

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. 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	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			
	¿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		<input type="checkbox"/> Especificar CLUES	<input type="checkbox"/> Cunero patológico <input type="checkbox"/> Otro: _____	
				<input type="checkbox"/> Especifique		
	<input type="checkbox"/> Curación <input type="checkbox"/> Mejoría <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Traslado a otra Unidad Médica: _____			<input type="checkbox"/> Especificar CLUES		
<input type="checkbox"/> Defunción	<input type="checkbox"/> MINISTERIO PÚBLICO: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		FOLIO DEL CERTIFICADO: _____	<input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Otro motivo: _____	<input type="checkbox"/> 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					
				<input type="checkbox"/> Especificar		
				<input type="checkbox"/> Especificar		
				<input type="checkbox"/> Especificar		

COMORBILIDADES	AFOECIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)			CÓDIGO CIE
	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):			_____	
			Para uso exclusivo del personal clasificador	

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	CÓDIGO CIE-9 MC
	3.					_____
	4.					_____
	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 usó	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: <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	<input type="checkbox"/> Preservativo masculino <input type="checkbox"/> DIU medicado
--	---	---

DATOS DE LOS PRODUCTOS	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			
	MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	VIVO	MUERTO	CeN		APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
	1	2	1	2	3	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	1	2	1	2	3	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	1	2	1	2	3	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:	NOMBRE: _____			Nombre(s) _____	Primer Apellido _____	Segundo Apellido _____
--------------------------------------	---------------	--	--	-----------------	-----------------------	------------------------

C.U.R.P.: _____	CÉDULA PROFESIONAL: _____	FIRMA: _____
-----------------	---------------------------	--------------

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			