentes
5.- Complicaciones Transoperatorias	6.- Observaciones
7.- Probables complicaciones post-operatorias	8.- Estado post-operatorio inmediato
9.- Plan de manejo post-operatorio inmediato.	10.- Pronóstico

DIAGNÓSTICO PREQUIRÚRGICO:

CIRUGÍA PROYECTADA:

CIRUGÍA REALIZADA:

DIAGNÓSTICO POSTQUIRÚRGICO:

PRONÓSTICO:

Clasificación de la herida	Limpia ( )	Limpia con implante ( )	Limpia contaminada ( )	Contaminada ( )	Sucia ( )
Implante	Sí ( )	No ( )	Tipo:		
Manejo de la herida	Cerrada: ( )	Abierta: ( )	Abierta piel y tejidos subcutáneos: ( )	Abierta fascias: ( )	
Ostomías	Sí ( )	No ( )	Tipo:	Localización:	
Colocación de drenaje	Sí ( )		No ( )	Abierto ( )	Cerrado ( )
Antibiótico	Sí ( )	No ( )	Profiláctico ( )	Terapéutico ( )	Fecha y hora de inicio:    /    /    /    / DD    MM    AA    Hora Minutos
Tromboprofilaxis:	sí	no			

Nombre y firma de quien elaboró la nota:	Nombre, matrícula y firma del cirujano:
<div></div>	



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

UNIDAD MÉDICA:

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

NOMBRE:

CON FUNDAMENTO EN REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTÍCULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSAL-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1.1.1. A LA 10.1.1.4.

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:

EDAD:

LUGAR Y FECHA:

SERVICIO: CAMA NO.

Yo \_\_\_\_\_

NOMBRE (S) DEL PACIENTE:

EXPRESO MI LIBRE VOLUNTAD PARA AUTORIZAR EL PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SEÑALADA EN ESTE DOCUMENTO DESPUÉS DE HABERME PROPORCIONADO LA INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE MI ENFERMEDAD Y ESTADO ACTUAL, LA CUAL FUE REALIZADA EN FORMA AMPLIA, PRECISA Y SUFICIENTE EN UN LENGUAJE CLARO Y SENCILLO, INFORMÁNDOME SOBRE LOS POSIBLES RIESGOS, COMPLICACIONES Y SECUELAS, DE IGUAL FORMA LOS BENEFICIOS. EL MÉDICO ME INFORMÓ LA EXISTENCIA DE PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS, EL DERECHO A CAMBIAR MI DECISIÓN EN CUALQUIER MOMENTO Y MANIFESTARLA ANTES DEL PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN CON EL PROPÓSITO DE QUE MI ATENCIÓN SEA ADECUADA, ME COMPROMETO A PROPORCIONAR INFORMACIÓN COMPLETA Y VERAZ, ASÍ COMO SEGUIR LAS INDICACIONES MÉDICAS. OTORGO MI AUTORIZACIÓN AL PERSONAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE CONTINGENCIAS Y URGENCIAS DERIVADAS DEL ACTO MÉDICO SEÑALADO, ATENDIENDO AL PRINCIPIO DE LIBERTAD PRESCRIPTIVA.

PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

ELECTIVA:

URGENTE:

DIAGNÓSTICO PREVIO AL PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROYECTADA:

RIESGOS MAS FRECUENTES INHERENTES AL PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y A LAS CONDICIONES ACTUALES DEL PACIENTE:

BENEFICIOS:

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL PACIENTE, FAMILIAR, TUTOR O  
PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE:

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO:

NOMBRE COMPLETO, MATRÍCULA Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL TESTIGO:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PROCEDIMIENTOS MEDICO – QUIRURGICOS**

EL PRESENTE INSTRUMENTO TIENE POR OBJETO FORMALIZAR Y HACER CONSTAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCION MEDICA, ENTRE EL PACIENTE O USUARIO, FAMILIAR O TUTOR, O REPRESENTANTE LEGAL Y EL HOSPITAL GENERAL DE SUBZONA #9 PUERTO PEÑASCO POR LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ENCONMENDADOS A ESTA INSTITUCION, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 22 DE LA LEY GENERAL DE SALUD; 29,80 Y 83 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION MEDICA, A LOS PUNTOS 4.2 Y 10.1.1 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL DIA 15 DE OCTUBRE DE 2012, Y A LOS PUNTOS 8.1 Y 8.2 DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 006 SSA3 2011 PARA LA PRACTICA DE LA ANESTESIOLOGIA PUBLICADA EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION EL DIA 23 DE MARZO DE 2012.

Yo \_\_\_\_\_ (paciente o usuario, o en su caso familiar, tutor o representante legal) \_\_\_\_\_ Con NSS \_\_\_\_\_ y/o identificación oficial \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades y en el ejercicio de mi capacidad legal, DECLARO lo siguiente:

1.- Expreso mi libre voluntad para ingresar al para el efecto de recibir la atención medica requerida sometiéndome con ese objeto al cumplimiento de la normatividad establecida en la ley del Seguro Social y sus reglamentos.

