






# **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

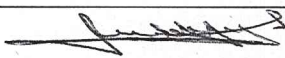
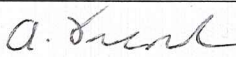
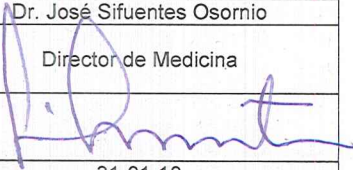
**ENERO 2018**




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Índice</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 9

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>		<b>2</b>
<b>I. OBJETIVO DEL MANUAL</b>		<b>3</b>
<b>II. MARCO JURÍDICO</b>		<b>4</b>
<b>III. PROCEDIMIENTOS PARA:</b>		<b>9</b>
<b>1. REALIZAR LA EVALUACIÓN MÉDICA POR PRECONSULTA A INTERESADOS EN ATENDERSE EN EL INSTITUTO</b>		
<b>2. ELABORAR HISTORIAS CLINICAS</b>		
<b>3. PROGRAMAR CITAS SUBSECUENTES, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE GABINETE EN EL SISTEMA INFORMÁTICO VIGENTE</b>		
<b>4. OTORGAR CONSULTA SUBSECUENTE A PACIENTES AMBULATORIOS</b>		
<b>5. ATENDER SOLICITUDES DE PACIENTES DEL INSTITUTO</b>		

## AUTORIZACIÓN



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Introducción</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 9

## INTRODUCCIÓN

La importancia de Manual de Procedimientos consiste en describir la secuencia lógica y cronológica de las distintas actividades relacionadas, señalando quién, cómo, cuándo, dónde y para qué han de realizarse.

La finalidad, es la de uniformar y documentar las acciones que se realizan en la diferentes áreas del Instituto y orientar a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades.




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Objetivo del Manual</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 9

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Precisar la secuencia lógica de los pasos de que se compone cada uno de los procedimientos, la responsabilidad operativa del personal en cada área de trabajo y describir gráficamente los flujos de las operaciones y servir como medio de integración y orientación para el personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a su área de trabajo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 9

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Con sus reformas y adiciones.  
D.O.F. 5-II-1917 última reforma 24-II-2017

### LEYES

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29-XII-1976, última reforma 19-V-2017

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 14-V-1986, última reforma 18-XII-2015

Ley General de Salud.  
D.O.F. 7-II-1984, última reforma 22-XI-2017

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.  
D.O.F. 26-V-2000, última reforma 27-I-2015

Ley de Planeación.  
D.O.F. 05-I-1983, última reforma 28-II-2016

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública  
D.O.F. 04-V-2015

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados  
D.O.F. 26-I-2017

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 09-V-2016, última reforma 27-I-2017




Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.  
D.O.F. 16-IV-2008, última reforma 27-I-2017

Ley Federal de Archivos  
D.O.F. 23-I-2012

Ley General de Protección Civil  
D.O.F. 06-VI-2012, última reforma 23-VI-2017

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad  
D.O.F. 30-V-2011, última reforma 17-XII-2015

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 9

Ley de Firma Electrónica Avanzada  
D.O.F. 11-I-2012

Ley General de Responsabilidades Administrativas  
D.O.F. 18-VII-2016

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.  
D.O.F. 11-VI-2003, última reforma 01-XII-2016

Ley General para la Igualdad entre Hombres y Mujeres  
D.O.F. 02-VIII-2006, última reforma 24-III-2016

Ley Federal sobre Metrología y Normalización  
D.O.F. 01-VII-1992, última reforma 18-XII-2015

### CÓDIGOS

Código Fiscal de la Federación  
D.O.F. 14-VIII-1931, última reforma 21-I-2017

Código Penal Federal  
D.O.F. 14-VIII-1931, última reforma 17-XI-2017

### REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
D.O.F. 14-V-1986, última reforma 19-XII-2016




Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud  
D.O.F. 06-I-1987, última reforma 02-IV-2014

Reglamento de Insumos para la Salud.  
D.O.F. 04-II-1998, última reforma 14-III-2014

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios  
D.O.F. 09-VIII-1999, última reforma 12-II-2016

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.  
D.O.F. 18-I-1988, última reforma 28-XII-2004

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 9

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 26-I-1990, última reforma 23-XI-2010

Reglamento de la Ley General de Protección Civil  
D.O.F. 13-V-2014, última reforma 09-XII-2015

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-XI-2012

Reglamento de la Ley Federal de Archivos  
D.O.F. 13-V-14

Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental  
D.O.F. 11-VI-2003

Reglamento de la Ley Federal de Salud en Materia de Protección Social en Salud  
D.O.F. 05-IV-2004, última reforma 17-XII-2014

#### ACUERDOS

Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.  
D.O.F. 20-III-2002

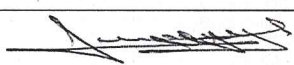
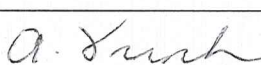
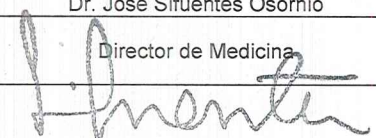
#### NORMAS OFICIALES MEXICANAS




Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios  
D.O.F. 16-VIII-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico.  
D.O.F. 15-X-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.  
D.O.F. 12-IX-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, "para la Prevención Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus.  
D.O.F. 23-XI-2010

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 9

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Médica Pre hospitalaria.

D.O.F. 23-IX-2014

Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, equipo de protección personal-selección, uso y manejo en los centros de trabajo.

D.O.F. 09-XII-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, para la atención Integral a personas con discapacidad.

D.O.F. 14-IX-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

D.O.F. 07-VIII-2012

Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino

D.O.F. 31-V-2007

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

D.O.F. 08-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012

#### PLANES Y PROGRAMAS

Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

D.O.F. 20-V-2013

Programa Sectorial de Salud 2013-2018

D.O.F. 12-XII-2013

#### DOCUMENTOS NORMATIVOS

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Organización Específicos de la Secretaría de Salud.




Fecha de expedición: Septiembre 2013

Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y Documentos Normativos del INCMNSZ.

Julio 2014

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 9

### OTRAS DISPOSICIONES JURIDICAS

Manual para la Acreditación de Establecimientos y Servicios de Atención Médica  
D.O.F. 06-XII-2016

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud  
Septiembre 2013

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición: 03-X-2016

Manual de Organización Específico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición: 03-X-2016

### LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la Clasificación y Desclasificación de la Información de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal  
D.O.F. 18-VII-2003

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para notificar al Instituto Federal de Acceso a la Información Pública los Índices de Expedientes Reservados.  
D.O.F. 09-XII-2003

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la Recepción, Procesamiento y trámite de las solicitudes de Acceso a la Información Gubernamental que Formulen los Particulares, Así como en su Resolución y Notificación de las solicitudes Corrección de Datos Personales que Formulen los Particulares.  
D.O.F. 06-IV-2004

Lineamientos Generales para el Acceso a Información Gubernamental en la Modalidad de Consulta Directa.  
D.O.F. 28-II-2012

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Procedimientos</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 9




### III. PROCEDIMIENTOS PARA:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 35

## 1. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN MÉDICA POR PRECONSULTA A INTERESADOS EN ATENDERSE EN EL INSTITUTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 35

## 1.0 PROPÓSITO

Realizar evaluación médica a personas adultas que soliciten ingresar al Instituto a fin de determinar si su problema de salud corresponde a un tercer nivel de atención y a las Especialidades Médico-Quirúrgicas que se atienden en el Instituto.

