

# 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<br>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<br>Desempleado <input type="radio"/> 2<br>Sub empleado <input type="radio"/> 3 |                        |  |  |
|                            | 15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD<br>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<br>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<br>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: \_\_\_\_\_



### 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

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

CLUES: JCSSA007042

FOLIO:

|   |   |  |   |  |  |                     |
|---|---|--|---|--|--|---------------------|
| <b>PACIENTE</b>   | NOMBRE: _____   |  | Nombre (s) _____  | Primer Apellido _____  | Segundo Apellido _____   |                     |
|   | C.U.R.P.  | _____  | FECHA DE NACIMIENTO _____   | Día _____ Mes _____ Año _____  | ENTIDAD DE NACIMIENTO _____  |                     |
|   | EDAD CUMPLIDA _____   | AÑOS _____   | SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO |  |  |                     |
|   | AFILIACION A LOS SERVICIOS DE SALUD   | <input type="checkbox"/> IMMS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> GUB. ESTATAL <input type="checkbox"/> SEGURO OPORTUNIDAD <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> INSABI | GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                    | <input type="checkbox"/> IMSS Bienestar <input type="checkbox"/> Ninguna |  |                     |
|   | NÚMERO DE AFILIACION:   | _____  |   |  |  |                     |
| <b>DOMICILIO</b>  | TIPO Y NOMBRE VIALIDAD: _____   |  | NÚM. EXT. _____   | NÚM. INT. _____  |  |                     |
|   | TIPO DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____  |  | NOMBRE DE ASENTAMIENTO HUMANO: _____  |  |  |                     |
|   | CÓDIGO POSTAL: _____  | LOCALIDAD: _____   | Municipio o Deleg.: _____   |  |  |                     |
|   | ENTIDAD FEDERATIVA/PAÍS: _____  | TELÉFONO: _____  |   |  |  |                     |
|   | ATENCIÓN PREHOSPITALARIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | FECHA Y HORA DE INGRESO: _____   | DIA _____ MES _____ AÑO _____   | HH _____ MM _____  | URGENCIA CALIFICADA: <input type="checkbox"/> URGENCIA NO CALIFICADA |                     |
| TIEMPO DE TRASLADO: _____   | NOMBRE DE LA UNIDAD: _____  |  | CLUES: _____  |  |  |                     |
| TRASLADO TYRANSTORIO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |   |  |   |  |  |                     |
| MOTIVO DE ATENCIÓN: <input checked="" type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Consulta externa  | TIPO DE CAMA: <input type="checkbox"/> Cama de observación <input type="checkbox"/> Cama de choque <input checked="" type="checkbox"/> Sin cama |  |   |  |  |                     |
| FECHA Y HORA DE ALTA: _____   | HH _____ MM _____   |  |   |  |  |                     |
| ALTA POR (ENVIADO A): <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Consulta externa  | Traslado a otra unidad: _____   | NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA: _____  |   |  |  |                     |
| CLUES: _____  |   |  |   |  |  |                     |
| <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Embarazo  | MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | FOLIO DEL CERTIFICADO: _____   |   |  |  |                     |
| MUJER EN EDAD FÉRTIL: <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del parto) <input type="checkbox"/> No estaba embarazada ni en puerperio |   |  |   |  |  |                     |
| AFECCIÓN PRINCIPAL: _____ CÓDIGO CIE  |   |  |   |  |  |                     |
| <b>AFECCIONES TRATADAS</b>  | <b>COMORBILIDADES</b>   | 1  |   |  |  |                     |
|   |   | 2  |   |  |  |                     |
|   |   | 3  |   |  |  |                     |
|   |   | 4  |   |  |  |                     |
|   |   | 5  | RESELECCIÓN AF. P.  |  |  |                     |
| <b>INTERCONSULTA</b>  | <b>X</b> <b>NINGUNA</b>   | ESPECIALIDAD   |   | MEDICO INTERCONSULTANTE  |  |                     |
|   |   | 1  | Nombre(s) _____   | Primer Apellido _____  | Segundo Apellido _____   | Cédula o CURP _____ |
|   |   | 2  | Nombre(s) _____   | Primer Apellido _____  | Segundo Apellido _____   | Cédula o CURP _____ |
|   |   | 3  | Nombre(s) _____   | Primer Apellido _____  | Segundo Apellido _____   | Cédula o CURP _____ |
| CÓDIGO CIE-9 MC   |   |  |   |  |  |                     |
| <b>PROCEDIMIENTOS</b>   | CONSULTA PSIQUEIÁTRICA RUTINARIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA   |  |   |  | 9412   |                     |
|   | 2   |  |   |  |  |                     |
|   | 3   |  |   |  |  |                     |
|   | 4   |  |   |  |  |                     |
|   | 5   |  |   |  |  |                     |
| <b>MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS</b>   | Nombre genérico   |  | Presentación  |  | CÓDIGO DE MEDICAMENTOS   |                     |
|   | 1   |  |   |  |  |                     |
|   | 2   |  |   |  |  |                     |
|   | 3   |  |   |  |  |                     |
|   | 4   |  |   |  |  |                     |
|   | 5   |  |   |  |  |                     |