2.- El personal médico me ha proporcionado la información completa sobre mi enfermedad y estado actual, la cual fue realizada en forma amplia, precisa y suficiente, en lenguaje CLARO Y SENCILLO, informándome sobre posibles riesgos, complicaciones y secuelas como pueden ser reacciones alérgicas, lesiones vasculares, lesiones neurológicas, procesos infecciosos, eventos tromboembolicos, más los específicos de mi padecimiento relacionados en el inciso E.

A) DIAGNOSTICO(S)

B) TRATAMIENTO(S)

C) RIESGO BENEFICIO

El médico me ha informado que mediante este procedimiento se pretende dar el tratamiento más eficaz a mi enfermedad, ya que el tratamiento conservador conduce a secuelas incapacitantes.

D) PRONOSTICO

E) POSIBLES COMPLICACIONES, RIESGOS Y SECUELAS ESPECÍFICAS:

F) ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

En su caso y en este momento consideramos que no existe una alternativa eficaz de tratamiento para la enfermedad motivo del ingreso.

G) TIPO DE ANESTESIA Y POSIBLES COMPLICACIONES

El procedimiento requiere anestesia de cuyos riesgos será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

3.- Además de los procedimientos médicos quirúrgicos, anestésicos e intervenciones que en mi caso pudieran ser necesarios, así como las opciones disponibles en este hospital para ofrecerme la mejor alternativa para la restitución de mi salud.

4.- Que el objetivo fundamental es el tratar de mejorar mi salud física y mental, evitando al máximo los posibles riesgos y complicaciones derivadas de las intervenciones o procedimientos realizados.

5.- En algunos casos a pesar de las precauciones y cuidados al realizarse los procedimientos medico quirúrgicos, anestésicos e intervenciones, se pueden presentar complicaciones, haciéndose hincapié que estas pueden derivarse de las condiciones previas de mi organismo y de la complejidad y severidad del padecimiento, enfermedad y/o estado que presento, así como de posibles alergias a medicamentos, materiales de sutura u otros elementos utilizados en la atención, o por las interacciones propias de los medicamentos empleados, desconocidas hasta el momento.

6.- Se me ha garantizado la salvaguarda de mi intimidad, privacidad, que no será divulgada o publicada información alguna derivado del estudio de mi padecimiento, salvo con mi consentimiento expreso por escrito.

7.- que se me ha permitido externar todas las dudas que me han surgido, derivadas de la información recibida, por lo que manifiesto estar enteramente satisfecho(a), y he comprendido cabalmente los alcances, los riesgos, beneficios y alternativas de la posible solución a mi padecimiento, enfermedad y estado actual.

8.- ante la información proporcionada en forma completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico correspondiente a mi padecimiento, enfermedad o estado actual, mediante el presente expreso mi CONSENTIMIENTO LIBRE, ESPONTANEO Y SIN PRESION alguna, para que se realicen los procedimientos requeridos para el restablecimiento de mi salud en este hospital. Asimismo ACEPTO Y AUTORIZO se me atiendan las contingencias y emergencias derivadas de la atención medica que pudieran presentarse, teniendo el suscrito en cualquier momento la libertad de REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO y de rehusar el tratamiento y/o solicitar una alta voluntaria por así convenir a mis intereses, liberando al tomar esta determinación, de cualquier obligación médico-legal al personal de este hospital.

9.- Que nombro a (familiar, tutor o representante legal) \_\_\_\_\_ como mi representante para la toma de decisiones en relación a mi padecimiento, enfermedad o estado actual que sobre mi persona puedan requerirse si por alguna circunstancia me veo incapacitado al respecto, sea de modo temporal o permanente.

10.- Para que el caso de que el paciente o usuario este imposibilitado para suscribir este documento, el familiar, tutor o representante legal, manifiesta haber sido informado de todos y cada uno de los puntos anteriores, los cuales hace suyos a nombre del paciente o usuario, ACEPTANDOLOS en todos los términos para los efectos legales correspondientes al estampar su firma.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente, usuario, familiar, tutor o  
Representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma del Medico  
Cedula Profesional: \_\_\_\_\_  
Matricula: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma del Medico Anestesiólogo  
Cedula Profesional: \_\_\_\_\_  
Matricula: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

Nota: este documento no debe contener abreviaturas, enmendaduras o tachaduras





## ORDEN DE INTERNAMIENTO

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Número de S.S.: \_\_\_\_\_

Servicio:

Diagnóstico pre quirúrgico:

Fecha de Programación:

Fecha de Hospitalización:

Fecha de Cirugía

Indicaciones:

Nombre, Firma y Matricula.

Vo. Bo.-----

27 Clave 2660-003-039