

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



UNIDAD:

CLUES:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN	1. CURP	2. NÚMERO DE EXPEDIENTE			3. FECHA DE ELABORACIÓN				
	4. NOMBRE			5. SEXO					
	Nombre(s)		Primer apellido	Segundo apellido	Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2				
	6. FECHA DE NACIMIENTO		Día      Mes      Año	7. EDAD	Años	8. ENTIDAD DE NACIMIENTO			
	9. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vive el/la paciente								
	9.1 Tipo de vialidad		9.2 Nombre de la vialidad		9.3 Núm. Exterior	9.4 Núm. Interior	9.5 Código postal		
	9.6 Tipo de asentamiento humano		9.7 Nombre del asentamiento humano		9.8 Municipio o delegación		9.9 Entidad Federativa		
	10. ESCOLARIDAD		Ninguna <input type="radio"/> 0 Primaria <input type="radio"/> 2 Bachillerato <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 Preescolar <input type="radio"/> 1 Secundaria <input type="radio"/> 4 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 98	11. ESTADO CIVIL		Vive con la pareja <input type="checkbox"/>	12. RELIGIÓN		
	13. SE CONSIDERA INDÍGENA		Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	14. OCUPACIÓN HABITUAL		Empleado <input type="radio"/> 1 Desempleado <input type="radio"/> 2 Sub empleado <input type="radio"/> 3			
	15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD NINGUNA <input type="radio"/> 0 IMSS <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 2 SEDENA <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 IMSS-PROSPERA <input type="radio"/> 6 PEMEX <input type="radio"/> 7 SEGURO POPULAR <input type="radio"/> 11 OTRA <input type="radio"/> 12 SE IGNORA <input type="radio"/> 98 NO ESPECIFICADO <input type="radio"/> 99								
16. REFERIDO	17. INSTITUCIÓN QUE REFIERE Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2								
18. NOMBRE RESPONSABLE		19. TELÉFONO			20. PARENTESCO				

2. MOTIVO DE CONSULTA

(Inicio, curso, tendencia, desencadenantes, agravantes, síntomas clave, síntomas actuales)

3. PADECIMIENTO ACTUAL

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



4. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES	
5. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	
6. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	
7. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS	
8. CONSUMO DE SUSTANCIAS	
9. RESULTADOS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



10. EXPLORACIÓN FÍSICA

Habitus: Estado General: psicomotricidad, actitud y apariencia.

Somatometría: Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Índice de Masa Corporal \_\_\_\_\_ Perímetro Abdominal \_\_\_\_\_

- |                                     |                                      |                                       |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>10.1</b> Cabeza                  | <input type="radio"/> Sin alteración | <input type="radio"/> Con alteración: |
| <b>10.1</b> Cuello                  | <input type="radio"/> Sin alteración | <input type="radio"/> Con alteración: |
| <b>10.2</b> Cardiopulmonar          | <input type="radio"/> Sin alteración | <input type="radio"/> Con alteración: |
| <b>10.3</b> Abdomen                 | <input type="radio"/> Sin alteración | <input type="radio"/> Con alteración: |
| <b>10.4</b> Extremidades Superiores | <input type="radio"/> Sin alteración | <input type="radio"/> Con alteración: |
| <b>10.5</b> Extremidades Inferiores | <input type="radio"/> Sin alteración | <input type="radio"/> Con alteración: |
| <b>10.6</b> Exploración genital     | <input type="radio"/> Diferida       | <input type="radio"/> Realizada:      |

Signos vitales: Tensión arterial \_\_\_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

11. EXAMEN MENTAL

Físicos, psiquiátricos, personalidad, psicosocial.

12. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS

Acorde a las Guías de Práctica Clínica: \_\_\_\_\_

13. TRATAMIENTO INDICADO

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



14. PRONÓSTICO

(Para la vida, para la función).

