

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: _____

NOTA DE INGRESO A HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL



① ESTANCIA BREVE

② ESTANCIA PROLONGADA

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--------------------------|---|----------------------------|--|
| 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN | 1.1 NOMBRE | | | 1.2 NÚMERO DE EXPEDIENTE | 1.3 FECHA Y HORA | |
| | 1.4 SEXO | (1) Hombre (2) Mujer (3) Intersexual | 1.5 IDENTIDAD DE GÉNERO | (1) Hombre (2) Mujer (3) Otro: | 1.6 FECHA DE NACIMIENTO | 1.7 EDAD |
| | 1.8 ESTADO CIVIL | (1) Casado/a (2) Soltero/a (3) Unión Libre (4) Separado/a (5) Divorciado/a (6) Viudo/a | 1.9 OCUPACIÓN | (1) Empleado/a (2) Hogar (3) Desempleado/a (4) Otro: | Día Mes Año | Años |
| | | | 1.10 RELIGIÓN | | 1.11 ESCOLARIDAD | (1) Ninguna (2) Primaria (3) Secundaria (4) Preparatoria (5) Universidad (6) Posgrado |
| | | | | | (1) Completa (2) Trunca | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | 1.12 LUGAR DE ORIGEN | 1.13 LUGAR DE RESIDENCIA |
| 2. RESUMEN DE INTERROGATORIO | 2.1 ① INGRESO ② REINGRESO NO. DE INGRESOS EN EL AÑO: _____ | | | | | |
| | 2.2 REFERIDO | SI <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> | FOLIO | UNIDAD | |
| | 2.3 MOTIVO DE INGRESO | | | | | |
| | 2.4 PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PADECIMIENTO ACTUAL | | | | | |
| | 2.5 ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA | | | | | |
| | Heredofamiliares | | | | | |
| | Personales patológicos | | | | | |
| | Personales no patológicos | | | | | |
| | Otros relevantes | | | | | |
| | 2.6 Consumo de sustancias | (1) Tabaco | (2) Alucinógenos | (3) Cocaína | (4) Inhalantes | (5) Sedantes/hipnóticos |
| | (6) Alcohol | (7) Anfetaminas/metanfetamina | (8) Cannabis | (9) Opioides | (10) Otros: | |
| | (1) Consumo perjudicial | (2) Abuso | (3) Dependencia | (4) Abstinencia | (5) Intoxicación | (6) Otro |
| | Edad de inicio: | Cantidad consumida: | Frecuencia de consumo: | | | |
| | 2.7 Exámenes de laboratorio y gabinete previos: | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 3. EXPLORACIÓN FÍSICA | Habitus: | Peso | Talla | Índice de Masa Corporal | Perímetro Abdominal |
| | 3.1 Cabeza | <input type="checkbox"/> | Sin alteración | <input type="checkbox"/> | Con alteración: |
| | 3.2 Cuello | <input type="checkbox"/> | Sin alteración | <input type="checkbox"/> | Con alteración: |
| | 3.3 Cardiopulmonar | <input type="checkbox"/> | Sin alteración | <input type="checkbox"/> | Con alteración: |
| | 3.4 Abdomen | <input type="checkbox"/> | Sin alteración | <input type="checkbox"/> | Con alteración: |
| | 3.5 Extremidades Superiores | <input type="checkbox"/> | Sin alteración | <input type="checkbox"/> | Con alteración: |
| | 3.6 Extremidades Inferiores | <input type="checkbox"/> | Sin alteración | <input type="checkbox"/> | Con alteración: |
| | 3.7 Exploración genital | <input type="checkbox"/> | Diferida | <input type="checkbox"/> | Realizada: |
| Signos vitales: | Tensión arterial | Frecuencia cardíaca | Frecuencia respiratoria | Temperatura | |
| 4. EXAMEN MENTAL | Ideación suicida: Ausente <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Pasiva <input type="checkbox"/> Sin plan estructurado <input type="checkbox"/> Con plan estructurado <input type="checkbox"/> | | | | |
| | | | | | |
| 5. ANÁLISIS | Pronóstico para la vida _____ Pronóstico para la función _____ | | | | |
| | CÓDIGO CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES Edición vigente: _____ | | | | |
| | DESCRIPCIÓN | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. DIAGNÓSTICOS O PROBLEMAS CLÍNICOS | 7.1 Exámenes de laboratorio y gabinete solicitados: | | | | |
| | 7.2 Sustancia activa, presentación, dosis, vía de administración y horario de tomas | | | | |
| | 7.3 Acorde a Guía de Práctica Clínica: | | | | |
| NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO QUE ELABORA | | | NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DEL PERSONAL MÉDICO QUE SUPERVISA | | |
| 7. PLAN DE ESTUDIO Y/O TRATAMIENTO | | | | | |