MÉDICO RESPONSABLE:

 NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 Nombre (s) \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

C.U.R.P. \_\_\_\_\_ CÉDULA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_



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



**Consentimiento Bajo Información para Tratamiento Hospitalario Psiquiátrico**

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

**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 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-SSA2-1993, 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, desaceleración, 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 PSIQUEIÁTRICA:** 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-SSA2-1994, 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 ( )**

**NO 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 deslinde 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.  |   |                        |                   |   |                |
|   |   |                        |                   |   |                |
| Medicación actual.                                  |   |                        |                   |   |                |
| Medicamento.  | Dosis/frecuencia.                                     | Vía de administración. | Indicación.       |   |                |
|   |   |                        |                   |   |                |
|   |   |                        |                   |   |                |
|   |   |                        |                   |   |                |
|   |   |                        |                   |   |                |
|   |   |                        |                   |   |                |
| Comentarios o recomendaciones del médico tratante.  |   |                        |                   |   |                |
|   |   |                        |                   |   |                |

Nombre, firma y cédula del médico trantante.



SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



**SALME**  
Instituto Jalisciense  
de Salud Mental

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

PACIENTE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

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

MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



**SALME**  
Instituto Jalisciense  
de Salud Mental

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

PACIENTE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

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

MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA**



**GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL**



## ESTANCIA BREVE

## ESTANCIA PROLONGADA

## **INDICACIONES MEDICAS**

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ No. De exp. \_\_\_\_\_



GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO  
O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL



## ESTANCIA BREVE

## ESTANCIA PROLONGADA

## **INDICACIONES MEDICAS**

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_ No. De exp. \_\_\_\_\_

# HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SINBA-SEUL-14-P DGIS

CLUES: \_\_\_\_\_  
 Edo. \_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_ Consecutivo \_\_\_\_\_ Ver. \_\_\_\_\_

FOLIO: \_\_\_\_\_

|          |   |  |  |  |                                   |                              |                        |
|----------|---|--|--|--|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|
| PACIENTE | NOMBRE: _____   |  |  | Nombre(s) _____  | Primer Apellido _____             | Segundo Apellido _____       |                        |
|          | C.U.R.P.: _____   |  |  | FECHA DE NACIMIENTO: _____   |                                   | ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____ |                        |
|          |   |  |  | Día _____ Mes _____ Año _____  |                                   |                              |                        |
|          | 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                    | TALLA _____ cm               | ESTADO CONYUGAL: _____ |
|          | (Menores de 3 meses)  |  |  | (Menores de 3 meses)   | gr                                |                              |                        |
|          | AFILIACIÓN 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"/> Si <input type="checkbox"/> No                     |                                   |                              |                        |
|          | ¿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 asuma 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                    | EXPEDIENTE: _____             |   |                  |                   |  |  |
|                               | INGRESO: _____                | TIPO DE SERVICIO:                                 |                  | DE INGRESO: _____ |  |  |
|                               | Día _____ Mes _____ Año _____ | <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) |                  | SEGUNDO: _____    |  |  |
|                               | EGRESO: _____                 | <input type="checkbox"/> CORTA ESTANCIA           |                  | TERCERO: _____    |  |  |
| Día _____ Mes _____ Año _____ |                               |   | DE EGRESO: _____ |                   |  |  |

