


PROCEDIMIENTO PARA


LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN

Noviembre, 2006

Versión aprobada por el Comité de Mejora Regulatoria (COMERI), según acuerdo No. uno de fecha 22 noviembre de 2006.


	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA		CLAVE:	
	TÍTULO:		REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN		PAG:	FECHA:
			2/ 60	Noviembre 2006
	ELABORÓ:	APROBÓ	VO.BO.:	
	Lic. Mario Julio Cordova Motte Director General de Rehabilitación y Asistencia Social	Dr. Carlos Pérez López Jefe de la Unidad de Asistencia e Integración Social	COMERI	

INDICE	HOJA
1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	13
3. DEFINICIONES	14
4. RESPONSABILIDAD / AUTORIDAD	16
5. DIAGRAMA DE FLUJO	18
6. DESARROLLO	19
7. REFERENCIAS	21
8. ANEXOS	22

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		3/ 60	Noviembre 2006

1. OBJETIVO


Que los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación y los Centros de Rehabilitación cuenten con un documento que les indique la secuencia de las actividades en el proceso de Consulta Médica de Primera Vez.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		4/ 60	Noviembre 2006

2. ALCANCE

Aplica a todo el personal de los siguientes centros:

- Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Iztapalapa.
- Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gaby Brimmer.
- Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación de Personas Ciegas y Débiles Visuales.
- Centro de Rehabilitación Integral Tlazocihualpilli.
- Centros de rehabilitación centralizados.
- Opcional para los centros de rehabilitación descentralizados y estatales.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		5/ 60	Noviembre 2006

3. DEFINICIONES

3.1. Atención médica de primera vez: Conjunto de servicios que se proporcionan al usuario por primera vez, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

3.2. Referencia y Contrarreferencia: Procedimiento médico administrativo entre unidades operativas del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y del Sector Salud en los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de los usuarios, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

3.3. Cuota de Recuperación: Pago proporcionado por el usuario con base en la asignación de un rango socioeconómico por retribución al servicio otorgado en los Centros Nacionales Modelo de Atención y en los Centros de Rehabilitación.

3.4. Prevaloración: Consulta médica exploratoria de breve duración que determina el ingreso o no del usuario al Centro de Rehabilitación.


3.5. Expediente Clínico: Documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la Institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud. (para mayor información referirse a la NOM. 168 del expediente clínico)

3.6. Usuario: Toda aquella persona, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

3.7. Historia Clínica: Documento médico legal que consta de interrogatorio, exploración física, diagnósticos y tratamientos, y que deberá ser elaborada por el médico.


3.8. Diagnóstico: Determina la situación clínica de una persona a través de la elaboración de una historia clínica y exploración física.

3.9. Pronóstico: Juicio que forma el profesional en relación a la evolución de la patología, y plan de tratamiento.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	6/ 60	Noviembre 2006

3.10. Tratamiento: Conjunto de actividades que el médico prescribe para proteger y restaurar la salud del usuario.

3.11. Carnet de Citas: Documento donde se señala día, hora y lugar para todo tipo de atención que se proporcione en los Centros Nacionales Modelo de Atención y Centros de Rehabilitación.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	7/ 60	Noviembre 2006

4. RESPONSABILIDAD / AUTORIDAD

4.1. Director del Centro

Supervisar que la prestación de los servicios de rehabilitación integral que se brindan a los usuarios se proporcione en forma oportuna y con calidad.

4.2. Jefe del Departamento de Valoración y Tratamiento.

Dar a conocer el Procedimiento para la Atención Médica de los Usuario en la Consulta de Primera Vez en los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación al personal del Centro involucrado en el mismo.

Coordinar y supervisar al personal que interviene en la prestación del servicio, con la finalidad de satisfacer las necesidades del usuario e implementar las acciones de mejora.

4.3. Médico Especialista.

Conocer el Procedimiento Para la Atención Médica de los Usuario en la Consulta de Primera Vez en los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación.

Otorgar la preconsulta y consulta médica de primera vez con calidad y calidez.

Referir al usuario a otra institución de salud cuando el caso así lo amerite.

Elaborar la Historia Clínica de acuerdo a la normatividad vigente.

Establecer el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del usuario e informarle a él o a sus familiares de padecimiento.


4.4. Trabajadora Social.

Proporcionar al usuario información correcta y oportuna relacionada con los servicios que presta el Centro.

Realizar al usuario el estudio socioeconómico para establecer la cuota de recuperación correspondiente.

Llenar el formato de Referencia y Contrarreferencia cuando lo indica el médico y entregarlo al usuario.

Proporcionar la información necesaria a los usuarios cuando no sean sujetos de atención, sobre otras instituciones públicas donde pueda ser atendido.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	8/ 60	Noviembre 2006

4.5. Personal habilitado en el archivo

Atender con calidad y calidez a los usuarios y personal de los Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación.

Elaborar e integrar el expediente clínico de acuerdo a la Normatividad.

Entregar al médico especialista el expediente clínico correspondiente para la consulta médica de primera vez.