15. CLINIMETRÍA

16. OBSERVACIONES

17. RESPONSABLES

## ELABORACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

## SUPERVISIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_



Nombre:

Expediente:

Fecha:

## Nota de ingreso de psiquiatria

### MOTIVO DE CONSULTA

### PADECIMIENTO ACTUAL

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

### INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

### CONSUMO DE SUSTANCIAS

### EXPLORACIÓN FÍSICA

## EXAMEN MENTAL

## ANÁLISIS

## LABORATORIALES

## DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS

## CLINIMETRÍA

## PRONÓSTICO

## PLAN

CLUES:  Edo.  Institución  Consecutivo  Ver

FOLIO:

PACIENTE	NOMBRE: _____	Nombre(s) _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	
	C.U.R.P.: _____	Día ____ Mes ____ Año ____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____	
	EDAD CUMPLIDA: _____ Horas (en menores de 24 hrs)	_____ Días (en menores de 30 días)	_____ Meses (en menores de 1 año)	_____ Años (1 año y más)	
	¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	PESO: _____ kg • _____ gr	TALLA _____ cm	ESTADO CONYUGAL: _____
	AFLILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> Gob. Estatal <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro popular <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> PROSPERA	NÚM. AFILIACIÓN: _____	GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna	
¿SE CONSIDERA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿CUÁL? _____	Los menores de 5 años que sean hijos de alguna persona que se asume indígena o hable alguna lengua indígena serán considerados como tales.		

DOMICILIO	TIPO DE LA VIALIDAD: _____	NOMBRE DE LA VIALIDAD: _____	NÚM. EXT.: _____	NÚM. INT.: _____	
	TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____	NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____			
	CÓDIGO POSTAL: _____	LOCALIDAD: _____	MUNICIPIO O DELEG.: _____		
	ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____			TELÉFONO: _____	

EXPEDIENTE:						
INGRESO: _____	Día _____ Mes _____ Año _____	TIPO DE SERVICIO:	DE INGRESO: _____			
		HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> (NORMAL)	SEGUNDO: _____			
EGRESO: _____	Día _____ Mes _____ Año _____	CORTA ESTANCIA <input type="checkbox"/> 2	TERCERO: _____			
			DE EGRESO: _____			

PROCEDENCIA:	<input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Referido _____				Unidad Médica	Especificar CLUES	<input type="checkbox"/> Cunero patológico <input type="checkbox"/> Otro: _____	Especifique
MOTIVO DEL EGRESO:	<input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Traslado a otra Unidad Médica: _____							Especificar CLUES
<input type="checkbox"/> Defunción	MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FOLIO DEL CERTIFICADO: _____	<input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____					Especifique

MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en el puerperio								
AFFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)								
AFECCIÓN PRINCIPAL:								
<input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente								

COMORBILIDADES	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____	RESELECCIÓN AF. P. _____	Código adicional _____	Sólo para tumores _____	CÓDIGO CIE
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				Para uso exclusivo del personal clasificador
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				
	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	6. _____				

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEUTICOS Y QUIRÚRGICOS: En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos obstétricos materno-neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).										
1.		<input type="checkbox"/> ANESTESIA	<input type="checkbox"/> QUIRÓFANO		<input type="checkbox"/> CURP ó CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO				CÓDIGO CIE-9 MC	
2.		<input type="checkbox"/> TIPO	<input type="checkbox"/> DENTRO	<input type="checkbox"/> HH:MM	<input type="checkbox"/> FUERA					
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										

TIPO DE ANESTESIA: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Regional <input type="checkbox"/> Sedación <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> No usó	VIOLENCIA Y/O LESIÓN: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

HISTORIA GINECOBASTÉTRICA: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____	FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____
EDAD GESTACIONAL: _____	<input type="checkbox"/> PF: 0 Ninguno <input type="checkbox"/> 1 Hormonal oral <input type="checkbox"/> 2 Inyectable mensual <input type="checkbox"/> 3 Inyectable bimestral <input type="checkbox"/> 4 Implante subdérmico
TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto PRODUCTO DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Gemelar <input type="checkbox"/> Tres ó más	<input type="checkbox"/> 5 Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> 6 Preservativo femenino <input type="checkbox"/> 7 Preservativo masculino <input type="checkbox"/> 8 DIU medicado
TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Eutóxico <input type="checkbox"/> Distóxico vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> 9 Parche dérmico <input type="checkbox"/> 10 OTB <input type="checkbox"/> 11 Otros