|                                    |  |               |                              |                   |   |   |
|------------------------------------|--|---------------|------------------------------|-------------------|---|---|
| PROCEDENCIA                        | 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   |
|                                    | <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 | <input type="checkbox"/> MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   |               | FOLIO DEL CERTIFICADO: _____ |                   | <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____ |   |
|                                    |  |               |                              |                   | Especifique   |   |

|          |  |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|--|
| ESTANCIA | 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 |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |
|          |  |  |  |  |  |  |

|  |   |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|
| AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO) | AFECCIONES 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 _____ |  |  |

|   |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|
| CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |

|                             |  |  |  |                                    |           |       |  |
|-----------------------------|--|--|--|------------------------------------|-----------|-------|--|
| INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA | 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 | QUIRÓFANO |       | CÓDIGO CIE                                       |
|                             | 2. _____   |  |  | <input type="checkbox"/> TIPO      | DENTRO    | HH:MM | <input type="checkbox"/> RESP. DEL PROCEDIMIENTO |
|                             | 3. _____   |  |  |                                    | :         |       |  |
|                             | 4. _____   |  |  |                                    |           |       |  |
|                             | 5. _____   |  |  |                                    |           |       |  |
|                             | 6. _____   |  |  |                                    |           |       |  |

|                   |   |  |  |   |  |  |
|-------------------|---|--|--|---|--|--|
| TIPO DE ANESTESIA | 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 uso |  |  | VIOLENCIA Y/O LESIÓN: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |
|                   |   |  |  |   |  |  |

|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|---------------------------|---|--|--|-------------------------------------|--|--|
| HISTORIA GINECOBOSTÉTRICA | HISTORIA GINECOBOSTÉTRICA: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____ |  |  | FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____ |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |
|                           |   |  |  |                                     |  |  |

|                  |                         |  |  |           |  |  |
|------------------|-------------------------|--|--|-----------|--|--|
| EDAD GESTACIONAL | EDAD GESTACIONAL: _____ |  |  | PF: _____ |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |
|                  |                         |  |  |           |  |  |

|                  |   |  |  |  |  |  |
|------------------|---|--|--|--|--|--|
| TIPO DE ATENCIÓN | 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 |  |  | TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Eutóxico <input type="checkbox"/> Distóxico vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |
|                  |   |  |  |  |  |  |

|                     |                 |  |  |            |  |  |
|---------------------|-----------------|--|--|------------|--|--|
| ATENCIÓN OBSTÉTRICA | TIPO DE UNIDAD: |  |  | Servicios: |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |
|                     |                 |  |  |            |  |  |

|                         |   |  |  |   |  |  |
|-------------------------|---|--|--|---|--|--|
| HOSPITALES PSQUIÁTRICOS | HOSPITAL CONTINUO: <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> Paidopsiquiatría <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Psicogeriatría <input type="checkbox"/> Unidad de desintoxicación <input type="checkbox"/> Villa psiquiátrica <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No especificado |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |
|                         |   |  |  |   |  |  |

|                        |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|
| DATOS DE LOS PRODUCTOS | HOSPITAL PARCIAL: <input type="checkbox"/> |  |  | <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No especificado |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |
|                        |  |  |  |  |  |  |

|                 |   |  |  |  |  |  |
|-----------------|---|--|--|--|--|--|
| TIPO DE UNIDAD: | UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |
|                 |   |  |  |  |  |  |

|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|-----------------|-----------------|--|--|--------------------------------------|--|--|
| TIPO DE UNIDAD: | TIPO DE UNIDAD: |  |  | Profesional de la salud responsable: |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |
|                 |                 |  |  |                                      |  |  |

|                 |               |  |  |                 |  |  |
|-----------------|---------------|--|--|-----------------|--|--|
| TIPO DE UNIDAD: | NOMBRE: _____ |  |  | Nombre(s) _____ |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |
|                 |               |  |  |                 |  |  |

|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|-----------------|-----------------|--|--|-----------------------|--|--|
| TIPO DE UNIDAD: | C.U.R.P.: _____ |  |  | Primer Apellido _____ |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |
|                 |                 |  |  |                       |  |  |

|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|-----------------|---------------------------|--|--|------------------------|--|--|
| TIPO DE UNIDAD: | CÉDULA PROFESIONAL: _____ |  |  | Segundo Apellido _____ |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |
|                 |                           |  |  |                        |  |  |

|                 |              |  |  |  |  |  |
|-----------------|--------------|--|--|--|--|--|
| TIPO DE UNIDAD: | FIRMA: _____ |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |
|                 |              |  |  |  |  |  |