Elaborar el Carnet de Citas


Registrar los datos del usuario en la Libreta Única del Centro

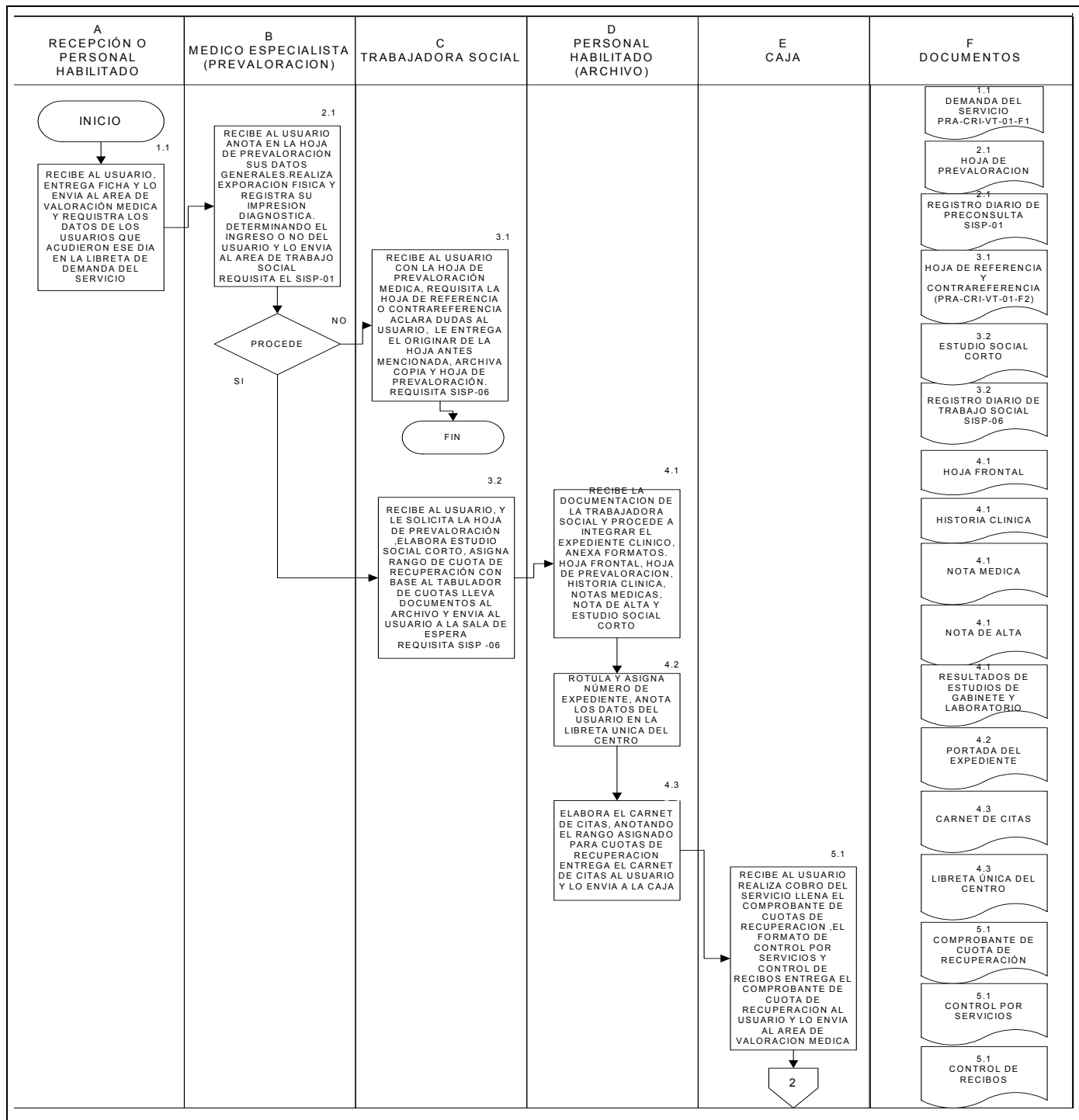
4.6. Personal habilitado en el área de caja

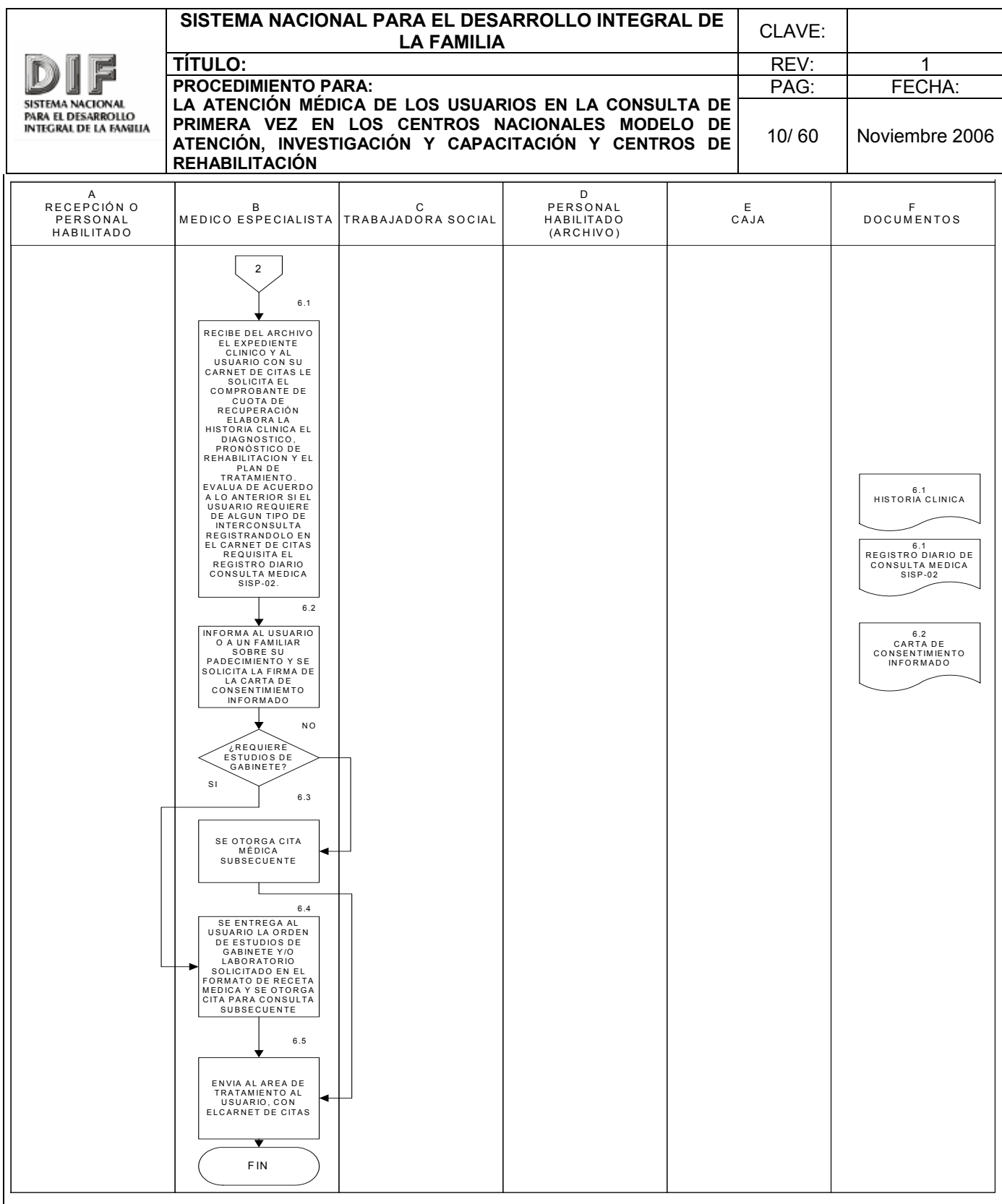
Atender con calidad y calidez a los usuarios.