## 2.0 ALCANCE

**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a los Departamentos de Trabajo Social y Admisión de Enfermos, Enfermería, Especialidades Médicas y Preconsulta.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a pacientes interesados en atenderse en el Instituto

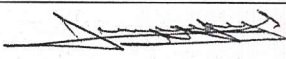
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS




### GENERALES:

1. El horario de atención en el área de preconsulta es de 7:30 a 14:00 hrs. de Lunes a Viernes.
2. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista recibe las solicitudes de atención u hojas de referencia en forma presencial, vía telefónica o por Internet.
3. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista revisa que la solicitud de atención u hoja de referencia médica cumpla con los siguientes criterios de admisión:
  - a. Que el paciente sea mayor de edad.
  - b. Que sea un padecimiento que se atienda dentro del Instituto cuya complejidad corresponda a un tercer nivel de atención.
  - c. Ver Criterios de Admisión (**Anexo 1**)
4. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista al momento de solicitar datos personales al Paciente o Familiar y/o Responsable legal le dará a conocer el aviso de privacidad del servicio.

### DE OTORGAR LA CITA EN PRECONSULTA

5. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista antes de agendar una cita recibe las solicitudes de atención u hoja de referencia generada por el Sector Salud público o privado.
6. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista, tratándose de que la solicitud de atención médica no sea presencial (vía telefónica, fax o por internet), proporciona la fecha y hora de la cita por el mismo medio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 35

7. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o recepcionista es responsable del llenado del formato de citas agendadas (itinerario) (**Formato 2**) y entregarlo al Paciente y/o Familiar.

#### DE LA VALORACIÓN MÉDICA AL PACIENTE EN PRECONSULTA



8. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista revisa que la cita programada cumpla con día y hora especificada en el itinerario.
9. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista envía al Paciente o Familiar a la caja a realizar el pago correspondiente a la cuota fija establecida misma que se realiza en una sola ocasión. El pago tendrá vigencia por un periodo de seis meses para su uso.
10. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista, tratándose de Pacientes a quienes les solicitaron exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete adicionales, solo registra la llegada del mismo.
11. El Médico Especialista realiza una evaluación al Paciente con base en un interrogatorio y a juicio del mismo, podría incluir una exploración física tan minuciosa como crea conveniente.
12. El Médico Especialista solicita, en caso necesario, como complemento, exámenes de laboratorio y/o estudios gabinete.
13. El Médico Especialista extiende, en caso necesario, una receta médica para la prescripción de medicamentos, dieta u otra medida terapéutica que considere apropiada.
14. El Médico Especialista envía a otra institución o servicio médico al paciente que no cumpla con los criterios de admisión establecidos por el Instituto.
15. El Médico Especialista canaliza al paciente aceptado al área correspondiente de acuerdo al nivel de gravedad (Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias, Hospitalización o Consulta Externa).
16. El Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista envía al paciente o familiar con el Trabajador Social Operativo para la realización del estudio socioeconómico temporal.

### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#### 4.1 Otorgar cita en Preconsulta

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	1	Recibe del Paciente o Familiar la solicitud de atención u hoja de referencia médica ( <b>Política 2 y 5</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 35




RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	2	<p>Revisa que el Paciente cumpla con los criterios de <b>admisión (Anexo 1)</b> establecidos por el Instituto para otorgar una cita (<b>Política 3</b>)</p> <p>¿El paciente cumple con los criterios de admisión?</p> <p>No: Orienta al paciente para que acuda a otra institución de salud a solicitar atención médica.</p> <p>Si: Asigna el número de registro temporal (<b>Formato 1</b>) en el sistema informático vigente.</p>
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	3	<p>Programa la cita para valoración clínica, imprime el formato de Citas Agendadas (itinerario) (<b>Formato 2</b>) y le da indicaciones al paciente o familiar.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

#### 4.2 Valorar al paciente en Preconsulta


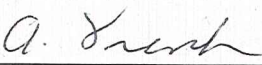
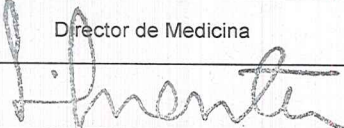
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	1	Recibe del paciente el formato de citas agendadas (itinerario) ( <b>Formato 2</b> ) con la cita programada para valoración en preconsulta ( <b>Política 8</b> ).
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	2	Registra la asistencia del paciente en el sistema informático vigente.
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	3	Envía a realizar el pago correspondiente al Paciente y le informa al Médico Especialista y al Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa de la llegada del paciente. ( <b>Política 9</b> )
Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa	4	Llama y acompaña al paciente al consultorio donde será atendido.
Médico Especialista	5	Valora al Paciente y decide si requiere ser atendido en el Instituto. ( <b>Política 11</b> )
Médico Especialista	6	Realiza la nota de preconsulta ( <b>Formato 3</b> ) en el sistema informático vigente.

#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 35

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médico Especialista	7	<p>Evalúa si el Paciente cumple con los criterios de admisión del Instituto <b>(Anexo 1). (Política 12)</b></p> <p>¿El Paciente cumple con los criterios de admisión?</p> <p>No: Elabora la nota de referencia y contra referencia <b>(Formato 5)</b> para ser atendido por otro servicio de salud. <b>(Política 14)</b></p> <p>Sí: Llena el formato de nota de aceptación <b>(Formato 4)</b> en el sistema informático vigente.</p> <p>¿El Paciente requiere de atención inmediata?</p> <p>No: Envía con el Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista para programar la realización de la historia clínica. <b>(Procedimiento 2)</b></p> <p>Sí: Realiza el llenado de la solicitud de internación <b>(Anexo 2)</b> o canaliza al Paciente al Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias. <b>(Política 15)</b></p>
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	8	Programa la cita para la realización de la historia clínica <b>(Anexo 3)</b> e imprime formato de citas agendadas (itinerario) <b>(Formato 2)</b> .
Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista	9	Entrega al Paciente o Familiar la cita agendada (itinerario), la nota de aceptación <b>(Formato 4)</b> e instructivo <b>(Anexo 4)</b> y lo envía con el Trabajador Social Operativo para realizar un estudio socioeconómico temporal. <b>(Política 16)</b>
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