CÓDIGO CIE  
CÓDIGO CIE-9 MC

Para uso exclusivo del personal clasificador



### 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 \_\_\_\_\_

**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
SISTEMA DE REFERENCIA  
Y CONTRARREFERENCIA**

|             |  |
|-------------|--|
| FOLIO       |  |
| 21 - 021589 |  |

|                                |  |                  |            |           |   |
|--------------------------------|--|------------------|------------|-----------|---|
| UNIDAD QUE REFIERE:            | CLUES:   |                  |            |           |   |
| FECHA Y HORA DE REFERENCIA     | No. DE EXPEDIENTE                                |                  |            |           |   |
| NOMBRE DEL PACIENTE            | APELLIDO PATERNO                                 | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |           |   |
| FECHA DE NACIMIENTO            | DIA  | MES              | AÑO        | SEXO      | TEL.  |
| DOMICILIO DEL PACIENTE         | CALLE  | COLONIA          | LOCALIDAD  | MUNICIPIO |   |
| IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA          |  |                  |            | URGENTE:  | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| UNIDAD A LA QUE SE REFIERE     | ESPECIALIDAD O SERVICIO (VER GUÍA DE REFERENCIA) |                  |            |           |   |
| NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: |  |                  |            |           |   |

**SECRETARÍA DE SALUD JALISCO  
INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL  
HOJA DE REFERENCIA**

|             |  |
|-------------|--|
| FOLIO       |  |
| 21 - 021589 |  |

|   |   |                                |            |
|---|---|--------------------------------|------------|
| URGENCIAS: SI _____ NO _____                    | REGULACIÓN SAMU _____   | FECHA DE REGULACIÓN:<br>NUMERO |            |
| II<br>NOMBRE _____                              | APELLIDO PATERNO  | APELLIDO MATERNO               | NOMBRE (S) |
| NÚMERO DE EXPEDIENTE _____                      | EDAD: _____   | SEXO: _____                    |            |
| III<br>UNIDAD QUE REFIERE: _____                | CLUES: _____  |                                |            |
| IV UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:<br>NOMBRE: _____ | <br>DOMICILIO: _____<br>CALLE _____ COLONIA _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____<br>SERVICIO AL QUE SE ENVIA: _____<br>FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE: _____<br>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE: _____ |                                |            |
|   |   |                                |            |
|   |   |                                |            |
|   |   |                                |            |
| SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA                    |   |                                |            |

|   |                                   |   |   |                                      |
|---|-----------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| V MOTIVO DEL ENVÍO  | <input type="radio"/> 1 SOBRECUPO | <input type="radio"/> 2 FALTA DE PERSONAL | <input type="radio"/> 3 FALTA DE MATERIAL | <input type="radio"/> 4 PARA ESTUDIO |
| (5) OTRO (Especificar): _____   |                                   |   |   |                                      |
| RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO: _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____ |                                   |   |   |                                      |

|                              |             |                         |                     |               |       |
|------------------------------|-------------|-------------------------|---------------------|---------------|-------|
| SIGNOS VITALES:              |             |                         |                     | SOMATOMETRÍA: |       |
| TENSIÓN ARTERIAL             | TEMPERATURA | FRECUENCIA RESPIRATORIA | FRECUENCIA CARDIACA | PESO          | TALLA |
|                              | °C          | X'                      | X'                  | Kgs.          | Cms.  |
| IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____ |             |                         |                     |               |       |

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

ORIGINAL Y COPIA AL PACIENTE (PARA ENTREGAR A UNIDAD RECEPTORA)  
ANEXAR COPIA EN EXPEDIENTE DE LA UNIDAD  
ORIGINAL REGRESA CONTESTADO DE LA UNIDAD RECEPTORA

