

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: _____



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

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.: _____	Día _____	Mes _____	Año _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	ENTIDAD DE NACIMIENTO: _____		
	EDAD CUMPLIDA: _____ Horas (en menores de 24 hrs)			_____ Días (en menores de 30 días)	_____ Meses (en menores de 1 año)	_____ Años (1 año y más)		
	¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	PESO: _____ kg	TALLA _____ cm	ESTADO CONYUGAL: _____	
				(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: _____	Día _____	Mes _____	Año _____	TIPO DE SERVICIO:	DE INGRESO: _____	
					HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/> 1	SEGUNDO: _____	_____
	EGRESO: _____	Día _____	Mes _____	Año _____	CORTA ESTANCIA <input type="checkbox"/> 2	TERCERO: _____	_____
					DE EGRESO: _____	_____	

ESTANCIA	PROCEDENCIA:							
	<input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencias <input type="checkbox"/> Referido	Unidad Médica	_____	<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	MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FOLIO DEL CERTIFICADO: _____	<input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____	Especifique			

COMORBILIDADES	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.
RESELECCIÓN AF. P. _____ Código adicional _____ Sólo para tumores _____							
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.	ANESTESIA	QUIRÓFANO		CURP ó CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO		
	2.	TIPO	DENTRO	HH:MM	FUERA		
	3.						
	4.						
	5.						
	6.						

TIPO DE ANESTESIA: General Regional Sedación Local Combinada No uso VIOLENCIA Y/O LESIÓN: Sí 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			

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

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

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

CÓDIGO CIE

CÓDIGO CIE-9 MC

Para uso exclusivo del personal clasificador

Para uso exclusivo del personal clasificador



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.** _____



Consentimiento Bajo Información para Tratamiento Ambulatorio Psiquiátrico

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

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

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

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

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

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

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

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

SI OTORGO EL CONSENTIMIENTO ()

NO OTORGO EL CONSENTIMIENTO ()

Nombre completo y firma del paciente o su representante legal

Nombre completo y firma del médico que autoriza

Domicilio: _____

Testigo

C.c.p. Usuario/Familiar Responsable

Testigo

135.002.0026.0



Consentimiento Bajo Información para Tratamiento Hospitalario Psiquiátrico

Lugar Guadalajara, Jalisco Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____ Edad: años
Fecha de Nacimiento: _____ Registro 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.



NO ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO HOSPITALARIO

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

Presente:

No. Expediente. _____

Yo

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

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

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Con domicilio en:

Calle Número Colonia

C.P. Municipio Teléfono

Con diagnóstico de: _____

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

Dr (a).

Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

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

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

En _____ Guadalajara _____, Jalisco, a

ATENTAMENTE

Con domicilio en: _____

Identificación: _____

NOMBRE Y FIRMA _____

TESTIGOS

POR EL CAISAME E.B.

POR EL USUARIO

NOMBRE Y FIRMA _____

NOMBRE Y FIRMA _____

DOMICILIO _____

DOMICILIO _____

IDENTIFICACIÓN _____

IDENTIFICACIÓN _____



SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental

FECHA: _____

PACIENTE: _____
SOLICITANTE: _____
MOTIVO: _____

REGISTRO: _____
AL SERVICIO: _____

_____ FIRMA _____



SERVICIOS DE SALUD JALISCO
INSTITUTO JALISCIENCE DE SALUD MENTAL

SOLICITUD DE SERVICIO



SALME
Instituto Jalisciense
de Salud Mental

FECHA: _____

PACIENTE: _____
SOLICITANTE: _____
MOTIVO: _____

REGISTRO: _____
AL SERVICIO: _____

_____ FIRMA _____

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. ESTATALE <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		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						
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: _____

PLAN:

DIAGNÓSTICO:



Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

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

No. DE CONTROL

I UNIDAD QUE REFIERE:	CLUES:				
FECHA DE REFERENCIA	No. DE EXPEDIENTE	EDAD:	/	SEXO:	<input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F
NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)		TEL.
DOMICILIO DEL PACIENTE	CALLE	COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	PACIENTE
MOTIVO DE ENVÍO (IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA)					URGENTE: <input checked="" type="radio"/> SI <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 REGION SANITARIA VIII PUERTO VALLARTA COSTA NORTE HOJA DE REFERENCIA

No. DE CONTROL

URGENCIAS: SI _____ NO _____ REGULACION SAMU _____ FECHA DE REGULACIÓN: _____
II

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

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

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

V MOTIVO DE LA REFERENCIA: RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO:
--

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

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD



NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

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

SELLO DE LA
UNIDAD QUE
REFIERE



Secretaría de Salud

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

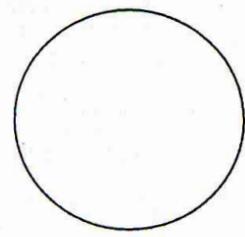
DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA: _____ FECHA DE ALTA: _____

SE LE ATENDIO SI NO ¿POR QUE? _____CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MEDICO SI NO ¿PORQUE? _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____

OBSERVACIONES: ¿Para su atención le pidieron su hoja de referencia? SI NO ¿Le resolvieron su problema? SI NO ¿Por qué? _____SELLO DE LA
UNIDAD QUE
CONTRARREFIERE

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO HOJA DE CONTRARREFERENCIA

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE:

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

DOMICILIO: _____

SERVICIO: _____ FECHA DE CONTRARREFERENCIA: _____

VIII

MANEJO DEL PACIENTE:

RESUMEN CLÍNICO: _____

_____DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____
_____DIAGNÓSTICO DE EGRESO: _____

CÓDIGO CIE-10: _____

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

IX

CONTROL DEL PACIENTE:

TRATAMIENTO CONCLUIDO:

 SI NO

CONTINUARA TRATAMIENTO EN: _____ UNIDAD

ENVIO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