Consentimiento Informado

Para Tratamiento Psiquiátrico Ambulatorio de

Personas del Grupo Infantojuvenil

Personas Adultas



Municipio de _____, Jalisco. ____ de _____ del 20____

Nombre de la persona usuaria _____ Edad _____ No. Expediente _____

Nombre de la madre, padre, tutor o representante legal _____

Domicilio Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____

Colonia _____ Municipio _____ C.P. _____ Teléfono _____

INFORMACIÓN: Se ha realizado una valoración por personal del área de medicina, quien, tras el análisis de la conducta, afecto y cognición de la persona evaluada, determinó la necesidad de tratamiento psiquiátrico ambulatorio, en un ambiente que reúne las características necesarias para su atención integral. Los procedimientos durante su tratamiento están apegados a las normas vigentes para el tratamiento de trastornos mentales que incluyen la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico y la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Las y los profesionales que le atiendan informarán oportunamente sobre la enfermedad o trastorno que padece usted, su familiar o representado legal, así como el tratamiento indicado acorde al padecimiento detectado.

Así mismo es importante que en caso de que la persona usuaria presente conducta suicida (entendida como un conjunto de pensamientos y comportamientos que van desde las ideas de muerte, ideas suicidas pasivas o activas e intentos de suicidio) la red de apoyo, familiares o tutores legales conozcan y apliquen las siguientes recomendaciones:

- Exprese su preocupación y muéstrese dispuesto a escuchar.
- Evite juzgar, así como dar sermones sobre el valor de la vida.
- Ayúdele a tomar buenas decisiones.
- Invite a la persona para que hable sobre lo que piensa y siente.
- Tome las señales de alerta en serio y evite dejarla sola.
- Solicite apoyo de familiares y amigos para dar contención a la persona cuando presente crisis emocional.
- Pídale a la persona que se comprometa a no callar su malestar, preocupación y a hablar con alguien si hay ideas de suicidio.
- Los pensamientos de suicidio no desaparecen fácilmente; manténgase atento a la evolución de la persona.
- Adquiera, supervise y administre los medicamentos de la persona usuaria.
- Acompáñele a sus consultas médicas, psicológicas o psiquiátricas.
- Evite dejar sola a la persona por tiempos prolongados.
- Reduzca el riesgo en el hogar (guarde en un lugar seguro cables, sogas, sustancias químicas, armas, navajas, cuchillos, vidrios, etc.).
- Realice un plan de seguridad (conforme una red de apoyo, fomente la comunicación, identifique eventos que afecten emocionalmente a la persona usuaria).
- Una vez estable y sin ideación suicida, motívela a incorporarse a sus actividades habituales con supervisión.
- **En caso de crisis emocional llame, a servicios de urgencias locales y/o la Línea de Intervención en Crisis SALME al 075, al 800-227-4747 o al 333-833-3838. Que brinda atención las 24 hrs. los 365 días del año.**

Consentimiento Informado

Para Tratamiento Psiquiátrico Ambulatorio de

- Personas del Grupo Infantojuvenil
- Personas Adultas



BENEFICIOS Y RIESGOS: se le prescribirán medicamentos que de acuerdo a la naturaleza de la enfermedad, están destinados a controlar los signos y síntomas del padecimiento, sin embargo, todos los fármacos administrados por cualquier vía en ocasiones pueden presentar reacciones adversas o eventos no deseados los cuales deberán ser explicados por el personal médico que indica, estos efectos variarán de acuerdo al tipo de medicamento prescrito, mismos que se tendrán que informar al personal médico en caso de que aparezcan, para que sean debidamente atendidos, en caso de que la o el profesional del área médica sospeche de otra enfermedad independiente o asociada al trastorno mental, la persona evaluada puede ser referida a otra unidad de atención para resolver dicho problema.