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

VERSIÓN 2019 135-100.0004.00 AM2021

SELLO DE LA  
UNIDAD QUE  
REFIERE



**PLAN:**

**DIAGNÓSTICO:**

## Catálogo de medicamentos

| Fármaco                    | Presentación                                    | Código  |
|----------------------------|---|---------|
| Ácido Valproico            | Capsulas 250mg, 60 capsulas                     | 2620    |
| Alprazolam                 | Tabletas 0.25m 30 tabletas                      | 2500    |
| Alprazolam                 | Tabletas 2mg c/ 30 tabletas                     | 2499    |
| Amitriptilina              | Tabletas 25mg c/20 tabletas                     | 3305    |
| Aripiprazol 15mg           | Tabletas 15mg c/20 tabletas                     | 4490    |
| Aripiprazol 30mg           | Tabletas 30 mg, 10 tabletas                     | 4492    |
| Atomoxetina 10mg           | Capsulas 10mg, 14 capsulas                      | 3307    |
| Atomoxetina 40mg           | Capsulas 40mg, 14 capsulas                      | 3308    |
| Atomoxetina 60mg           | Cápsulas 60mg c/ 14 cápsulas                    | 3309    |
| Bezafibrato                | Tabletas 200mg                                  | 655     |
| Biperideno                 | Tabletas 2mg, 50 tabletas                       | 2652    |
| Biperideno IM              | Solución inyectable 5mg, 5 ámpulas              | 2653    |
| Bromocriptina              | Tabletas 2.5mg c/ 14 tabletas                   | 1096    |
| Captopril                  | Tableta 25mg c/ 30 tabletas                     | 574     |
| Carbamazepina              | Tabletas 200mg, 20 tabletas                     | 2608    |
| Carbamazepina solución     | Suspensión 100mg/5ml                            | 2609    |
| Carbonato de litio         | Tabletas 300mg c/ 50 tabletas                   | 3255    |
| Ciprofloxacino             | Tabletas 250mg, caja con 8                      | 4255    |
| Citalopram                 | Tabletas 20mg, 14 tabletas                      | 5487    |
| Citalopram                 | Tabletas 20mg c/ 28 tabletas                    | 5487.01 |
| Clindamicina               | Cápsulas 300mg c/ caja con 16 cápsulas          | 2133    |
| Clonazepam                 | Tabletas 2mg, 30 tabletas                       | 2612    |
| Clonazepam solución        | Solución 2.5mg/ml, frasco 10ml                  | 2613    |
| Clonazepam IM              | Solución inyectable 1 mg/ml con 5 ámpulas       | 2614    |
| Clozapina                  | Tabletas 100mg c/ 30 tabletas                   | 3259    |
| Complejo B                 | Tiamina100mg, piridoxina 5mg c/ 30 tabletas     | 2714    |
| Decanoato de haloperidol   | Solución inyectable 50mg/ml, 1 ampolla          | 4481    |
| Diazepam IM                | Solución inyectable 10mg/2ml, 5 ámpulas         | 202     |
| Diazepam                   | Tabletas de 10mg c/ 20                          | 3215    |
| Duloxetina                 | Capsulas 60m c/14                               | 4485    |
| Enalapril                  | Tabletas 10mg, 30 tabletas                      | 2501    |
| Fenitoína                  | Tabletas 100mg, 50 tabletas                     | 525     |
| Fenitoína IM               | Solución inyectable 250mg/5ml, 5 ámpulas        | 2624    |
| Fenobarbital               | Tabletas 100mg, 30 tabletas                     | 2601    |
| Fluoxetina                 | Tabletas 20mg, 140 28 tabletas                  | 4483    |
| Flumazenil                 | Solución inyectable 0.5 mg/5ml, 1 ampolla       | 4054    |
| Gabapentina                | Cápsulas 300mg caja con 15 cápsulas             | 4359    |
| Glibenclamida              | Tabletas 5mg, caja con 50                       | 1042    |
| Haloperidol                | Tabletas 5mg c/20                               | 3251    |
| Haloperidol IM             | Solución inyectable 5mg/ml, 6 ámpulas           | 3253    |
| Imipramina                 | Gragea o tableta 25mg, 20 tabletas              | 3302    |