ATTENCIÓN OBSTÉTRICA	CONDICIÓN AL NACIMIENTO	CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE		INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)	PARA TODO NACIDO VIVO			
		VIVO	MUERTO	CeN	APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO				
1	2	1	2	3	_____	_____	_____	
1	2	1	2	3	_____	_____	_____	
1	2	1	2	3	_____	_____	_____	

HOSPITALES PSÍQUIATRICOS	TIPO DE UNIDAD:	Servicios:
	HOSPITAL CONTINUO:	<input type="checkbox"/> 1 Paidopsiquiatría <input type="checkbox"/> 2 Psiquiatría <input type="checkbox"/> 3 Psicogeriatría <input type="checkbox"/> 4 Unidad de desintoxicación <input type="checkbox"/> 5 Villa psiquiátrica <input type="checkbox"/> 6 Otros <input type="checkbox"/> 9 No especificado
	HOSPITAL PARCIAL:	<input type="checkbox"/> 2 Día <input type="checkbox"/> 3 Noche <input type="checkbox"/> 4 Fin de semana <input type="checkbox"/> 5 Otros <input type="checkbox"/> 9 No especificado
	UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES:	<input type="checkbox"/> 3

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:					
NOMBRE: _____		Nombre(s) _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____	
C.U.R.P.: _____		CÉDULA PROFESIONAL: _____			FIRMA: _____







### Consentimiento Bajo Información para Tratamiento Ambulatorio Psiquiátrico

Lugar: Guadalajara, Jalisco Fecha: A \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Años  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Registro Hospitalario: \_\_\_\_\_

**INFORMACION:** Usted será examinado por un médico psiquiatra, el cual valorará su estado mental y determinara la necesidad de tratamiento ambulatorio, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están sujetos a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales que incluyen la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico** y la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica**. Los profesionales que lo atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos que se llevan a cabo dentro de ésta unidad.

**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le prescribirán medicamentos que, de acuerdo a la naturaleza de su enfermedad, están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo, todos los fármacos administrados por cualquier vía en ocasiones pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, los cuales variarán de acuerdo al tipo de medicamento prescrito en su caso particular, mismos que se tendrán que informar al médico, para ser debidamente atendido, en caso de que los profesionales médicos detecten otra enfermedad médica, independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otra unidad de atención para resolver dicho problema.

**DERECHOS DEL PACIENTE:** La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, El Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de los pacientes. Además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia.

**CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que usted proporciona sobre su persona o terceros, será tratada en forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla con excepción de aquellos casos en los que el profesional de la salud determine que esté en riesgo su vida o la de otros y cuando previamente y por escrito las autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten a la Dirección de este hospital.

**CONSENTIMIENTO:** Manifiesto que he recibido información completa, clara y suficiente; me han sido aclaradas todas mis dudas respecto a mi padecimiento y el tratamiento ambulatorio:

- Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio.
- En caso que el usuario no se encuentre en condiciones para decidir por sí mismo, dicho consentimiento podrá ser otorgado por un familiar o representante legal.

Esta Institución reitera así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

**SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO** (  )

**NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO** (  )

Nombre completo y firma del paciente o su representante legal

Nombre completo y firma del médico que autoriza

Domicilio: \_\_\_\_\_

Testigo

C.c.p. Usuario/Familiar Responsable

Testigo

135.002.0026.0



**Consentimiento Bajo Información para Tratamiento Hospitalario Psiquiátrico**

Lugar Guadalajara, Jalisco Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: años  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Registro Hospitalarío: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN:** Usted ha sido examinado por un médico psiquiatra, quien tras la exploración física y de su estado mental, determinó la necesidad de tratamiento bajo régimen de hospitalización, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales que incluyen la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico** y la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1993, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica**. Los profesionales que lo atiendan le informarán oportunamente sobre su enfermedad o trastorno, así como de los tratamientos que se llevan a cabo dentro de ésta unidad hospitalaria.