DERECHOS DE LA PERSONA USUARIA La Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, El Instituto Jalisciense de Salud Mental y el _____ están sujetos a cumplir con carácter de obligatorio los Derechos Humanos de toda persona que sea atendida en sus unidades además del cumplimiento de las leyes sanitarias y reglamentos civiles, penales y administrativos vigentes que tratan sobre la materia. Se tendrá derecho también a realizar una queja en caso necesario en el departamento de calidad propio de la institución.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que se proporcione sobre la persona usuaria o terceros, será tratada en forma confidencial y se utilizarán todos los medios para salvaguardarla con excepción de aquellos casos en los que la o el profesional de la salud determine que esté en riesgo la vida o integridad física de la persona evaluada o la de terceros y cuando previamente y por escrito la persona usuaria o las autoridades superiores, sanitarias, civiles o judiciales, lo soliciten.

Además, si se llega a tener conocimiento de algún tipo de violencia hacia la persona atendida, la ley de responsabilidad de los servidores públicos del Estado de Jalisco en su artículo 61 y la NOM-046-SSA2-2005 Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención, en los numerales 5.10 y 5.11; señalan que se tiene la obligación de registrar y dar aviso de esta información a las personas o autoridades competentes. Por lo que se tiene la responsabilidad de valorar la gravedad de la situación para establecer límites de confidencialidad.

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

- a) Cuento con absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que lo considere pertinente, siempre y cuando no esté sujeto a tratamiento obligatorio.
- b) en caso de que la persona usuaria no se encuentre en condiciones clínicas 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, en apego a la Carta de Derechos Generales de las y los pacientes de la Ley General de Salud.

| | |
|--|---|
| SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO () | NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO () |
| Nombre y firma de la persona usuaria, madre, padre, tutor o representante legal* | |
| Domicilio: Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ | |
| Colonia _____ | Municipio _____ C.P. _____ Teléfono _____ |
| Nombre y firma del personal de psiquiatría clínica responsable del tratamiento | |
| Nombre y firma de testigo | Nombre y firma de testigo |

*En caso de presentarse un representante legal, deberá traer una carta poder y copia de identificación, así como copia de identificación de la madre, padre o tutores.

Ccp. Persona usuaria, madre, padre tutor o representante legal



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

Fecha: _____ Expediente: _____ CURP: _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Primer apellido

Sexo: M ___ F ___

Segundo apellido

Nombre (s)

Diagnóstico: _____

Género: _____

Área: _____

Perfiles

- Química Sanguínea 6 Elementos
- Pruebas De Función Hepática 12 Elementos
- Perfil De Electrolitos Séricos 6 Elementos
- Perfil De Lípidos 5 Elementos
- Perfil Tiroideo 4 Elementos
- Drogas De Abuso 6 Elementos
- Drogas Terapéuticas (Litio y Valproato)
- Uroanálisis

Estudios Adicionales

- Hba1c (Hemoglobina glucosilada)
- Amilasa
- Lipasa
- CK (creatin quinasa), CK-MB (creatin quinasa isoenzima MB)

Otros
(especificar): _____

Hematología

- Citometría Hemática Completa

Serología

- Grupo Sanguíneo (A, B, 0) Y Factor R.H..
- Prueba De Embarazo En Sangre U Orina.
- Antiestreptolisinas
- Proteína C Reactiva (PCR)
- Factor Reumatoide (FR)
- Reacciones Febriles
- Reagina Plasmática Rápida (RPR / VDRL)
- Determinación De Anticuerpos Anti VIH (tamizaje)
- Anticuerpos Anti Hepatitis C
- Antígeno De Superficie Hepatitis B

Nombre, firma y cédula del médico responsable



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. _____

**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 |
| IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | MUNICIPIO | | |
| UNIDAD A LA QUE SE REFIERE | URGENTE: <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO | | |
| NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: | | | |

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

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

| | | | |
|---|---------------------------------|---|---------------------------------------|
| URGENCIAS: SI _____ NO _____ | REGULACIÓN S A M U _____ | 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: _____ | SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA | | |
| DOMICILIO: _____ CALLE _____ COLONIA _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ | SERVICIO AL QUE SE ENVIA: _____ | FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE: _____ | NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE: _____ |