| Levotiroxina               | Tabletas 100 ug, 100 tabletas                   | 1007    |
| Levomepromazina            | Tabletas 25mg, 20 tabletas                      | 3204    |
| Levomepromazina IM         | Solución inyectable 25mg/ml 10 amp de 1 ml      | 5476    |
| Levodopa-carbidopa 250mg   | Tabletas 250mg/25mg, 100 tabletas               | 2654    |
| Levodopa-carbidopa 200mg   | Tabletas 200mg/50mg, 50 0 100                   | 2657    |
| Lorazepam                  | Tabletas 1mg c/40                               | 5478    |
| Losartan                   | Grageas 50mg, 30 grageas                        | 2520    |
| Metformina                 | Tabletas 850mg, 30 tabletas                     | 5165    |
| Metilfenidato 10mg         | Comprimidos 10mg, 30                            | 5351    |
| Metilfenidato 18mg         | Tabletas lib prolongada 18mg c/15 o 30 tabletas | 4470    |
| Metilfenidato 27mg         | Tabletas lib prolongada 27mg,                   | 4471    |
| Metilfenidato 36mg         | Tabletas lib prolongada 36mg c/15 o 30          | 4472    |
| Midazolam                  | Slución inyectable 15mg/3ml, 5 ámpulas          | 405     |
| Nifedipino                 | Cápsulas 30mg, caja con 30 cápsulas             | 599     |
| Olanzapina 5mg             | Tabletas 5m , 14 tabletas                       | 5485    |
| Olanzapina                 | Tabletas 10mg c/ 14 tabletas                    | 5486    |
| Olanzapina IM              | Ampula 10mg, cada con una                       | 4489    |
| Omeprazol                  | Cápsulas 20mg c/28                              | 5186    |
| Paracetamol                | Tabletas 500mg c/10 tabletas                    | 104     |
| Paroxetina                 | Tabletas 20m , 10 tabletas                      | 5481    |
| Perfenazina                | Solución inyectable 5mg/ml, 3 ámpulas de 1ml    | 3247    |
| Pravastatina               | Tabletas 10mg                                   | 657     |
| Propranolol                | Tabletas 40mg c/ 30 tabletas                    | 530     |
| Quetiapina                 | Tabletas 100mg, 60 tabletas                     | 5489    |
| Ranitidina                 | Tabletas 150mg, caja con 20 tabletas            | 1233    |
| Risperidona solución       | Solución 1mg/ml, frasco de 60ml                 | 3262    |
| Risperidona                | Tabletas 2mg, 40 tabletas                       | 3258    |
| Risperidona IM             | Inyectable lib prolongada 25mg                  | 3268    |
| Sertralina                 | Tabletas 50 mg, 14 tabletas                     | 4484    |
| Tamoxifeno                 | Tabletas 20mg, 14 tabletas                      | 3047    |
| Trifluperazina             | Tabletas 5mg, 20030 tabletas                    | 3241    |
| Trihexifenidilo            | Tabletas 5mg, 50 tabletas                       | 2651    |
| Trimetoprima/Sulfametoxzol | Tabletas 80mg/400mg, caja con                   | 1903    |
| Valproato de Magnesio      | Tabletas 185.6mg, 40 tabletas                   | 2622    |
| Valproato semisodico       | Tabletas 500mg, 30 tabletas                     | 2630    |
| Valproato de Magnesio      | Tabletas 600mg, 30 tabletas                     | 5359    |
| Venlafaxina                | Capsulas 75mg, 10 capsules                      | 4488    |
| Vitaminas y minerales      | Caja con 30 tabletas                            | 4376    |
| Zuclopentixol              | Tabletas 25mg, 200 50 tabletas                  | 5484    |
| Zuclopentixol IM           | Solución inyectable 200mg, 1 ampolla            | 5483    |



| SEMANA | MAÑANA | TARDE | NOCHE |
|--------|--------|-------|-------|
| 1      |        |       |       |
| 2      |        |       |       |
| 3      |        |       |       |
| 4      |        |       |       |
| 5      |        |       |       |
| 6      |        |       |       |
| 7      |        |       |       |
| 8      |        |       |       |
| 9      |        |       |       |
| 10     |        |       |       |