**BENEFICIOS Y RIESGOS:** Se le administrarán medicamentos que de acuerdo a la naturaleza de su enfermedad, están destinados a controlar los síntomas de su padecimiento, sin embargo todos los fármacos administrados por cualquier vía pueden presentar efectos secundarios o eventos no deseados, éstos van desde los más leves, como ligera inquietud o somnolencia, desacación, insomnio, temblor, rigidez muscular, mareo, cefalea, constipación, etcétera, mismos que serán debidamente atendidos para su solución. Durante su hospitalización recibirá atención por un equipo de profesionales en psiquiatría, psicología, trabajo social, médico general, personal de enfermería, nutriólogo u otros, cada uno intervendrá de acuerdo a las necesidades particulares de su enfermedad o trastorno, los procedimientos específicos que usted necesite, le serán previamente informados para su realización. En el eventual caso de que los profesionales de salud detecten alguna enfermedad médica no psiquiátrica que requiera intervención quirúrgica, que derivado del embarazo presente alguna complicación o riesgo, que presente la necesidad de realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (éstas inicialmente en nuestra institución por personal calificado) independiente o asociada a su trastorno mental, usted puede ser referido a otro hospital para resolver dicho problema. Si se llegara a presentar un episodio de agitación aguda o agresividad derivadas de su enfermedad o trastorno, un equipo de enfermeros capacitados para tales eventos procederá bajo indicaciones médicas a salvaguardar su integridad física y la de los demás, utilizando una técnica de contención mecánica (sujeción temporal) por un lapso que no exceda los 20 minutos, tiempo en el cual el médico asignado tomará las medidas necesarias para limitar el estado.

**LINEAMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE LA SUJECCIÓN TEMPORAL EN UNIDADES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA MÉDICO PSIQUEÁTRICA:** La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, El Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los lineamientos para la aplicación de la sujeción temporal en Unidad de Atención Hospitalaria Médico Psiquiátrica.

**DERECHOS DEL PACIENTE:** La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, el Instituto Jalisciense de Salud Mental y el Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de los pacientes. Además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia.

**CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información que usted proporcione sobre su persona o terceros, será tratada de forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla. Con excepción de aquellos casos en los que previamente y por escrito autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten a la Dirección de este hospital.

**CONSENTIMIENTO:** Manifiesto que he recibido la información completa, clara y suficiente, han sido aclaradas todas mis dudas respecto a los procedimientos a realizar durante el internamiento. También he sido informado de que, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-194, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, existen tres modalidades de internamiento:

**VOLUNTARIA ( ) INVOLUNTARIA ( ) OBLIGATORIA ( ),** ésta última en caso de que una autoridad judicial así lo determine. Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento en el que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio. En caso de que el usuario no se encuentre en condiciones para decidir por sí mismo, dicho consentimiento podrá ser otorgado por un familiar o representante legal. Esta Intitución reitera así su absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

**SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO ( )**

En caso de no otorgar el consentimiento por motivos personales se procede al llenado del formato de negativa para manejo hospitalario para exponer sus motivos, comprometiéndose con la seguridad del paciente y deslindando de responsabilidad a personal médicos y al hospital, teniendo derecho a recibir atención ambulatoria si así lo desea.

Nombre y firma del paciente o  
representante legal

Nombre y firma del médico que autoriza

Domicilio \_\_\_\_\_

Testigo

C.c.p. Usuario/ Familiar Responsable

Testigo

**FORMATO DE CONCILIACION DE MEDICAMENTOS Y EVALUACION DE LA IDONEIDAD**  
**DEBERA REALIZARSE EN CADA TRANSICION ASISTENCIAL**

LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA.