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



PLAN:

DIAGNÓSTICO:

HERRAMIENTA DE DETECCIÓN**Violencia Familiar**FECHA: _____
día mes año**UNIDAD****LOCALIDAD****MUNICIPIO****JURISDICCIÓN****ENTIDAD FEDERATIVA****Nombre del prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección**

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Núm. de expediente _____

Derechohabiencia

1.- IMSS

2.- ISSSTE

3.- SEGURO POPULAR

4.- OTRA

0.- NO

Domicilio

Calle

Número exterior

Número interior

Barrio o colonia

Código postal

Localidad

Municipio

Entidad Federativa

VIOLENCIA PSICOLÓGICA **Sección 1. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:**

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| ¿Le controla la mayor parte de su tiempo, actividades y dinero? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ _____ | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha menospreciado o humillado? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ _____ | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha amenazado con golpearla o usar contra usted alguna navaja, cuchillo, machete o arma de fuego? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ _____ | No <input type="checkbox"/> |
| Sospecha. Anote indicadores de sospecha: | _____ | |

VIOLENCIA FÍSICA **Sección 2. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:**

| | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|
| ¿Le ha golpeado provocándole moretones, fracturas, heridas u otras lesiones? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ _____ | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha tratado de ahorrar? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ _____ | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha agredido con algún objeto, navaja, cuchillo, machete o arma de fuego? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ _____ | No <input type="checkbox"/> |
| Sospecha. Anote indicadores de sospecha: | _____ | |

VIOLENCIA SEXUAL **Sección 3. En los últimos doce meses, su pareja o alguien importante para usted:**

| | | |
|---|--|-----------------------------|
| ¿Le ha forzado a tocamientos o manoteos sexuales en contra de su voluntad? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ ¿Cuándo? _____ | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad con violencia física? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ ¿Cuándo? _____ | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin violencia física? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ ¿Cuándo? _____ | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha forzado a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad y resultó embarazada? | Sí ¿Quién lo hizo? _____ ¿Cuándo? _____ | No <input type="checkbox"/> |
| Sospecha. Anote indicadores de sospecha: | _____ | |

Si el o la usuaria responde afirmativamente a más de una de las preguntas de la sección 1 ó a cualquiera de las preguntas de las Secciones 2 y 3, está viviendo en situación de violencia. Debe realizarse evaluación de riesgo. (Ver capítulo 7 del Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual).

PRINCIPALES INDICADORES DE SOSPECHA

Violencia Psicológica

- Baja autoestima.
- Cansancio y fatiga crónica.
- Problemas de memoria, concentración y distorsiones del pensamiento.
- Cefaleas crónicas.
- Marcada disminución en el interés o la participación de actividades significativas.
- Miedo intenso, desesperanza, culpa, vergüenza u horror.
- Recuerdos perturbadores recurrentes e intrusivos.
- Ilusiones, alucinaciones y episodios dissociativos de flashbacks.
- Hipervigilancia o estado de alerta constante, palpitaciones.
- Depresión severa. Trastornos del sueño (dificultad para dormir o mantenerse dormido/a) y pesadillas.

Violencia Física

- Lesiones diversas que no concuerdan con la explicación de cómo ocurrieron.
- Lesión física durante embarazo.
- Aborto
- Demora en buscar tratamiento para las lesiones recibidas.
- Síndrome crónico de intestino irritable.
- Traumas craneales y daño neurológico.

Violencia Sexual

- El embarazo de niñas o adolescentes muy jóvenes.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Prurito o pérdida de sangre vaginal.
- Defecación o micción dolorosa.
- Dolor abdominal o pelviano crónicos.
- Problemas sexuales y ausencia de placer.
- Vaginismo (espasmos de los músculos alrededor de la abertura de la vagina) o traumas en la región vaginal.
- Infecciones recurrentes en las vías urinarias.
- Embarazo no deseado que puede ser indicativo de embarazo forzado debido a violación.
- Aborto.

Es posible que en la práctica cotidiana el personal de salud se encuentre con muchos más indicadores de sospecha o bien sean estos, pero con características especiales, de acuerdo con su población de atención.

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 |

