

# 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										
	Nombre(s)			Primer apellido		Segundo apellido					
	6. FECHA DE NACIMIENTO			7. EDAD		8. ENTIDAD DE NACIMIENTO					
	Día			Mes		Año					
	Años										
	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			<input type="radio"/> Ninguna 0 <input type="radio"/> Primaria 2 <input type="radio"/> Bachillerato 6 <input type="radio"/> Posgrado 10 <input type="radio"/> Preescolar 1 <input type="radio"/> Secundaria 4 <input type="radio"/> Profesional 8 <input type="radio"/> Se ignora 98			11. ESTADO CIVIL			<input type="checkbox"/> 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			<input type="radio"/> Empleado 1 <input type="radio"/> Desempleado 2 <input type="radio"/> Sub empleado 3	
	15. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD										15.1 Número de seguridad social o afiliación
	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 \_\_\_\_\_

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

Signos vitales: Tensión arterial \_\_\_\_\_ Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

11. EXAMEN MENTAL

Físicos, psiquiátricos, personalidad, psicosocial.

12. DIAGNÓSTICOS Y PROBLEMAS CLÍNICOS

Acorde a las Guías de Práctica Clínica: \_\_\_\_\_

13. TRATAMIENTO INDICADO

# HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL ADULTOS



14. PRONÓSTICO

(Para la vida, para la función).

15. CLINIMETRÍA

16. OBSERVACIONES

17. RESPONSABLES

## ELABORACIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

## SUPERVISIÓN

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_

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.:  FECHA DE NACIMIENTO:  Día  Mes  Año

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?:  Sí  No SEXO:  Masculino  Femenino PESO:  kg •  gr TALLA  cm ESTADO CONYUGAL:

(Menores de 3 meses)

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD:  IMSS  ISSSTE  PEMEX  SEDENA  SEMAR  Gob. Estatal  Seguro privado  Seguro popular  Se ignora  Otro  PROSPERA

NÚM. AFILIACIÓN:  GRATUIDAD:  Sí  No

Ninguna

¿SE CONSIDERA INDÍGENA?  Sí  No ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?  Sí  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:**

INGRESO:  Día  Mes  Año TIPO DE SERVICIO:  DE INGRESO:

HOSPITALIZACIÓN  1 SEGUNDO:

EGRESO:  Día  Mes  Año CORTA ESTANCIA  2 TERCERO:

DE EGRESO:

**PROCEDENCIA:**

Consulta externa  Urgencias  Referido  Unidad Médica  Especificar CLUES  4 Cunero patológico  5 Otro:  Especifique

**MOTIVO DEL EGRESO:**

Curación  Mejoría  Voluntario  Traslado a otra Unidad Médica:   Especificar CLUES

5 Defunción  MINISTERIO PÚBLICO:  Sí  No  FOLIO DEL CERTIFICADO:   6 Fuga  7 Otro motivo:  Especifique

**MUJER EN EDAD FÉRTIL:**  Embarazo  Puerperio (de 0 a 42 días después del parto)  3 No estaba embarazada ni en el puerperio

**AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO)**

**AFECCIÓN PRINCIPAL:**

1 Primera vez  2 Subsecuente

**COMORBILIDADES**

1.   
2.   
3.   
4.   
5.   
6.

**CÓDIGO CIE**

**RESELECCIÓN AF. P.**  Código adicional  Sólo para tumores

Para uso exclusivo del personal clasificador

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

**INFECIÓN INTRAHOSPITALARIA:**  Sí  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).

TIPO	DENTRO	HH:MM	FUERA	ANESTESIA	QUIRÓFANO	CURP Ó CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE-9 MC
				TIPO	DENTRO	HH:MM	FUERA
1.				1	:	2	
2.				1	:	2	
3.				1	:	2	
4.				1	:	2	
5.				1	:	2	
6.				1	:	2	
7.				1	:	2	
8.				1	:	2	

**TIPO DE ANESTESIA:**  1 General  2 Regional  3 Sedación  4 Local  5 Combinada  6 No uso **VIOLENCIA Y/O LESIÓN:**  Sí  No

**HISTORIA GINECOBOSTÉTRICA:** Gestas  Abortos  Partos  Cesáreas  **FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES:**

**EDAD GESTACIONAL:**  **EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN?**  Sí  No **PF:**  0 Ninguno  1 Hormonal oral  2 Inyectable mensual  3 Inyectable bimestral  4 Implante subdérmico

**TIPO DE ATENCIÓN:**  1 Aborto  2 Parto **PRODUCTO DE UN EMBARAZO:**  1 Único  2 Gemelar  3 Tres ó más **TIPO DE PARTE:**  5 Dispositivo intrauterino  6 Preservativo femenino  7 Preservativo masculino  8 DIU medicado  9 Parche dérmico  10 OTB  11 Otros