<b>I. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.</b> <b>MEDICO TRATANTE</b>					
FECHA:	Hora:				
<b>1. INFORMACION DEL PACIENTE.</b>					
Nombre del paciente.		Fecha de nacimiento.		No. Expediente.	Fecha Ingreso.
Edad:		Sexo:	Hombre      Mujer	Estatura:	Peso:
Antecedentes patológicos de interés.					
<b>2. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.</b>					
Momento de la conciliación.					
<input type="checkbox"/> Ingreso.	<input type="checkbox"/> Cambio de área hospitalaria.	De: _____ a _____			
<input type="checkbox"/> Cambio de médico tratante.	Médico anterior: _____				
	Médico actual: _____				
<input type="checkbox"/> Alta del paciente.	<input type="checkbox"/> Consulta externa.	Consultorio No. _____		<input type="checkbox"/> Modificación de tratamiento.	
Medicación anterior.					
Medicamento.	Dosis/frecuencia.	Vía de administración.	Indicación.	Continuar (Sí / No).	
Comentarios o recomendaciones del médico tratante.					
<b>Medicación actual.</b>					
Medicamento.	Dosis/frecuencia.	Vía de administración.	Indicación.		
Comentarios o recomendaciones del médico tratante.					

Nombre, firma y cédula del médico trantante.



### NO ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO

C. Director del Centro de Atención Integral en Salud Mental de Estancia Breve

Presente:

No. Expediente. \_\_\_\_\_

Yo

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Con mi carácter de:  Usuario  Familiar  Tutor  Representante legal de:

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Con domicilio en:

Calle Número Colonia

C.P. Municipio Teléfono

Con diagnóstico de: \_\_\_\_\_

**Comunico mi negativa al tratamiento hospitalario en este CAISAME de Estancia Breve, a pesar de la indicación del médico:**

Dr (a).

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

**DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD que el médico tratante me ha dado a conocer los riesgos (suicidio, homicidio, autoagresión, heteroagresión, fuga, agravamiento del estado de salud, etc.) consecuentes de la negativa a tratamiento hospitalario que por la situación clínica que prevalece resulta indispensable; en tal virtud relevo de toda responsabilidad médica o legal en relación a complicaciones y consecuencias resultantes por mi negativa a Servicios de Salud Jalisco, a éste instituto, al médico tratante, así como a cualquier otra persona de dicho organismo.**

**Expreso como razones que motivan mi negativa al tratamiento hospitalario, las siguientes:**

---

---

---

En \_\_\_\_\_ Guadalajara \_\_\_\_\_, Jalisco, a

**ATENTAMENTE**

Con domicilio en: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA \_\_\_\_\_

**TESTIGOS**

**POR EL CAISAME E.B.**

**POR EL USUARIO**

NOMBRE Y FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN \_\_\_\_\_



SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



**SALME**  
Instituto Jalisciense  
de Salud Mental

FECHA: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_  
AL SERVICIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



**SALME**  
Instituto Jalisciense  
de Salud Mental

FECHA: \_\_\_\_\_

PACIENTE: \_\_\_\_\_  
SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
MOTIVO: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_  
AL SERVICIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HOJA DIARIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS**  
SINBA-SEUL-16-P DGIS

CLUES: JCSSA007042

FOLIO:

PACIENTE	NOMBRE: C.U.R.P. EDAD CUMPLIDA AFILIACION A LOS SERVICIOS DE SALUD NÚMERO DE AFILIACION:	Nombre (s) FECHA DE NACIMIENTO SEXO IMMS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR GUB. FCTATAI SEGURO OPIARDO SE IGNORA OTRO INSABI GRATUIDAD SI NO IMSS Bienestar Ninguna	Primer Apellido Segundo Apellido Entidad de Nacimiento		
	TIPO Y NOMBRE VIALIDAD TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: CODIGO POSTAL: ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS:	NÚM. EXT. _____ NÚM. INT. _____			
	ATENCION PREHOSPITALARA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIEMPO DE TRASLADO: HH MM	FECHA Y HORA DE INGRESO DIA MES AÑO LOCALIDAD	HH MM	URGENCIA CALIFICADA URGENCIA NO CALIFICADA	
	TRASLADO TYRANITORIO: SI <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA UNIDAD:	CLUES:		
	MOTIVO DE ATENCIÓN: X Médica FECHA Y HORA DE ALTA DIA MES AÑO ALTA POR (ENVIADO A): Hospitalización Consulta externa Traslado a otra unidad-----	TIPO DE CAMA: Cama de observación Cama de choque Sin cama	NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA: CLUES:		
Domicilio Fuga Embarazo	MINISTERIO PUBLICO: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	FOLIO DEL CERRIFICADO:			
MUJER EN EDAD FÉRTIL:	No estaba embarazada ni en puerperio				
AFECCIÓN PRINCIPAL:					CÓDIGO CIE
ESTANCIA	1 2 3 4 5				
	X NINGUNA	ESPECIALIDAD 1 2 3		MEDICO INTERCONSULTANTE Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Cédula o CURP	
RESELECCIÓN AF. P.					
INTERCONSULTA	X NINGUNA	Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido Cédula o CURP			
CÓDIGO CIE-9 MC					
PROCEDIMIENTOS	1 2 3 4 5	CONSULTA PSIQUEÁTRICA RUTINARIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA			9412
Nombre genérico Presentación					CÓDIGO DE MEDICAMENTOS
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	1 2 3 4 5				