Cobrar las cuotas de recuperación de acuerdo al rango social determinado por trabajo social, llenar y entregar el comprobante de pago al usuario.

Elaborar el reporte diario del cobro de los servicios.


	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA		CLAVE:	
	TÍTULO:		REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:		PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN		9/ 60	Noviembre 2006






	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	11 / 60	Noviembre 2006

RESPONSABLE	ACT. No.	DESARROLLO
RECEPCIONISTA O PERSONAL HABILITADO	1.1	Recibe al usuario, entrega la ficha correspondiente y lo envía al área de valoración médica y registra los datos de los usuarios que acudieron ese día en la libreta de demanda del servicio.
MEDICO ESPECIALISTA (PREVALORACIÓN)	2.1	Recibe al usuario, anota en la hoja de prevaloración sus datos generales, realiza la exploración física, y registra en la misma hoja la impresión diagnóstica, determinando el ingreso o no del usuario, lo envía al área de Trabajo Social para estudio social corto o canalización. Requisita el Registro Diario de Preconsulta SISP-01
TRABAJADORA SOCIAL	3.1	¿Procede su ingreso al Centro Nacional? No Recibe al usuario con la Hoja de Prevaloración, verifica los datos, requisita la Hoja de Referencia y Contrarreferencia, aclara dudas al usuario, le entrega el original de la hoja de referencia y contrarreferencia, archiva una copia de este documento junto con el original de la hoja de prevaloración. Requisita el Registro Diario de Trabajo Social SISP-06 FIN DEL PROCEDIMIENTO
	3.2	Si Recibe al usuario, y le solicita la hoja de prevaloración, requisita el formato de Estudio Social Corto, asigna rango de cuota de recuperación con base al Tabulador de Cuotas, lleva los documentos al archivo, y envía al usuario a la sala de espera, requisita el Registro Diario de Trabajo Social SISP-06
PERSONAL HABILITADO (ARCHIVO)	4.1	Recibe la documentación de la trabajadora social y procede a integrar el expediente clínico anexándole los siguientes formatos: Hoja frontal; Hoja de Prevaloración requisitada; Historia clínica; Notas médicas; Hoja de alta; Resultados de Estudios de Gabinete y Laboratorio; Estudio Social Corto, (una vez que lo reciba del área de Trabajadora Social).
	4.2	Rotula, asigna número de expediente y anota los datos del usuario en la Libreta Única del Centro.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		12/ 60	Noviembre 2006

RESPONSABLE	ACT. No.	DESARROLLO
CAJERA O PERSONAL HABILITADO MÉDICO ESPECIALISTA	4.3	Elabora el carnet de Citas anotando el rango asignado para cuota de recuperación, lo entrega al usuario y lo envía a la caja
	5.1	Recibe al usuario, realiza cobro del servicio, llena el Comprobante de Cuota de Recuperación, el formato de Control por Servicios y Control de Recibos. Entrega el comprobante de cuota de recuperación original al usuario y lo envía al área de Valoración Médica.
	6.1	Recibe del archivo el expediente clínico, y al usuario con su Carnet de Citas y le solicita el comprobante de cuota de recuperación. Elabora la historia clínica, donde se anota el diagnóstico, pronóstico de rehabilitación y el plan de tratamiento, evalúa de acuerdo al diagnóstico si el usuario requiere de algún tipo de interconsulta, registrándolo en el Carnet de citas. Requisita el Registro Diario de Consulta Médica SISP-02
	6.2	Informa al usuario o a un familiar de éste, sobre su padecimiento, y se solicita la firma de la Carta de Consentimiento Informado.
	6.3	¿Requiere de estudios de gabinete? No Se otorga cita médica subsecuente. Continúa actividad 6.6
	6.4	Si Se entrega al usuario la orden de estudios de gabinete y/o laboratorio solicitado en el formato de Receta Medica y se otorga cita para consulta subsecuente.
	6.5	Envía al área de tratamiento al usuario con el Carnet de Citas. FIN DEL PROCEDIMIENTO. El Director del Centro a través del Jefe de Depto. de Valoración y Tratamiento supervisa la operación de este procedimiento. El tiempo máximo considerado a partir del inicio del servicio será de 4 horas máximo.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		13 / 60	Noviembre 2006

7. REFERENCIAS

7.1 Ley General de Salud 30 de septiembre de 1999


7.2 Ley de Asistencia Social, 2 de septiembre de 2004

7.3 Ley General de las Personas con Discapacidad, 10 de junio de 2005

7.4 Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia 8 de Febrero de 2006.


7.5 Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico

7.6 Manual de Registro e Instructivos del Sistema de Información de Servicios Prestados (SISP), 1993.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		14/ 60	Noviembre 2006

8. ANEXOS

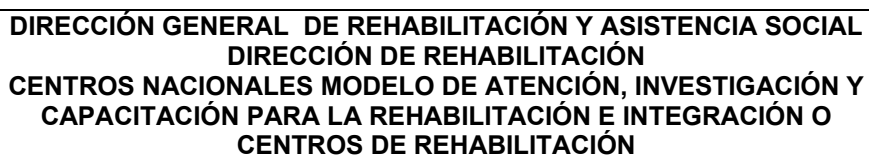
- Demanda del Servicio
- Hoja de Prevaloración
- Registro Diario de Preconsulta SISP-01
- Hoja de Referencia o de Contrarreferencia
- Registro Diario de Trabajo Social SISP-06
- Estudio Social Corto
- Hoja Frontal
- Historia Clínica
- Notas Médicas
- Hoja de Alta
- Resultados de Estudios de Gabinete y Laboratorio
- Carnet de Citas
- Libreta Única del Centro
- Comprobante de Cuota de Recuperación

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		15 / 60	Noviembre 2006

- Registro Diario de Consulta Médica SISP-02

- Carta de Consentimiento Informado.


- Receta Médica



Periodo	(1)
---------	-----

(7)

16

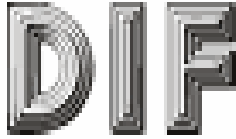
	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	17 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA LIBRETA O FORMATO DE DEMANDA DE SERVICIO

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 El año y mes del período a que corresponde la información
- 2 La fecha en que se realiza la anotación
- 3 La cantidad de usuarios que recibieron ficha para consulta médica.
- 4 El número de personas que no alcanzaron ficha y que no recibieron el servicio de consulta medica
- 5 El número de usuarios que solicito el servicio en esa fecha sumándole número de usuarios con ficha y solicitantes sin ficha
- 6 La cantidad de usuarios que recibieron el servicio al mes
- 7 Nombre de la persona que elaboró el reporte




SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

HOJA DE PREVALORACIÓN

NOMBRE (1)	
EDAD (2)	SEXO (3)
OCUPACIÓN (4)	
ENVIADO POR (5)	
DOMICILIO (6)	
FECHA (7)	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (8)
CANALIZACIÓN (9)
SE SUGIERE VALORACIÓN POR: (10) ORTOPEDIA MEDICINA DE REHABILITACIÓN PSICOLOGÍA PEDAGOGÍA OFTALMOLOGÍA NEUROLOGÍA COMUNICACIÓN HUMANA EVALUACIÓN DE APTITUDES Y DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL TRABAJO (EADHT) PEDIATRÍA TRABAJO SOCIAL
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: (11)

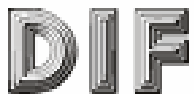
	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	19/ 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE PREVALORACIÓN

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 Nombre completo del usuario iniciando por apellido paterno, apellido materno y nombre (s).
- 2 Edad del usuario en días, meses o años cumplidos.
- 3 Sexo del usuario, anotando "F" para femenino y "M" para masculino.
- 4 Ocupación o escolaridad desempeñada en el momento de la entrevista.
- 5 Anotar el nombre de la institución o médico que envía.
- 6 Calle, número y Colonia.
- 7 Día, mes y año, en números arábigos, separados por una diagonal o guión.
- 8 Impresión diagnóstica obtenida de la entrevista realizada.
- 9 Institución, centro o sitio específico donde se canaliza al usuario para su atención, explicando brevemente el motivo de la referencia.
- 10 Marcar con una "X" en el cuadro correspondiente al servicio que debe valorar al usuario.
- 11 Nombre completo, número y la firma del médico que realiza la prevaloración.




REGISTRO DIARIO DE PRECONSULTA

SISP-01

CLAVE DEL CENTRO: (1)	NOMBRE DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN: (2)	FECHA (MES/AÑO) (3)
--------------------------	---	------------------------

NO. DE CREDENCIAL: (4)	NOMBRE DEL MÉDICO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S): (5)
---------------------------	--

NOMBRE DEL USUARIO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S) (6)	CORRESPONDE (7)	
	SI	NO

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	21 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL REGISTRO DIARIO DE PRECONSULTA

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 Número de clave del Centro de Rehabilitación.
- 2 Nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación.
- 3 Mes y año al que corresponda la información contenida en el registro, en números arábigos y separados por una diagonal.
- 4 Número de credencial del médico que otorga la atención al usuario.
- 5 Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico que otorga la atención al usuario.
- 6 Apellido paterno, apellido materno y nombre (s) del usuario.
- 7 Marcar con una "X" en la columna correspondiente cuando el usuario haya sido aceptado o no en el Centro de Rehabilitación.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

HOJA DE REFERENCIA

FOLIO No. _____

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: (1)

FECHA: (2)

NOMBRE DEL USUARIO: (3)

EDAD: (4)

SEXO: (5)

DIAGNÓSTICO: (6)


ANTECEDENTES: (7)

PADECIMIENTO ACTUAL (8)

TRATAMIENTOS: (9)

ESTUDIOS REALIZADOS (10)

OBSERVACIONES O SUGERENCIAS: (11)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	23 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE REFERENCIA

<u>NO.</u>	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
1	El nombre de la institución a la que se refiere el usuario y el servicio solicitado.
2	La fecha anotando el día mes año.
3	El nombre completo, empezando por el apellido paterno.
4	Los años o meses cumplidos.
5	Masculino o Femenino según corresponda.
6	El diagnóstico o la impresión diagnóstica del usuario referido
7	Cualquier dato previo que sea de utilidad para el tratamiento del problema que se diagnóstico al usuario referido.
8	El motivo de la solicitud del servicio.
9	Los tratamientos que recibe o que pudiera haber recibido el usuario que va a ser referido y que tengan relación con el padecimiento a tratar.
10	Los estudios que se le hayan realizado al usuario y que puedan ser de utilidad para establecer su tratamiento.
11	Cualquier dato que no haya quedado incluido en los rubros anteriores y que pueda ser de utilidad para la atención del usuario referido, en la unidad a la que se envía.
12	El nombre completo, número de credencial y la firma del medico que esta refiriendo al usuario.



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

HOJA DE CONTRARREFERENCIA

UNIDAD DE LA QUE FUE REFERIDO: (1)

FECHA DE ENVIO: (2)

NOMBRE DEL USUARIO: (3)

MOTIVO POR EL QUE FUE REFERIDO: (4)

PADECIMIENTO ACTUAL: (5)

EVOLUCION: (6)

DIAGNÓSTICO INICIAL: (7)

:DIAGNÓSTICO FINAL (8)

RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO: (9)


DEBE REGRESAR: (10)

SI

NO

EN CASO DE DUDA COMUNICARSE CON : (11)

NOMBRE NÚMERO DE CREDENCIAL Y FIRMA: (12)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	25 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE CONTRARREFERENCIA

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 Nombre completo de la unidad de la que fue referido
- 2 El día mes y año en que se envía al usuario a la instancia que lo refirió
- 3 El apellido paterno, materno y nombre (s) del usuario
- 4 La causa por la que se le envió originalmente al unidad que contrarrefiere.
- 5 El padecimiento que actualmente persiste
- 6 El proceso que ha tenido el padecimiento desde que refirieron al usuario hasta que lo contrarrefirieron
- 7 Cual fue el primer diagnóstico que se identifico
- 8 Cual es el diagnóstico que quedó después del tratamiento
- 9 Si se requiere que continúe algún tratamiento o cuidados especiales
- 10 Si se requiere que el usuario regrese para seguirlo atendiendo.
- 11 El nombre y teléfono de la persona que pueda dar referencias acerca del tratamiento o padecimiento del usuario que fue atendido en la unidad que lo contrarrefiere
- 12 El nombre completo número de credencial y la firma de la persona que contrarrefiere.



1 / 2

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

ESTUDIO SOCIAL CORTO

NOMBRE (1)		No. DE EXPEDIENTE (2)	CLASIF (3)	
EDAD (4)	SEXO (5)	EDO. CIVIL (6)	FECHA DE ESTUDIO (7)	
ESCOLARIDAD (8)		OCUPACIÓN (9)	TEL. TRABAJO (10)	
DOMICILIO (11)		TEL. DOMICILIO (12)		
UBICACIÓN ENTRE CALLES (13)				
ENTIDAD FEDERATIVA (14)		CÓDIGO POSTAL (15)		
SERVICIO (16)		No. DE CONSULTORIO (17)		
MOTIVO DE ESTUDIO (18)				
NOMBRE DEL ENTREVISTADO (19)		PARENTESCO (20)		
ESTRUCTURA FAMILIAR				
MIEMBROS DE LA FAMILIA NOMBRE (21)	PARENTESCO (22)	EDAD (23)	ESTADO CIVIL (24)	OCUPACIÓN ESCOLARIDAD (25)
FAMILIOGRAMA (26)				

SITUACIÓN ECONOMICA

INGRESO

	HORARIO		INGRESO
	M	V	
PADRE			(27)
MADRE			(28)
HNO (A)			(29)
USUARIO			(30)
OTROS			(31)
TOTAL			(32)

EGRESO

ALIMENTACIÓN	(33)
RENTA O PAGO DE CASA	(34)
SERVICIOS DEL HOGAR	(35)
ATENCIÓN MÉDICA	(36)
EDUCACIÓN	(37)
TRANSPORTE	(38)
RECREACIÓN	(39)
VESTIDO	(40)
OTROS	(41)
TOTAL	(42)

DÉFICIT: (43)

EXCEDENTE: (44)

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA (45)	COMPONENTES					SERVICIO										TENENCIA										TIPO DE CONSTRUCCIÓN				BARRERAS ARQUITECTONICAS									
																														INTERNAS					EXTERNAS				
	SALA	COMEDOR	COCINA	Nº DE BAÑOS	Nº DE RECÁMARAS	AGUA	LUZ	DRENAJE	ALUMBRADO	ALCANTARILLADO	PAVIMENTO	TÉLEFONO	TRANSPORTE	SERV. DE LIMPIEZA	PROPIA	RENTA	PRESTADA	HIPOTECA	INT. SOCIAL	PARACADISTA	OTRO	TABIQUE O LADRILLO	CARTON	LAMINA	OTRO	ESCALERAS	ESPACIO REDUCIDO	FALTA ADECUACIÓN	FALTA MOBILIARIO	CALLE INACCESIBLE	FALTA TRANSPORTE	SIN PAVIMENTO	PENDIENTES	BARRANCAS					
CASA																																							
DEPTO.																																							
VECINDAD																																							
CUARTO																																							
OTRO																																							


DATOS SIGNIFICATIVOS DE LA FAMILIA Y USUARIO (46)

DIAGNÓSTICO Y PLAN SOCIAL (47)

NOMBRE DE T.S. (48)


FIRMA (49)

No. CREDENCIAL (50)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		28 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DEL ESTUDIO SOCIAL CORTO

<u>No.</u>	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
1	Nombre del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s).
2	Número de expediente asignado al usuario.
3	Clasificación asignada.
4	En días, meses o años cumplidos.
5	F para femenino, M para masculino.
6	Soltero, casado, viudo, unión libre, según el caso.
7	Día, mes y año de la fecha en se realizo el estudio.
8	El último año cursado o que cursa actualmente, si no tiene escolaridad anotar si sabe leer o escribir.
9	La ocupación específica que realiza el usuario.
10	El número completo del teléfono donde labora y su horario de localización.
11	Calle, Número interior y colonia del usuario.
12	El número de teléfono de su domicilio o de teléfono donde se le llame o deje recado.
13	El nombre de las calles paralelas entre las que se encuentra la calle del domicilio del usuario.
14	El municipio y Estado en el caso del interior de la República; la delegación política a la que corresponde la colonia en el caso del D.F.

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		29 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DEL ESTUDIO SOCIAL CORTO

No

DEBERA ANOTARSE

15

El número que le corresponda a la colonia o entre paréntesis la zona postal cuando se desconozca el código.

16

El nombre del área o servicio que solicita la valoración

17

Número de consultorio asignado

18

El estudio se hace por procedimiento habitual del centro. Se debe anotar el motivo de estudio de acuerdo a la solicitud efectuada.

19

Apellido paterno, materno y nombre (s) de la persona que sea la entrevistada, debido a la imposibilidad de comunicación por parte del paciente.

20

El parentesco del entrevistado o la relación que tenga con el usuario.

21

Apellido paterno, materno y nombres, de cada uno de los miembros de la familia anotados en el punto anterior.

22

El parentesco de cada uno de los miembros de la familia anotados en el punto anterior.

23

La edad de cada uno de los miembros de la familia anotados en el punto anterior.

24

El estado civil (soltero, casado, viudo, unión libre), de cada uno de los miembros de la familia anotados en el punto 22.

25

La actividad escolar u ocupación de cada uno de los familiares anotados en el punto 21.

26


Gráficamente las relaciones que tiene la familia en relación con la persona con discapacidad.

27

La cantidad de ingreso mensual que aporta el padre; marcando con una x en la columna correspondiente el turno en el que labora.

28

La cantidad de ingreso mensual que aporta la madre; marcando con una x el turno en el que labora.


	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	30 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DEL ESTUDIO SOCIAL CORTO

No.

DEBERA ANOTARSE

- | | |
|----|--|
| 29 | La cantidad de ingreso mensual que aporta la totalidad de hermanos; marcando con una x el turno en el que labora. |
| 30 | La cantidad de ingreso mensual que aporta el usuario; marcando con una x el turno en el que labora |
| 31 | La cantidad de ingreso mensual que aportan otros; marcando con una x el turno en el que labora |
| 32 | Monto total de ingresos. |
| 33 | Los egresos mensuales utilizados para alimentación |
| 34 | Los egresos mensuales utilizados para la renta o pago de casa. |
| 35 | Los egresos mensuales de servicios del hogar (gas, luz, teléfono, agua, predio) |
| 36 | Los egresos mensuales en atención médica. |
| 37 | Los egresos mensuales en materia de educación |
| 38 | Los egresos mensuales destinados al transporte |
| 39 | Los egresos mensuales destinados a la recreación |
| 40 | Los egresos mensuales destinados al vestido |
| 41 | Los egresos mensuales destinados a otros. |
| 42 | Monto total de egresos. |
| 43 | La cantidad que necesita la familia y que no cuenta con ello, para cubrir sus necesidades resultantes de la comparación de su ingreso con su egreso. |

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	31 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DEL ESTUDIO SOCIAL CORTO

No.

DEBERA ANOTARSE

44

La cantidad resultante de la resta entre el ingreso familiar y su egreso.

45

De acuerdo al tipo de vivienda (casa, departamento, vecindad, cuarto u otro) marcar con una "x" las columnas correspondientes a componentes, servicios, tenencia, tipo de construcción y barreras arquitectónicas con los que cuenta la vivienda.

46

Los datos significativos de la familia o usuario accesibilidad para deambular, actividades deportivas, problemas familiares, económicos y de conducta, ocupación del tiempo libre de la persona con discapacidad. Recursos familiares que puedan contribuir a la rehabilitación del paciente

47

Diagnóstico y plan social.

48


Nombre de la trabajadora social iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s)

49

Firma de la trabajadora social

50

Número de credencial de la trabajadora social

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	33 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL REGISTRO DIARIO DE TRABAJO SOCIAL

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 Número clave del Centro Nacional correspondiente.
- 2 Nombre del Centro de Rehabilitación sin omitir el lugar de ubicación.
- 3 Fecha a la que corresponda el reporte anotando primero el año y el mes.
- 4 Número de credencial del trabajador social que otorga la atención al usuario.
- 5 Apellido paterno, materno y nombre(s) del trabajador social que otorga la atención al usuario.
- 6 Número de expediente clínico asignado al usuario.
- 7 En la columna TIPO anotar el número 1 si se realiza una entrevista de primera vez y el número 2 si es una entrevista subsecuente.
- 8 "X" en la columna que corresponda, si se realiza un estudio social preeliminar, corto, profundo o actualización de casos.
- 9 "X" en la columna que corresponda, si la terapia es individual o grupal.
- 10 "X" en la columna que corresponda, si la visita es por referencia de casos, seguimiento y recuperación de casos.
- 11 X si se realiza otro tipo de actividades diferentes a las señaladas que complementen la atención o el tratamiento del usuario, dichas actividades deberán ser sustentadas por alguna nota breve en el expediente.




SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

HOJA FRONTAL

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE (1)	
EDAD (2)	SEXO (3)
CENTRO NACIONAL (4)	

FECHA (5) DÍA MES AÑO	DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO Y DE INVALIDEZ (6)	NOMBRE, FIRMA Y NO. DE CREDENCIAL DEL MÉDICO TRATANTE (7)

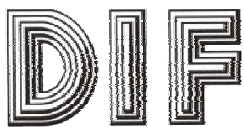
	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		35 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA HOJA FRONTAL

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 El nombre del usuario y número de expediente asignado.
- 2 Edad en años para las personas adultas y años y meses en los niños.
- 3 Sexo masculino o femenino.
- 4 Nombre del Centro Nacional que lo atiende.
- 5 Día mes y año con número.
- 6 Diagnóstico nosológico o de discapacidad del paciente.
- 7 Nombre completo, firma y número de credencial de médico responsable.



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y No. DE EXPEDIENTE:

(1)

EDAD:

(2)

SEXO:

(3)

CENTRO DE REHABILITACIÓN

(4)

SERVICIO:

(5)

HISTORIA CLINICA

ANTECEDENTES:

INTERROGATORIO: (6)

DIRECTO
INDIRECTO

HEREDITARIOS Y FAMILIARES: (7)

PERSONALES NO PATOLÓGICOS: (8)

PERSONALES PATOLÓGICOS: (9)

PADECIMIENTO ACTUAL: (10)

APARATOS Y SISTEMAS: (11)

EXAMENES PREVIOS: (12)

TERAPEUTICA EMPLEADA: (13)

DIAGNÓSTICOS PREVIOS: (14)

PESO (15)	ESTATURA (16)	PULSO (17)	TENSIÓN ARTERIAL (18)	TEMPERATURA (19)	RESPIRACIÓN (20)
---------------------	-------------------------	----------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------------

INSPECCIÓN GENERAL

MARCHA: (21)

POSTURA: (22)

CABEZA Y CUELLO: (23)

PARES CRANEALES: (24)

TORAX Y ABDOMEN: (25)

MIEMBROS SUPERIORES: (26)

MIEMBROS INFERIORES: (27)


A.D.V.H. (28)

DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO Y DE DISCAPACIDAD: (29)

PRONÓSTICO DE REHABILITACIÓN: (30)


TRATAMIENTO INTEGRAL: (31)

NOMBRE Y No. DE CREDENCIAL: (32)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		40 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA

No.	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
1	Nombre del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s) Y Número de expediente asignado, con números arábigos.
2	Edad en años para las personas adultas y años y meses en los niños
3	F en caso de que el usuario sea femenino y M en caso de sea masculino
4	Nombre del Centro de Rehabilitación
5	Consulta Externa
6	Marcar con una x DIRECTO si la información la proporciona el usuario o INDIRECTO si es proporcionada por un familiar.
7	Antecedentes Hereditarios y Familiares
8	Antecedentes Personales no Patológicos
9	Antecedentes Personales Patológicos
10	Padecimiento Actual
11	Aparatos y Sistemas
12	Exámenes Previos
13	Terapéutica Empleada
14	Diagnósticos previos
15	Peso en Kilogramos.
16	Estatura en metros

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	41 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA

<u>No.</u>	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
17	Pulso
18	Tensión Arterial
19	Temperatura
20	Frecuencia Respiratoria
21	Marcha
22	Postura
23	Cabeza y cuello
24	Pares craneales
25	Tórax y abdomen
26	Miembros superiores
27	Miembros inferiores
28	Actividades de la Vida Diaria Humana
29	Diagnóstico nosológico y de discapacidad
30	Pronostico de Rehabilitación
31	Tratamiento integral
32	Nombre del médico tratante, iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s), y número de credencial



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

NOTAS MÉDICAS


NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE (1)

EDAD (2)

SEXO (3)

FECHA Y HORA
(4)

NOTAS (5)
(NOMBRE, FIRMA Y No. CREDENCIAL DEL MÉDICO)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	43 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE NOTAS MÉDICAS

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 Nombre del usuario y número de expediente asignado.
- 2 Edad en años para las personas adultas y años y meses en los niños
- 3 M para sexo Masculino o F para sexo Femenino.
- 4 Fecha y hora de la nota.
- 5 Nota médica y al finalizar nombre completo, firma y número de credencial del Médico responsable.



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN

HOJA DE ALTA

NOMBRE Y NO. DE EXPEDIENTE (1)

EDAD (2)

SEXO (3)

CENTRO NACIONAL (4)

FECHA DE INGRESO (5)

DIAGNÓSTICO FINAL (6)


SECUELAS (7)

EXAMENES DE LABORATORIO (8)

ESTUDIOS DE GABINETE (9)

MOTIVO DE ALTA (10)

SERVICIOS OTORGADOS (11)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		45 / 60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE HOJA DE ALTA

NO.

DEBERA ANOTARSE

- 1 Nombre del usuario y número de expediente asignado.
- 2 Edad en años.
- 3 Sexo masculino o femenino.
- 4 Nombre del Centro Nacional que lo atiende.
- 5 Fecha de Ingreso del Usuario (día, mes año).
- 6 Diagnóstico Final del usuario atendido.
- 7 Secuelas que el paciente presenta.
- 8 Exámenes de laboratorio más significativos al egreso.
- 9 Estudios de gabinete más significativos al egreso.
- 10 Motivo de alta del usuario.
- 11 Servicios otorgados al usuario.
- 12 Tipo de alta.
- 13 Fecha en que se dio de alta (día, mes, año)
- 14 Nombre Completo, no. de Credencial y firma del médico responsable.

**RESULTADOS DE ESTUDIOS
DE GABINETE Y LABORATORIO**

(4)

_____ 12o
_____ 11o
_____ 10o
_____ 9o
_____ 8o
_____ 7o
_____ 6o
_____ 5o
_____ 4o
_____ 3o
_____ 2o
_____ 1o

FECHA (2)

SEXO (3)

12o _____
11o _____
10o _____
9o _____
8o _____
7o _____
6o _____
5o _____
4o _____
3o _____
2o _____
1o _____



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

CLAVE:

TÍTULO:

REV:

1

PROCEDIMIENTO PARA:

PAG:

FECHA:

LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN

47 / 60

Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE RESULTADOS DE ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO

NO.

DEBERA ANOTARSE

1

El nombre del usuario.

2

La fecha en que se registra el resultado del estudio.

3

La letra M para hombre y F para mujeres

4

En el renglón correspondiente los formatos de los resultados de exámenes de gabinete y laboratorio efectuados al usuario, en orden cronológico a su realización.

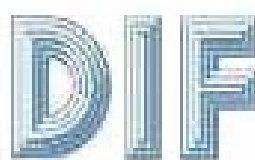
FECHA (7)	HORA (8)	SERVICIO (9)	MÉDICO O TERAPEUTA (10)	FECHA	HORA	SERVICIO	MÉDICO O TERAPEUTA

INSTRUCCIONES PARA ASISTIR A LA CONSULTA EXTERNA

1. -PARA NO PERDER LA CONSULTA, LLEGUE PUNTUAL A SU CITA.
2. -ESTÉ PENDIENTE CUANDO LLAMEN AL PACIENTE.
3. -PARA COMODIDAD DEL USUARIO SOLO DEBE PERMANECER EN LA SALA DE ESPERA, UN ACOMPAÑANTE.
4. -PARA CUALQUIER INFORMACIÓN LLAME AL TELÉFONO 30-03-22-00 EXT

NOTA: NO SE DARÁ CONSULTA Y/O TRATAMIENTO DESPUÉS DE 15 MIN. DE LA HORA CITADA

EN CASO DE NO LLEGAR PUNTUALMENTE, RECIBIRÁ NUEVA CITA



SISTEMA NACIONAL PARA
EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

CARNET DE CITAS

(1)
CLASIFICACIÓN

CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN: (2)
CENTRO DE REHABILITACIÓN

NOMBRE DEL USUARIO: (3)

R.F.C.
(4)

No. DE EXPEDIENTE
(5)

NOMBRE DEL MÉDICO: (6)

	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	49/ 60	Noviembre 2006


INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL CARNET DE CITAS

No	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
1	La clasificación o rango socioeconómico.
2	El Nombre del Centro Nacional Modelo de Atención.
3	El nombre completo del usuario iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s).
4	El Registro Federal de Causantes del usuario.
5	El número de expediente del usuario.
6	El nombre del médico tratante iniciando con apellido paterno, materno y nombre (s).
7	La fecha programada de la cita.
8	La hora de la cita programada.
9	El servicio donde deberá de acudir el usuario.
10	El nombre completo del médico tratante.

DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN
CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN Y
CENTROS DE REHABILITACIÓN


LIBRETA ÚNICA DEL CENTRO

No. DE EXPEDIENTE	NOMBRE DEL USUARIO	EDAD	SEXO	DIRECCIÓN	CANALIZADO POR	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	SERVICIO	MEDICO ASIGNADO	RANGO	TRABAJADORA SOCIAL
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	51/60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA LIBRETA ÚNICA DEL CENTRO

<u>NO.</u>	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
1	Número de expediente clínico asignado al usuario.
2	Apellido paterno, materno y nombre(s) del usuario
3	Días, meses o años cumplidos.
4	“F” para femenino y “M” para masculino.
5	La dirección completa del usuario
6	El nombre del área que canaliza
7	La escolaridad del usuario.
8	La ocupación actual del usuario.
9	El diagnóstico de ingreso del usuario
10	El servicio que solicita
11	El nombre del médico asignado

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		52/60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA LIBRETA ÚNICA DEL CENTRO

NO.

DEBERA ANOTARSE

- | | |
|----|---|
| 12 | El rango socioeconómico asignado por el área de trabajo social. |
| 13 | El nombre de la trabajadora social que otorgó el rango. |



SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA
EMILIANO ZAPATA No. 340 COL. STA. CRUZ ATOYAC
MÉXICO, D.F. C.P. 03310 DELEG. BENITO JUÁREZ
R.F.C. SND-770113-4L0
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL

COMPROBANTE DE CUOTA
DE RECUPERACIÓN

No.

No. EXP. (1)

RECIBIMOS DE:

(2)

R.F.C. Y/O C.U.R.P.:

(3)

LA CANTIDAD DE: \$

(4)

TIPO DE SERVICIO:

(5)

FECHA:

(6)

CLAVE:
DIRECCIÓN

0 2

CLAVE
CENTRO


(7)

CLAVE
SERVICIO

(8)

CLAVE
BENEFICIARIO

(9)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	54/60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL COMPROBANTE DE PAGO DE CUOTA DE RECUPERACIÓN

No.

DEBERA ANOTARSE

- | | |
|---|---|
| 1 | No. de expediente del usuario. |
| 2 | Nombre completo del usuario iniciando por apellido paterno, materno y nombre (s). |
| 3 | Registro Federal de Causante o C.U.R.P. del usuario |
| 4 | Con número y letra la cantidad a pagar. |
| 5 | Tipo de servicio (Consulta, Terapia) |
| 6 | Fecha en que se hace el pago escribir día, mes y año con números arábigos. |
| 7 | Clave del Centro |
| 8 | Clave del servicio |
| 9 | Número de expediente del beneficiario. |




REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA

SISP-02

CLAVE DEL CENTRO: (1)	NOMBRE DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN: (2)	FECHA (MES/AÑO): (3)
NO. DE CREDENCIAL: (4)	NOMBRE DEL MEDICO (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)): (5)	

No. DE EXPEDIENTE (6)	EDAD (7)		SEXO (8)	TIPO (9)	DIAGNÓSTICO (10)	
	TIPO	CANTIDAD	1 MASCULINO 2 FEMENINO	1 PRIMERA VEZ 2 SUBSECUENTE	DESCRIPCIÓN	CLAVE (11)
	1 DÍAS 2 MESES 3 AÑOS					

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		56/60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA

<u>NO.</u>	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
1	Clave del Centro de Rehabilitación correspondiente.
2	Nombre del Centro de Rehabilitación, sin omitir el lugar de ubicación.
3	Mes y año al que corresponda la información contenida en el registro, en números arábigos y separados por una diagonal.
4	Número de credencial del médico que otorga la atención al usuario.
5	Apellido paterno, materno y nombre(s) del médico que otorga la atención al usuario.
6	Número de expediente clínico asignado al usuario.
7	En la columna tipo anotar el número 1 si la edad del usuario es menor de un mes, el número 2 si es menor de un año pero mayor de un mes, el número 3 si la edad es mayor de un año. En la columna cantidad anotar el número de días, meses o años de edad del usuario. No se debe registrar dos datos.
8	Número 1 si el sexo del usuario es masculino o el número 2 si el sexo es femenino
9	Anotar el número 1 si el paciente acude por PRIMERA VEZ o el número 2 si es SUBSECUENTE.
10*	En la columna de DESCRIPCIÓN anotar el nombre de la secuela o entidad nosológica, motivo de la atención al usuario.
11*	El número de la clave correspondiente a lo anotado en la columna DIAGNÓSTICO, de acuerdo a la clasificación de diagnósticos.

Nota: Las columnas 1º y 11 serán llenadas en los casos de consulta médica de primera vez. Únicamente cuando el diagnóstico anotado sea un estudio (907) podrá ser cambiado en la siguiente consulta, aunque sea subsecuente. Es importante resaltar que es la única causa en la que puede ser modificado el diagnóstico y se procurará que sea en el menor de los casos.



DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION DE REHABILITACION
SUBDIRECCION DE UNIDADES OPERATIVAS EN LOS ESTADOS

México D.F., a _____ de _____ (1) _____ de 200__.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este conducto **DOY MI CONSENTIMIENTO** para recibir la valoración y el tratamiento médico rehabilitatorio necesario, toda vez que el Médico responsable me explique lo relacionado con mi padecimiento, el tipo de tratamiento que recibiré, las secuelas y posibles riesgos que pudiera presentar como consecuencia de mi padecimiento y del tratamiento rehabilitatorio, así mismo autorizo al personal de salud para la atención de eventualidades y urgencias derivadas del tratamiento.

Me comprometo a **RESPETAR** las citas que me otorgue el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación: _____ (2) _____ presentarme con el carnet vigente y acudir a todos los servicios a donde me envíen. Así mismo, tengo el derecho de acudir previa cita con mi médico responsable en este Centro para que aclare mis dudas, en el consultorio y horario indicado.

USUARIO

Nombre: _____ (3)
Diagnóstico: _____ (4)
Edad: _____ (5) Sexo: _____ (6) N°. De expediente: _____ (7)
Domicilio: _____ (8)

Colonia C.P. Teléfono

MEDICO

Nombre del Médico responsable: _____ (9)


Cargo (10) Cédula profesional (11)

TESTIGO

Nombre: _____ (12)
Edad: _____ (13) Parentesco: _____ (14) Teléfono: _____ (15)

En caso de **emergencia** hablar al teléfono: _____ (16)
Con: _____ (17) Parentesco: _____ (18)

FIRMA USUARIO (19) FIRMA MEDICO (20) FIRMA TESTIGO (21)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA:	PAG:	FECHA:
	LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	58/60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

<u>Nº</u>	<u>DEBERA ANOTARSE</u>
1	Fecha del día en que se otorga la consulta de primera vez.
2	Nombre del Centro de Rehabilitación.
3	Nombre completo del usuario.
4	Diagnóstico del usuario.
5	Edad del usuario en años.
6	El sexo del usuario.
7	Número de expediente clínico asignado al usuario.
8	Domicilio completo del usuario y el teléfono del usuario o de algún familiar en donde se le pueda localizar.
9	Nombre completo del médico responsable.
10	El cargo del médico responsable.
11	Número de cédula profesional.
12	Nombre del testigo presente (puede o no ser familiar del usuario).
13	Edad en años.
14	Parentesco con el usuario.
15	Teléfono del testigo.
16	Anotar el teléfono de emergencia del usuario.
17	Anotar el nombre de la persona a quien avisarle en caso de emergencia.
18	Parentesco con el usuario.
19	Firma del usuario o familiar en caso de ser menor de edad.
20	Firma del médico responsable.
21	Firma del testigo.



**DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL
CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN
CENTRO DE REHABILITACIÓN
RECETA MÉDICA**

NOMBRE DEL USUARIO: _____ (1) _____

FECHA: _____ (2) _____


RP. (3)

NOMBRE DEL MÉDICO DR.(A)(4)

No. DE CRED.(5)

CED. PROF. 6)

FIRMA DEL MEDICO (7)

	SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA	CLAVE:	
	TÍTULO:	REV:	1
	PROCEDIMIENTO PARA: LA ATENCIÓN MÉDICA DE LOS USUARIOS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ EN LOS CENTROS NACIONALES MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	PAG:	FECHA:
		60/60	Noviembre 2006

INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO DE RECETA MEDICA

No.

DEBERA ANOTARSE

- 1 Fecha del día en que se otorga.
- 2 Nombre completo del usuario.
- 3 Prescripción del medicamento
- 4 Nombre completo del médico responsable.
- 5 Número de credencial del médico responsable.
- 6 Número de cédula profesional del médico responsable.
- 7 Firma del médico responsable.