**ATENCIÓN OBSTÉTRICA**

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			
		VIVO	MUERTO		APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
MUERTE FETAL	NACIDO VIVO	ALTA CON LA MADRE	HOSPITALIZADO	CeN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1	2	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1	2	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1	2	1	2	3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**HOSPITALES PSQUIÁTRICOS**

**TIPO DE UNIDAD:** Servicios:

**HOSPITAL CONTINUO:**  1 Paidopsiquiatría  2 Psiquiatría  3 Psicogeriatría  4 Unidad de desintoxicación  5 Villa psiquiátrica  6 Otros  9 No especificado

**HOSPITAL PARCIAL:**  2  1 Día  2 Noche  3 Fin de semana  4 Otros  9 No especificado

**UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES:**  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



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:

- 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 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 necesaria 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 éste 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 éste 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 deslindando de responsabilidad a personal médicos y al hospital, teniendo derecho a recibir atención ambulatoria si así lo desea.

Nombre y firma del paciente o  
representante legal

Nombre y firma del médico que autoriza

Domicilio \_\_\_\_\_

Testigo

C.c.p. Usuario/ Familiar Responsable

Testigo

**FORMATO DE CONCILIACION DE MEDICAMENTOS Y EVALUACION DE LA IDONEIDAD**  
**DEBERA REALIZARSE EN CADA TRANSICION ASISTENCIAL**

LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA.

<b>I. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.</b>						
<b>MEDICO TRATANTE</b>						
FECHA: _____		Hora: _____				
<b>1. INFORMACION DEL PACIENTE.</b>						
Nombre del paciente.		Fecha de nacimiento.		No. Expediente.	Fecha Ingreso.	
Edad:		Sexo:	Hombre      Mujer	Estatura:	Peso:	
<b>Antecedentes patológicos de interés.</b>						
<b>2. CONCILIACION DE MEDICAMENTOS.</b>						
<b>Momento de la conciliación.</b>						
<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.
<b>Medicación anterior.</b>						
Medicamento.		Dosis/frecuencia.	Vía de administración.	Indicación.	Continuar (Sí / No).	
<b>Comentarios o recomendaciones del médico tratante.</b>						
<b>Medicación actual.</b>						
Medicamento.		Dosis/frecuencia.	Vía de administración.	Indicación.		
<b>Comentarios o recomendaciones del médico tratante.</b>						

Nombre, firma y cédula del médico tratante.



### 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 type="checkbox"/> FEMENINO					
	AFILIACION A LOS SERVICIOS DE SALUD: <input type="checkbox"/> IMMS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> GUB. ESTATAL <input type="checkbox"/> SEGURO OPORTUNIDAD <input type="checkbox"/> SE IGNORA <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> INSABI							
	NÚMERO DE AFILIACION: _____		GRATUIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IMSS Bienestar	<input type="checkbox"/> Ninguna			
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: _____					
ESTANCIA	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: <input type="checkbox"/> _____	
	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		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		<input type="checkbox"/> Traslado a otra unidad-----		NOMBRE DE LA UNIDAD MEDICA: _____			
	<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Fuga <input type="checkbox"/> Embarazo		<input type="checkbox"/> Voluntad propia <input type="checkbox"/> Puerperio (de 0 a 42 días después del parto)		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	FOLIO DEL CERRIFICADO: _____	
								<input type="checkbox"/> RESELECCIÓN AF. P.
	afección principal: _____ CÓDIGO CIE							
afecciones tratadas	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	1	CONSULTA PSIQUEIÁTRICA RUTINARIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA						9412
	2							
	3							
	4							
	5							
		Nombre genérico		Presentación			CÓDIGO DE MEDICAMENTOS	
MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	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 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:		
NOMBRE DEL PACIENTE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	TEL.	PACIENTE
DOMICILIO DEL PACIENTE	CALLE	COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	
MOTIVO DE ENVÍO (IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA)					URGENTE:
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:					SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA
NOMBRE:					
DOMICILIO:	CALLE	COLONIA	LOCALIDAD	MUNICIPIO	
SERVICIO AL QUE SE ENVIA:					

V MOTIVO DE LA REFERENCIA:				
RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO:				

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

Gobernación del Estado de Jalisco

## DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA

VI

FECHA DE VISITA: \_\_\_\_\_

FECHA DE ALTA: \_\_\_\_\_

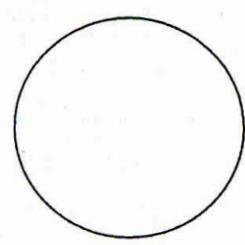
SE LE ATENDIO SI  NO  ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

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