MÉDICO RESPONSABLE:

NOMBRE:

Nombre (s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

C.U.R.P.:

CÉDULA PROFESIONAL:

FIRMA:

**PLAN:**

**DIAGNÓSTICO:**



Secretaría de Salud  
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

# SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

EN ESTE ESPACIO SE IMPRIME EL NOMBRE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA  
**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

No. DE CONTROL

I UNIDAD QUE REFIERE:	CLUES:		
FECHA DE REFERENCIA	No. DE EXPEDIENTE	EDAD:	/
NOMBRE DEL PACIENTE	APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	SEXO: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F
DOMICILIO DEL PACIENTE	CALLE	COLONIA	TEL.
MOTIVO DE ENVÍO (IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA)	NOMBRE (S)		
UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:	ESPECIALIDAD O SERVICIO (VER GUÍA DE REFERENCIA)		
NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE:			

## SECRETARÍA DE SALUD JALISCO REGION SANITARIA VIII PUERTO VALLARTA COSTA NORTE HOJA DE REFERENCIA

No. DE CONTROL

URGENCIAS: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ REGULACION SAMU \_\_\_\_\_ FECHA DE REGULACIÓN: \_\_\_\_\_

II

NOMBRE:	APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
NÚMERO DE EXPEDIENTE:	EDAD:		SEXO:

III

UNIDAD QUE REFIERE:	CLUES:
---------------------	--------

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:				
NOMBRE:				
DOMICILIO:	CALLE	COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO
SERVICIO AL QUE SE ENVIA:				
SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA				

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA:				
RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO:				

SIGNOS VITALES:				SOMATOMETRÍA:	
TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA	PESO	TALLA
	°C	X1	X1	Kgs.	Cms.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:	
------------------------	--

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD



NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

- ORIGINAL Y COPIA AL PACIENTE (PARA LLEVAR AL HOSPITAL)
- ANEXAR COPIA AL EXPEDIENTE C.S.
- ORIGINAL REGRESA CONTESTADO DEL HOSPITAL

SELLO DE LA  
UNIDAD QUE  
REFIERE



Secretaría de Salud

Gobierno del Estado de Jalisco

## DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA:

FECHA DE ALTA:

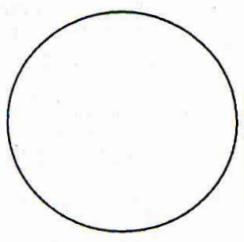
SE LE ATENDIO SI  NO  ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MEDICO SI  NO  ¿PORQUE? \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: ¿Para su atención le pidieron su hoja de referencia? SI  NO

¿Le resolvieron su problema? SI  NO  ¿Por qué? \_\_\_\_\_



SELLO DE LA  
UNIDAD QUE  
CONTRARREFIERE

## SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:

NOMBRE DE LA UNIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

SERVICIO: \_\_\_\_\_ FECHA DE CONTRARREFERENCIA: \_\_\_\_\_

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:

RESUMEN CLÍNICO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO CIE-10: \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IX

CONTROL DEL PACIENTE:

TRATAMIENTO CONCLUIDO:

SI  NO

CONTINUARA TRATAMIENTO EN: \_\_\_\_\_

UNIDAD

ENVIO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD