

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 _____

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

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|---------------------|
| PACIENTE | 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: | _____ | | | | |
| DOMICILIO | 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 | | | | | | |
| AFECCIONES TRATADAS | COMORBILIDADES | 1 | | | | |
| | | 2 | | | | |
| | | 3 | | | | |
| | | 4 | | | | |
| | | 5 | RESELECCIÓN AF. P. | | | |
| INTERCONSULTA | X NINGUNA | ESPECIALIDAD | MÉDICO 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 | | | | | | |
| PROCEDIMIENTOS | CONSULTA PSIQUEIÁTRICA RUTINARIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA | | | | 9412 | |
| | 2 | | | | | |
| | 3 | | | | | |
| | 4 | | | | | |
| | 5 | | | | | |
| MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS | 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.

| I. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS. | | | | | |
|---|---|------------------------|-------------------|---|----------------|
| MEDICO TRATANTE | | | | | |
| FECHA: _____ | | | Hora: _____ | | |
| 1. INFORMACION DEL PACIENTE. | | | | | |
| Nombre del paciente. | | Fecha de nacimiento. | | No. Expediente. | Fecha Ingreso. |
| | | | | | |
| Edad: | | Sexo: | Hombre Mujer | Estatura: | Peso: |
| Antecedentes patológicos de interés. | | | | | |
| | | | | | |
| 2. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS. | | | | | |
| 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 <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 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 _____ |
| | MOTIVO DEL EGRESO: <input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Traslado a otra Unidad Médica: _____ | | | | | |
| | <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) | | | | | |
| | afección principal: <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente | | | | | |
| | 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|------------------------|-------------------------|------------|--------------------------|
| COMORBILIDADES | RESELECCIÓN AF. P. _____ | | | Código adicional _____ | Sólo para tumores _____ | CÓDIGO CIE | |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión): _____ | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------|--|--|--|------------------------------------|-----------|-------|-------------------------|
| ATENCIÓN OBSTÉTRICA | 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-9 MC |
| | 2. _____ | | | TIPO | DENTRO | HH:MM | RESP. DEL PROCEDIMIENTO |
| | 3. _____ | | | | : | | |
| | 4. _____ | | | | | 2 | |
| | 5. _____ | | | | | | |
| | 6. _____ | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|---|--|--|--|--|--|
| HOSPITALES PSQUIÁTRICOS | 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: Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesáreas _____ | | | FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES: _____ | | |
| | EDAD GESTACIONAL: _____ | | | PF: | | |
| | ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hormonal oral <input type="checkbox"/> Inyectable mensual <input type="checkbox"/> Inyectable bimestral <input type="checkbox"/> 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"/> Dispositivo intrauterino <input type="checkbox"/> Preservativo femenino <input type="checkbox"/> Preservativo masculino <input type="checkbox"/> DIU medicado | | |
| | TIPO DE PARTO: <input type="checkbox"/> Eutócico <input type="checkbox"/> Distóxico vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea | | | <input type="checkbox"/> Parche dérmico <input type="checkbox"/> OTB <input type="checkbox"/> Otros | | |
| | CONDICIÓN AL NACIMIENTO | | | INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO) | | |
| | VIVO | | | CeN | | |
| | MUERTE FETAL | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------|---|--|--|-----------------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------|
| ATENCIÓN OBSTÉTRICA | CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE | | | PARA TODO NACIDO VIVO | | | | | |
| | VIVO | | | APGAR A LOS 5 MIN. | REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA | ALOJAMIENTO CONJUNTO | | | |
| | MUERTE FETAL | | | MUERTE FETAL | NACIDO VIVO | APGAR A LOS 5 MIN. | REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA | ALOJAMIENTO CONJUNTO | LACTANCIA EXCLUSIVA |
| | ALTA CON LA MADRE | | | ALTA CON LA MADRE | HOSPITALIZADO | APGAR A LOS 5 MIN. | REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA | ALOJAMIENTO CONJUNTO | LACTANCIA EXCLUSIVA |
| | 1 | | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 1 | | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 1 | | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | 2 | | | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | 2 | | | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 |

| | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------------|--|--|---|--|--|
| HOSPITALES PSQUIÁTRICOS | TIPO DE UNIDAD: | | | Servicios: | | |
| | HOSPITAL CONTINUO: | | | <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 | | |
| | HOSPITAL PARCIAL: | | | <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> No especificado | | |
| | UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: | | | <input type="checkbox"/> 3 | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|--|--|---------------------------|-----------------------|------------------------|
| HOSPITALES PSQUIÁTRICOS | PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE: | | | | | |
| | NOMBRE: _____ | | | Nombre(s) _____ | Primer Apellido _____ | Segundo Apellido _____ |
| | C.U.R.P.: _____ | | | CÉDULA PROFESIONAL: _____ | FIRMA: _____ | |
| | ESTADO: _____ | | | | | |
| | MUNICIPIO: _____ | | | | | |
| | COLONIA: _____ | | | | | |
| | CALLE: _____ | | | | | |
| | NUMERO: _____ | | | | | |
| | CÓDIGO POSTAL: _____ | | | | | |

Para uso exclusivo del personal clasificador

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: NUMERO | |
| II NOMBRE _____ | APELLIDO PATERNO | APELLIDO 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: _____ FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE: _____ 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 (Especificiar): _____ | | | | |
| RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO: _____ _____ _____ _____ _____ | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|-------------|-------------------------|---------------------|---------------|-------|
| 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 | | | |