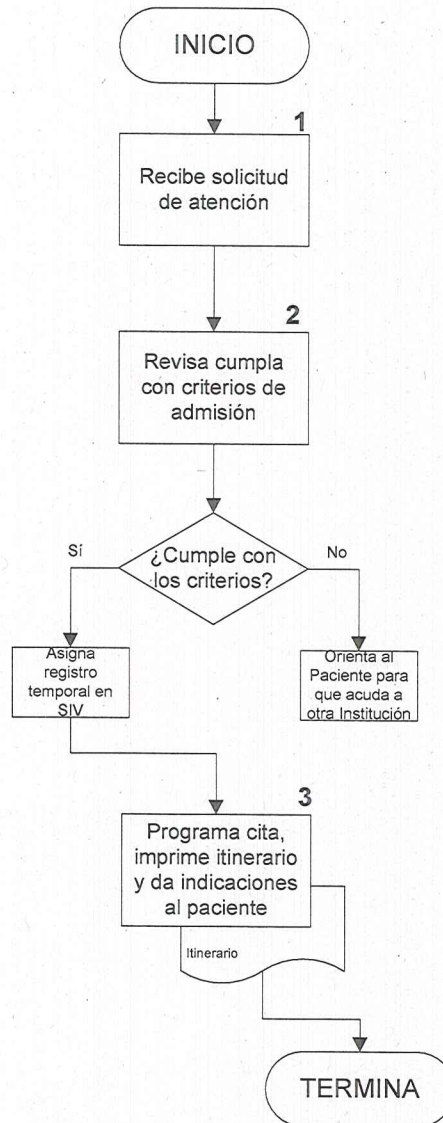
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

5.1 Otorgar Cita en Preconsulta

Coordinador Administrativo de Preconsulta y/o Recepcionista



CONTROL DE EMISIÓN

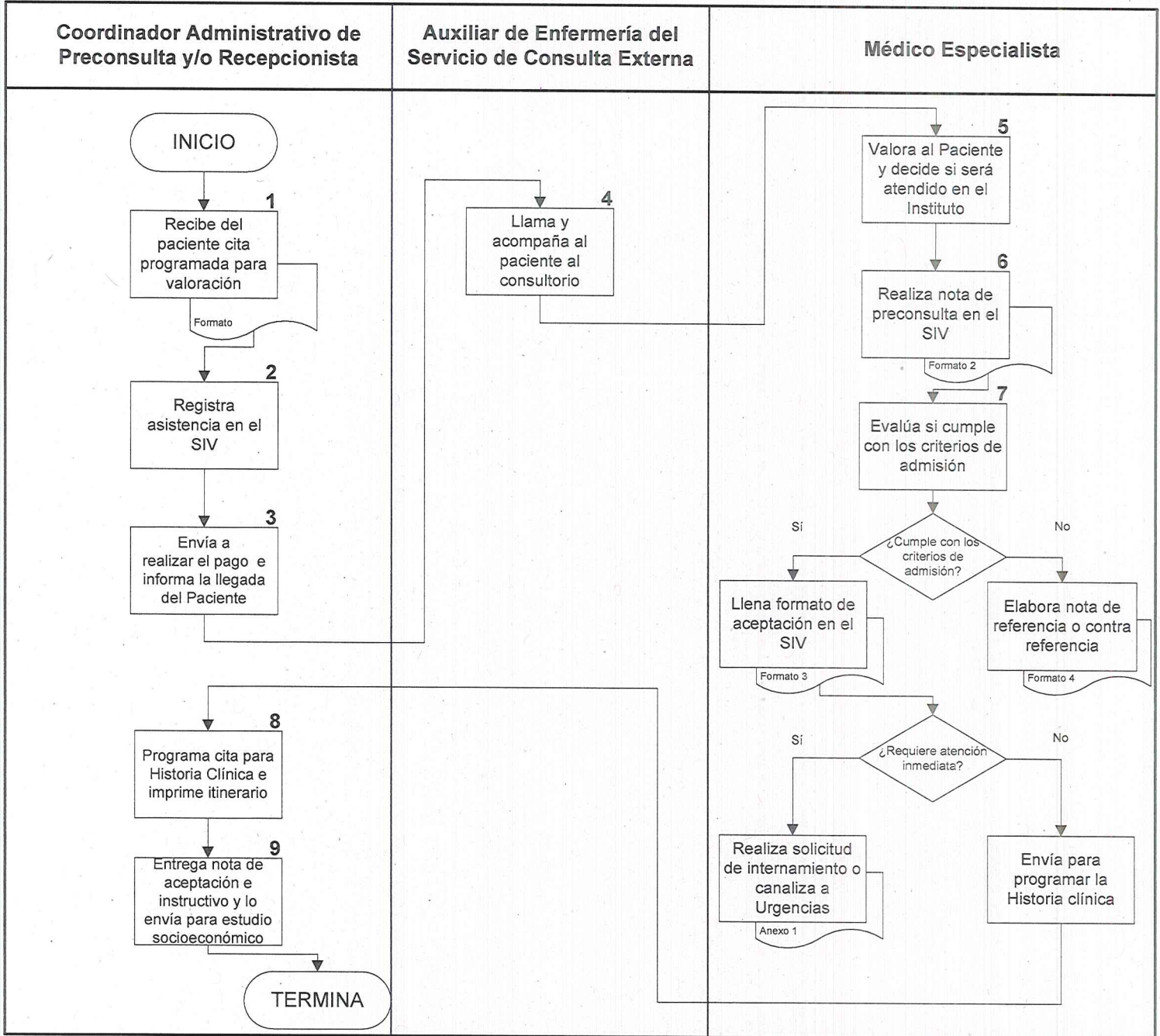
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Jose Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18








5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

5.2 Valorar al Paciente en Preconsulta



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osorio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 35

## 6.0 REGISTRO




Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Registro Temporal	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 2 Citas Agendadas (itinerario)	NO APLICA	Paciente	NO APLICA
Formato 3 Nota de Preconsulta	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 4 Nota de Aceptación	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 5 Nota de Referencia	NO APLICA	Paciente	NO APLICA
Anexo 1 Criterios de Admisión	NO APLICA	Departamento de Consulta Externa	NO APLICA
Anexo 2 Solicitud de Internación	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Anexo 3 Historia Clínica	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Anexo 4 Instructivo para los pacientes que acuden por primera vez a historia clínica en el Departamento de Consulta Externa	NO APLICA	Paciente	NO APLICA

Nota: todos los formatos de atención médica se considerara su tiempo de conservación a partir de la última cita médica del Paciente

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Solicitudes de atención u hojas de referencia:** de Cualquier documento expedido por un médico o Institución de salud pública o privada donde se consigne el motivo que genera la evaluación dentro del Instituto.
- 7.2. Institución Convenio** en Son aquellas con las que el Instituto mantiene una vinculo
- 7.3. Nivel de Gravedad:** Es el estado de salud que establece el personal médico, después de realizar la valoración clínica y que determina el grado de apremio en la atención.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 35

- 7.4. Padecimiento:** En el ámbito de la salud se refiere a la enfermedad o grupo de enfermedades, por lo que es atendida medicamente una persona.
- 7.5. Paciente Ambulatorio:** Persona cuyo padecimiento corresponde a un tercer nivel de atención y fue aceptado para manejo en el Instituto, pero que es atendido sin ser hospitalizado.
- 7.6. Preconsulta:** Es aquella entrevista médica a través de la cual se decide si el padecimiento de un paciente corresponde al tipo y grado de complejidad de las enfermedades que se atienden en el Instituto.
- 7.7. Tercer Nivel de Atención:** Institución de salud donde se atienden problemas medico quirúrgicos de alta complejidad, y que requieren manejos de subespecialidades.
- 7.8. Valoración Clínica:** Consiste en la evaluación del conjunto de síntomas y signos de un paciente que, junto con los datos proporcionados por las pruebas complementarias, ofrece una estimación sobre el diagnóstico de la misma, el estado del enfermo y el tratamiento más adecuado.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN




Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	31-01-18	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: REGISTRO TEMPORAL

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Primer Apellido	El primer apellido del Paciente
2	Nombre	El nombre o nombres del Paciente
3	Sexo	El género del paciente (Hombre o Mujer)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 35

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
4	Procedencia	Lugar de procedencia del Paciente
5	Fecha de nacimiento	La fecha de nacimiento del Paciente
6	Nivel socioeconómico	El nivel que se asigna (provisionalmente)

**Personal**

Datos generales

Primer apellido  Segundo apellido  Nombre   No identificado

Sexo  Estado civil  Procedencia  Servicio médico público  CCINSHAE / Institucion con convenio

EXP  TEMP

Ocupación  Religión  Lengua indígena  Si  No Escolaridad

Centro sanitario de origen   Donante  Seguro popular  Protocolo

Datos de nacimiento

Fecha de nacimiento  CURP  RFC  H. de nacimiento  País  Nacionalidad

Estado  Delegación / Municipio

Datos de complementarios

Observaciones generales

Causa de baja  Fecha de baja  Fecha última actualización  Nivel socioeconómico

Datos familiares

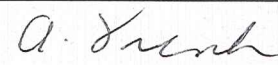
Primer apellido Padre  Segundo apellido Padre  Nombre del Padre  Estado de vida




Primer apellido Madre  Segundo apellido Madre  Nombre de la Madre  Estado de vida

Primer apellido Cónyuge  Segundo apellido Cónyuge  Nombre del Cónyuge  Estado de vida

Solicita privacidad de datos



CANCELADO

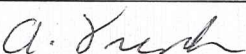
CONTROL DE EMISIÓN			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 35

**FORMATO 9.2: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

No. **CONCEPTO** **SE ANOTARÁ**  
 1 EXP: El número de registro temporal

 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<small>Vaseca de Diároga No. 15          Colonia Belisario Domínguez Sección XVI          Delegación Tlalpan          México, D.F. 14090          Tel.: (52) 54-87-09-00 ext: 5921, 5922, 5923, 5940          www.inammsz.mx</small>	 Fecha de nacimiento: Edad:                      Sexo: EXP: 1 Paciente: Teléfono:			
	<b>CITAS AGENDADAS</b>				
<b>Numero</b>	<b>Fecha Día/Mes/Año</b>	<b>Hora Hr:Min</b>	<b>Agenda</b>	<b>Precio</b>	<b>Ubicación</b>
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita.          Indicaciones:</p> <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg);"> <b>CANCELADO</b> </div>					
<small>Página 1 / 1</small>		<small>Impreso:</small>		<small>25-ene-17</small>	




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 35

**FORMATO 9.3: NOTA DE PRECONSULTA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	TEMP o EXP	El número de expediente temporal asignado o el número de registro asignado
<b>Nota de Preconsulta</b>		
2	Motivo de envío / Diagnósticos	El diagnóstico por el cual el Paciente es enviado al Instituto para su evaluación médica de preconsulta.
3	Padecimiento actual	La evolución de los signos y síntomas que presenta el Paciente desde el inicio de su padecimiento
4	Exploración Física	Los hallazgos clínicos que el Médico encontró durante la exploración física del Paciente
5	Análisis:	La interpretación que hizo el Médico en función de la evolución del Padecimiento y la exploración física.
6	Impresión diagnóstica preliminar	Los diagnósticos presuntivos con base a la entrevista clínica y a la exploración física
7	Notas de preconsulta anteriores	La fecha y hora en caso de que el Paciente cuente con preconsultas anteriores, Motivo de envío, Diagnostico, Diagnostico presuntivo.
8	Motivo de envío / Diagnósticos:	Los motivos de envío y diagnostico en caso de preconsultas anteriores
9	Padecimiento actual	El padecimiento que presento el paciente en el momento de la evaluación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 35

CLINIC

General Terapéutica Solicitudes Herramientas ? Ayuda

Fecha nac: TEMP 1 Nivel  
Edad Sexo EXP




Tabla de procedimientos

Motivo de envío / Diagnóstico *	2
Procedimiento actual *	3
Exploración física	4
Análisis	5
Información registrada previamente *	

CANCELADO

Programa desarrollado en: Computación Médica - Universidad Gabriel Colón  
Licencia número N° 15 AM/09/17/2005

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> <b>01</b>
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> <b>14</b> <b>DE:</b> <b>35</b>

CLINIC

General    Terapéutica    Solicitudes    Herramientas    ? Ayuda

Facta: nro.    TEMP 1    Nivel

Edad    Sexo    Exp

Nota de preconsulta

Nota de Preconsulta

Ingresos diagnóstica pre-consulta: 6

Nivel de preconsulta: 7

Número de exámenes: 8




Padecimiento actual: 9

CANCELADO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
 Clínica consultiva N° 10 AM 09 012 0022

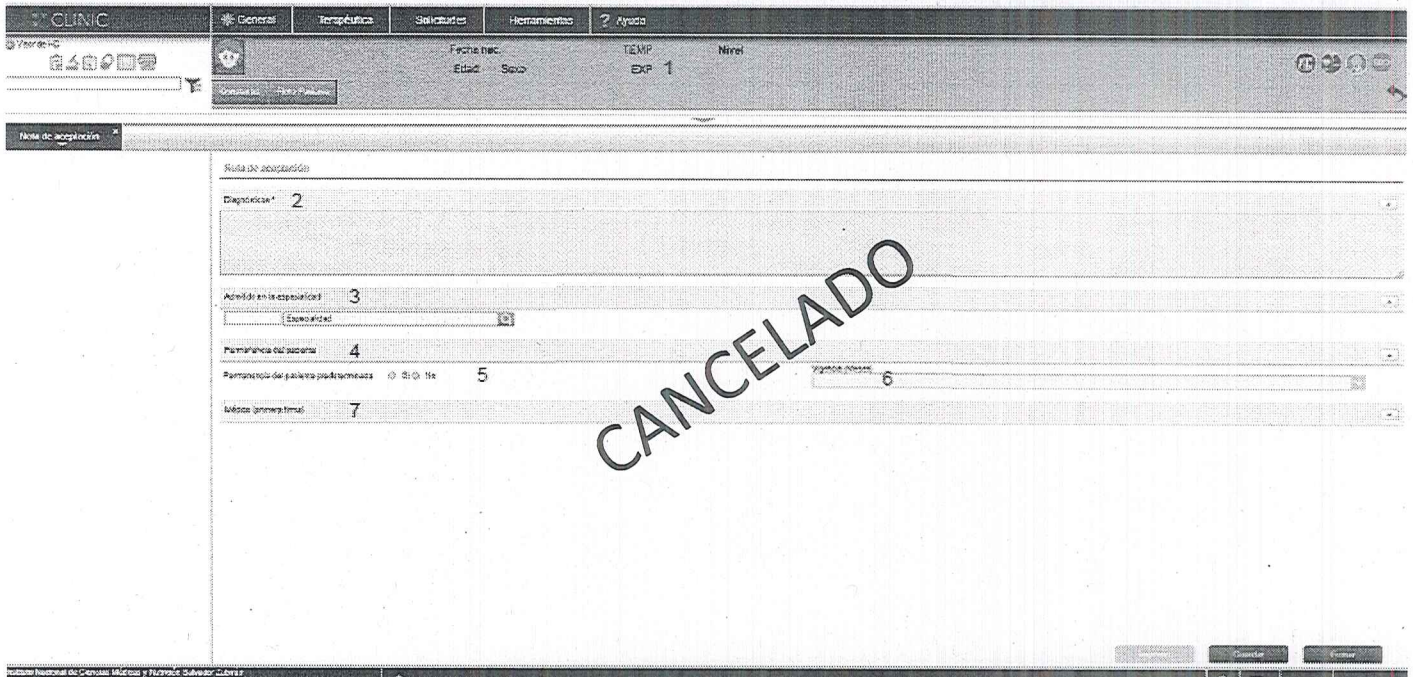
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

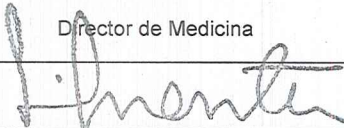





 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 35

**FORMATO 9.4: NOTA DE ACEPTACIÓN**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	EXP:	El número de registro asignado
<b>Nota de aceptación</b>		
2	Diagnósticos	El diagnostico o diagnósticos que ameritaron la aceptación del Paciente para ser atendido en el Instituto
3	Admitido en la especialidad	Elegir la especialidad o especialidades que tendrán el seguimiento del Paciente
4	Permanencia del paciente	Si existe tiempo predeterminado para la atención de los Pacientes
5	Permanencia del paciente predeterminada	Elegir si o no
6	Vigencia (meses):	Los meses que contempla dicha permanencia predeterminada
7	Médico primera firma	El nombre completo del médico, así como su cédula profesional

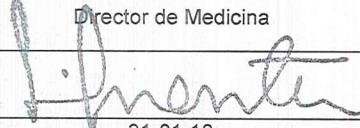





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 35

**FORMATO 9.5: NOTA DE CONTRARRREFERENCIA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	TEMP o EXP	El número de expediente temporal asignado o el número de registro asignado
<b>Nota de contrarreferencia</b>		
<b>Información General</b>		
2	Propuesta de referencia	Elegir la institución a la que se envía al Paciente
3	Otro	Otra institución que no se encuentre considerada en el listado
4	CCINSHAE O institución con convenio	Si hay convenio con dicha institución
5	Procedimiento Actual / Evolución	La evolución de los signos y síntomas que presenta el Paciente desde el inicio de su padecimiento
6	Estudios relevantes a incluir	Los exámenes de laboratorio o estudios de gabinete relevantes que se realizó el paciente
7	Impresión diagnóstica preliminar	Los diagnósticos presuntivos con base a la entrevista clínica y a la exploración física
8	Tratamiento	Las indicaciones que el Médico prescribe al Paciente para el manejo de su padecimiento (medicamento, dosis, vía y frecuencia)
9	Comentarios	Los comentarios adicionales
10	Observaciones	Alguna información especial
11	Firma del Médico	El nombre completo, cedula profesional y firma del Médico que envía
22	Nombre y firma del paciente	El nombre completo del Paciente y su firma

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 35

CLINIC

General Terapéutica Solicitudes Herramientas ? Ayuda

Facte nac: TEMP Ntesl  
Edad: Sexo EXP 1

Lista de especialidad NOB de contraservicio

Rede de consultoreferencia

Información general

Proceder de destino: 2 Otro: 3

CONDICIÓN o condición con comorbido: 4

Resumen clínico

Procedimiento Actual / Evolución: 5

Estudios relevantes a incluir: 6




Impresión diagnóstica preliminar: 7

Tratamiento

CANCELADO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
Externa consultado N° 018 AM 03 012 0005

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> <b>01</b>
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> <b>18</b> <b>DE:</b> <b>35</b>






The screenshot shows a web-based medical application interface. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'General', 'Terapéutica', 'Solicitudes', 'Herramientas', and 'Ayuda'. Below this is a header area with fields for 'Fecha nac.', 'Edad', 'Sexo', 'TEMP', and 'EXP'. The main content area contains several text input fields labeled 'Nota de contraindicaciones', 'Tratamiento', 'Comentarios', 'Observaciones', and 'Año del Médico'. A large, semi-transparent watermark reading 'CANCELADO' is printed diagonally across the center of the form.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 35

### ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 35

**ANEXO 1: CRITERIOS DE ADMISIÓN**

**CRITERIOS DE ADMISIÓN DE PACIENTES AL INCMNSZ**

En el Instituto se atienden pacientes adultos mayores de 18 años con padecimientos de **alta complejidad y difícil manejo** en las siguientes áreas de Medicina Interna y Cirugía:

- ◆ Cirugía de alta especialidad
- ◆ Endocrinología
- ◆ Gastroenterología
- ◆ Genética
- ◆ Hemato-Oncología
- ◆ Infactología
- ◆ Nefrología y Metabolismo Mineral
- ◆ Neurología
- ◆ Reumatología
- ◆ Urología

(Se anexa listado condensado de los principales padecimientos que se atienden en el INCMNSZ)

Se pueden admitir también pacientes para participar en protocolos de investigación específicos.

En el Instituto **NO** se admiten menores de edad ni pacientes con problemas ginecológicos u obstétricos, así como tampoco problemas primarios de Cardiología, Dermatología, Neumología, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Traumatología y Ortopedia, para cuya atención existen otras instituciones de alta especialidad.

  
**DR. JOSÉ SIFUENTES OSORNIO**  
 DIRECTOR DE MEDICINA

  
**DRA. ALICIA FRENK MORA**  
 SUBDIRECTORA DE SERVICIOS PARAMÉDICOS

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01

HOJA: 21

DE: 35



#### INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

En el INCMNSZ se atienden pacientes adultos mayores de 18 años con problemas complejos y selectos de las diversas subespecialidades de Medicina Interna y Cirugía que se practican en el Instituto.

El siguiente es un listado condensado de los principales padecimientos que se tratan en los diferentes Departamento institucionales:

#### ◆ ENDOCRINOLOGÍA

- \* Diabetes tipo I
- \* Diabetes tipo II de difícil control en pacientes con adherencia al tratamiento, con falla a uno o más hipoglucemiantes y con complicaciones crónicas, sin neuropatía avanzada.
- \* Alteraciones funcionales y tumores de glándulas endocrinas (tiroides, hipófisis, paratiroides, suprarrenales, páncreas, ovarios y testículos)
- \* Neoplasias endocrinas múltiples
- \* Dislipidemias familiares
- \* Obesidad mórbida con complicaciones sistémicas
- \* Trastornos de la alimentación con complicaciones sistémicas
- \* Hipertensión arterial secundaria

#### ◆ GASTROENTEROLOGÍA

- \* Enfermedad ácido-péptica grave
- \* Hepatopatías crónicas
- \* Enfermedades pancreáticas
- \* Problemas de absorción intestinal deficiente
- \* Enfermedad inflamatoria intestinal
- \* Tumores malignos del aparato digestivo, hígado, páncreas y vías biliares

#### ◆ GENÉTICA

- \* Enfermedades genéticas en adultos
- \* Trastornos metabólicos en adultos

#### ◆ HEMATO-ONCOLOGÍA

- \* Leucemias agudas y crónicas
- \* Mieloma múltiple
- \* Linfomas
- \* Enfermedades mieloproliferativas

- \* Mielodisplasia y aplasias
- \* Alteraciones de la Hemostasia y Trombosis
- \* Tumores malignos de mediastino, mama, tórax, aparato digestivo, hígado, páncreas
- \* Tumores malignos de tejidos blandos
- \* Trasplante de médula ósea
- \* Anemias hemolíticas

#### ◆ INFECTOLOGÍA

- \* Enfermedades infecciosas crónicas

#### ◆ NEFROLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL

- \* Glomerulopatías primarias y secundarias
- \* Falla renal aguda
- \* Análisis metabólico de urolitiasis
- \* Alteraciones del metabolismo óseo
- \* Terapia substitutiva en pacientes aceptados al programa de trasplante renal
- \* Hipertensión arterial secundaria

#### ◆ NEUROLOGÍA

- \* Enfermedades autoinmunes y desmielinizantes del sistema nervioso
- \* Epilepsia refractaria
- \* Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central
- \* Trastornos neuromusculares, de neurona motora, del movimiento y de la marcha
- \* Enfermedad vascular cerebral en pacientes jóvenes
- \* Neuro-oncología en casos seleccionados

*JSC* *ar*

#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 22

DE: 35

#### REUMATOLOGÍA

- Lupus eritematoso generalizado
- Artritis reumatoide de inicio temprano
- Artropatías por cristales o infecciosas complicadas
- Esclerodermia
- Espondiloartropatías
- Miopatías inflamatorias
- Vasculitis
- Síndrome antifosfolípido primario
- Síndrome de Sjögren primario
- Inmunodeficiencias en adultos

#### UROLOGÍA

- Utiñas de vías urinarias complicadas
- Tumores renales y de vías urinarias
- Tumores malignos y benignos de próstata
- Tumores de testículo y genitales externos
- Neuro-Urología

#### CIRUGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD

- Cirugía general
  - Colelitiasis crónica sintomática
  - Coledocolitiasis
  - Hernias inguinales
  - Hernias ventrales
  - Fístulas entero-cutáneas/entero-atmosféricas
  - Divertículos esofágicos
- Cirugía Colorrectal
  - Resecciones intestinales
  - Cáncer de colon
  - Cáncer de recto
  - Síndromes polipósicos
  - Fístulas colo-cutáneas
  - Fístulas perianales
  - Abscesos perianales
  - Incontinencia anal
  - Debilidad del piso pélvico
  - Condilomatosis anal
  - Enfermedad diverticular externa
- Cirugía Endocrina y laparoscópica avanzada




- Obesidad mórbida en casos seleccionados
- Tumores de glándulas adrenales
- Tumores neuroendócrinos
- Cáncer de tiroides
- Cáncer de paratiroides
- Hiperparatiroidismo primario
- Cirugía Esofago-gástrica
  - Acalasia
  - ERGE
  - Hernias hiatales
- Cirugía Hepato-pancreato-biliar
  - Cáncer de páncreas
  - Cáncer de vesícula
  - Lesiones quísticas de páncreas
  - Pancreatitis crónica
  - Tumores duodenales
  - Ampulomas
  - Colangiocarcinoma
  - Hepatocarcinoma
  - Lesiones benignas de la vía biliar
  - Hemangiomas hepáticos
  - Quistes de colédoco
  - Hipertensión portal
- Cirugía Oncológica
  - Sertomas
  - Cáncer de mama
  - GIST (Tumores del estroma gastrointestinal)
  - Cáncer de ovario
  - Cáncer de endometrio
  - Melanoma
  - Reconexiones esofágicas
  - Cáncer gástrico
- Cirugía Torácica
  - Cáncer de pulmón candidato a tratamiento quirúrgico
  - Tumores de mediastino
  - Estenosis traqueales
- Cirugía de Trasplantes (renal, hepático y de tejidos compuestos)
- Cirugía Vasculuar
  - Aneurismas aórticos
  - Enfermedad carotídea
  - Enfermedad arterial periférica
  - Trombosis venosa profunda

*SO* *ar.*


#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 35

**ANEXO 2: SOLICITUD DE INTERNACIÓN**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN**

SOLICITUD DE INTERNACION

Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_

Grado de apremio Urgente Electivo Programado

**SECTOR SOLICITADO (Marcar uno exclusivamente)**

MEDICINA INTERNA SUITE    ENDOCRINOLOGÍA AISLADO COLECTIVO    GERIATRIA AISLADO PRIVADO    HEMATOLOGÍA ESTANCIA CORTA    REUMATOLOGIA U. METABÓLICA    PRIVADO TRASLADO

---

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_

**PROCEDENCIA DEL PACIENTE (Marcar uno exclusivamente)**

Urg Hospital (cama \_\_\_\_\_)    Urg Camilla (camilla \_\_\_\_\_)    Urg Anexo (anexo \_\_\_\_\_)    Urg Consultorio (consultorio \_\_\_\_\_)  
 Unidad Terapia Intensiva (cama \_\_\_\_\_)    Unidad Terapia Monitorizada (cama \_\_\_\_\_)    Estancia Corta (cama \_\_\_\_\_)  
 Unidad Metabólica (cama \_\_\_\_\_)    Consulta Externa/Preconsulta Sector ( \_\_\_\_\_ )    Otro Hospital Directo

---

**DIAGNÓSTICO(S) QUE MOTIVA(N) ESTA HOSPITALIZACIÓN** \_\_\_\_\_

**INDICAR LAS METAS CONCRETAS QUE SE PRETENDEN CUMPLIR CON LA INTERNACIÓN (Marcar uno exclusivamente)**

Diagnóstico y tratamiento pertinente    Realización de procedimiento no quirúrgico (especificar) \_\_\_\_\_  
 Tratamiento quirúrgico    Quimioterapia    Tratamiento médico    Otro (especificar) \_\_\_\_\_

¿Se requiere de la participación obligada de algún especialista? NO SI ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Se requiere algún examen de laboratorio o estudio de gabinete? NO SI ¿Cuál? \_\_\_\_\_

---

**DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL A QUIEN SE NOTIFICARÁ LA RESOLUCIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Horas de traslado \_\_\_\_\_ Avisar con \_\_\_\_\_ días de anticipación

---

**ESTANCIA CORTA**

Fecha programada de la internación \_\_\_\_\_ Días programados \_\_\_\_\_ Grado de cirugía programada \_\_\_\_\_

---

**DATOS DEL SOLICITANTE (Únicamente médicos especialistas o residentes de especialidad)**

Médico solicitante \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Tel. o ext. \_\_\_\_\_

---

**AUTORIZACIÓN DE LA SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS**

Cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ Traslado de cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ a cama \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_  
 Trabajadora social \_\_\_\_\_ Clasificación socio-económica \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
 Conserva clasificación SI NO    Fecha de Internación \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

INCLUIR  
CARBONCOPIA

SOPORTAR EN  
CONVENCIONES

COTA




---

**DESENLAJE DE LA SOLICITUD (Solo por la Oficina de Admisión)**


Se hospitaliza    Se cancela

**Causa de la cancelación:** Paciente desistió    Problema solucionado    Problemas económicos    El paciente no se presentó  
 El paciente se presentó solo    Deceso    Internación en el hospital    Internación en otro hospital    Duplicación de la solicitud

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b> <b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>REV:</b> 01 <b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 35

### ANEXO 3: HISTORIA CLÍNICA



The screenshot shows a web-based medical history form. At the top, there is a navigation bar with tabs for 'General', 'Terapéutica', 'Solicitudes', 'Historial', and 'Ayuda'. Below this, there are input fields for 'Fecha nac.', 'Edad', 'Sexo', 'TEMP', 'EXP', and 'Nivel'. The main content area is titled 'Historia Clínica' and includes sections for 'Historia Clínica', 'Antecedentes', 'Antecedentes familiares', 'Observaciones', and 'Antecedentes Personales No Patológicos'. A large, semi-transparent watermark reading 'CANCELADO' is placed diagonally across the center of the form. At the bottom, there is a status bar with the text 'Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán' and 'Comité Asesor de Asesoría Médica'.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 35

CLINIC

General Terapéutica Solicitudes Herramientas ? Ayuda

Fecha nac. TEMP Nivel  
Edad Sexo EXP

Historia Clínica

Historia clínica de

CLASE:

Historia Clínica

Habitat

Tipo de vivienda:

Número de personas que habitan en la misma vivienda:

Motivos:

Estado actual general:

Higiene:

Alimentación:

Medicamentos:




Alergias:

**CANCELADO**

Fin Procedimiento Fecha Observaciones

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 35

CLINIC

General Terapias físicas Selfchudes Herramientas Ayuda

Fecha nac: Edad Sexo TEMP: EXP Nivel

Historia Clínica

Historia clínica C#

Historia

Tobacos

Consumo	Inicio	Fin	Frecuencia	Alta consumo
---------	--------	-----	------------	--------------

Alcohol




Consumo	Inicio	Fin	Frecuencia	Alta consumo
---------	--------	-----	------------	--------------

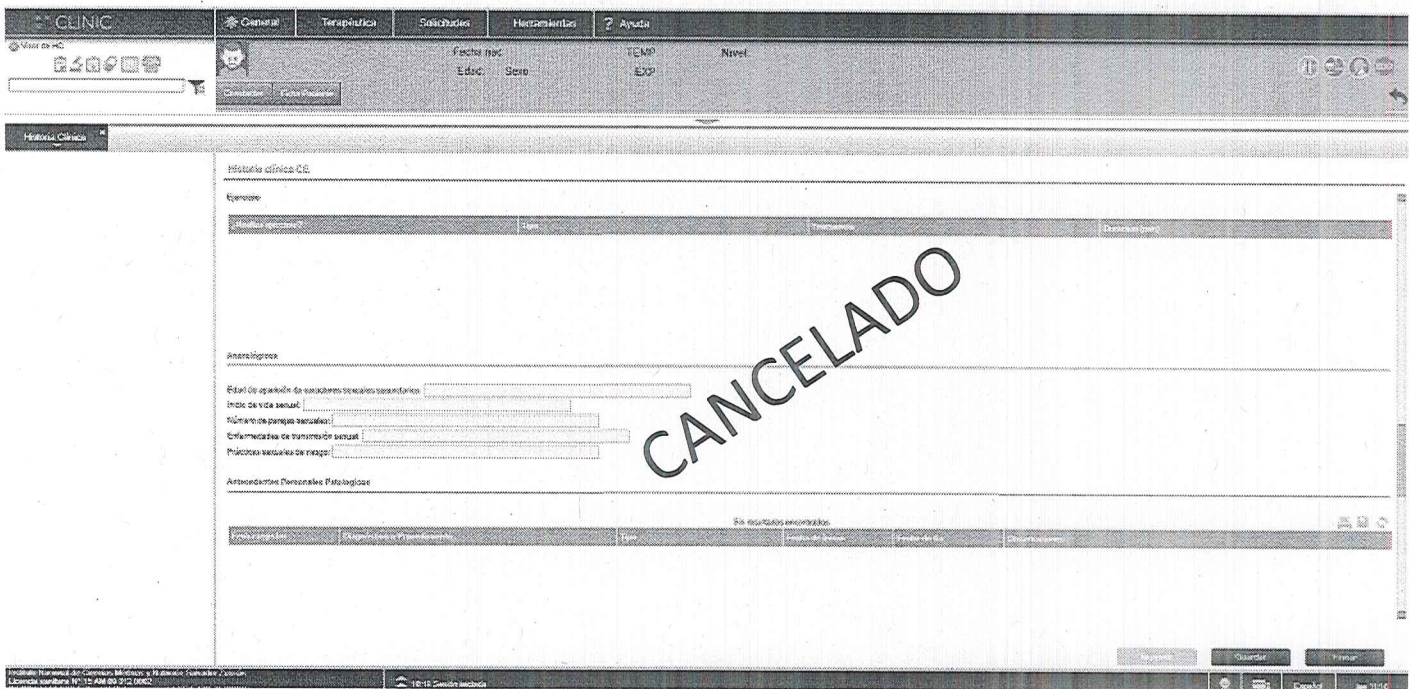
Otros hábitos

Consumo	Inicio	Fin	Hábitos
---------	--------	-----	---------




CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

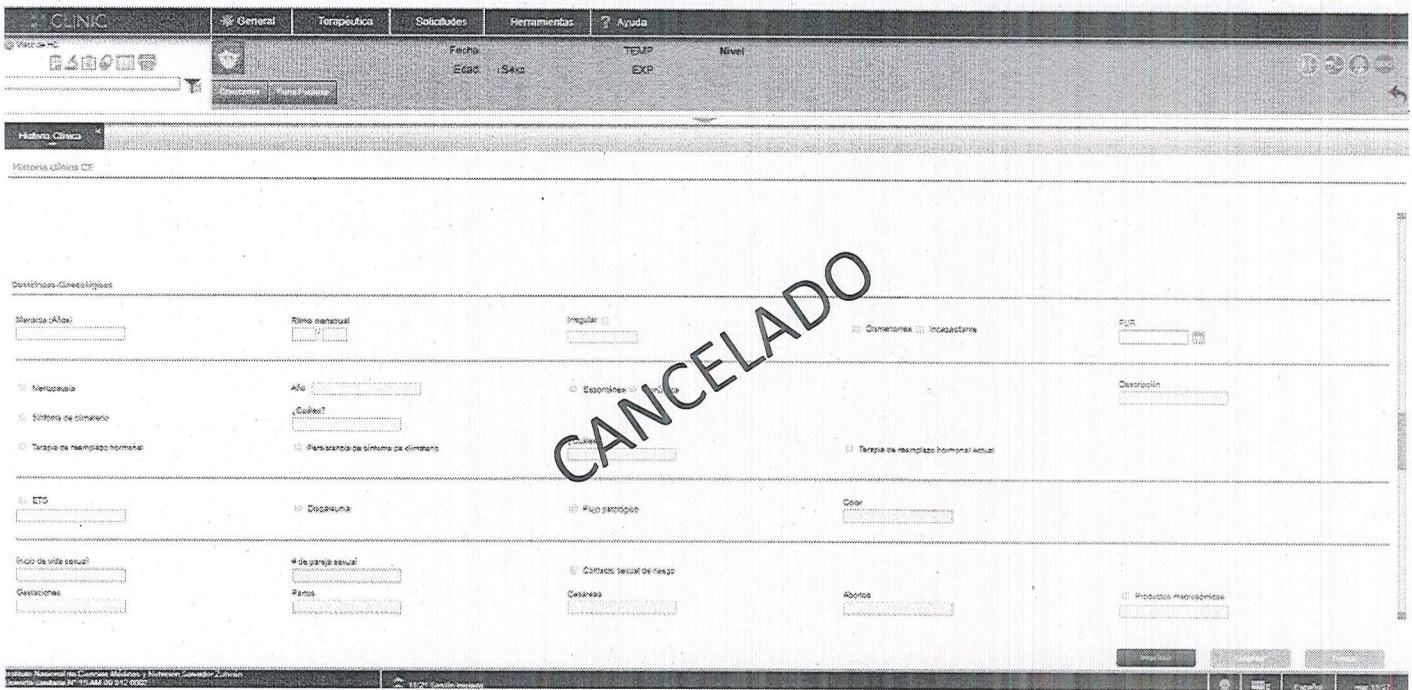
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 35




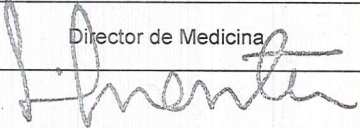
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 35

\*\* En caso de que se trate de una Paciente (sexo femenino) la pantalla que se despliega es la siguiente:



The screenshot shows a web-based medical history form. The interface includes a navigation menu at the top with options like 'General', 'Terapéutica', 'Solicitudes', 'Herramientas', and 'Ayuda'. Below the menu, there are input fields for 'Fecha', 'Edad', 'Sexo', 'TEMP', and 'Nivel'. The main form area contains several sections with checkboxes and text boxes, including 'Menstruación', 'Síntoma de climatario', 'Terapia de reemplazo hormonal', 'ETS', 'Dispareunia', 'Piso pélvico', 'Color', 'Inicio de vida sexual', 'Uso de pareja sexual', 'Contacto sexual de riesgo', 'Cesárea', 'Albora', and 'Productos médicos'. A large, diagonal watermark reading 'CANCELADO' is superimposed over the center of the form.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 29

DE: 35

CLINIC

General Terapéutica Soluciones Herramientas Ayuda

Fecha nac: TEMPT Nivel  
Edad Sexo EXP

Historia Clínica

Historia clínica CE

HPI

Diagnóstico / Referencia(s) Tratamiento(s) Evolución(s)

Resumen del episodio y padecimiento actual \*

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Cardíaca		Médula espinal	
Neurológica		Neurólogo	
Endocrínicas		Órganos de los sentidos	
Gastroenterología		Psiquiatría	
Genitourinario		Neumología	
Reumatológica		Sistemas generales	
Inmunológica			

Cancelar Guardar Imprimir

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
Licencia número: RC-13, AN 04 310-1000

CANCELADO

#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 30

DE: 35

CUNIC

General Terapéutica Solicitudes Herramientas Ayuda

Fecha nac: TEMP Nivel  
Edad Sexo EXP

Historia clínica C.I.

Entrenamiento de laboratorio: presen a la valoración \*

Situación en gestiones previas a la valoración \*

Exámenes de referencia

Historia anterior

Plat

Cabera:

**CANCELADO**




Historia Clínica

09/01/2018 09:01:00 AM

#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 31
			<b>DE:</b> 35

CLINIC

General    Temperatura    Solicitudes    Herramientas    ? Ayuda

Fecha nac:    TEMP    Nivel  
Edad    Sexo    EXP

Historia Clínica

Historia clínica CE

Cuerpo

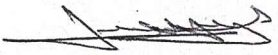
Tórax




Abdomen

Extremidades superiores

Extremidades inferiores

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 32 <b>DE:</b> 35

CLINIC

General Terapéutica Solicitudes Herramientas ? Ayuda

Fecha nac: Edad Sexo TEMP: EXP Nivel

Historia Clínica

Historia clínica OC

Duplicados neurólogos

Exámenes asistidos

Funciones relacionadas a salud

Comentarios




Impresión Diagnóstica \*

Procesos \*

CANCELADO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
Código de barras: N° 11 AM 89 012 000

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 33 <b>DE:</b> 35

CLINIC

General Terapéutica Salidas Herramientas ? Ayuda

Fecha nac: TEMP Nivel  
Edad Sexo EXP

Historia Clínica

Historia clínica OE

Comentarios




Impresión Diagnóstica \*

Plan de Tratamiento \*


CANCELADO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
Loma de Guadalupe, No. 250, San Salvador, El Salvador

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 34 <b>DE:</b> 35

**ANEXO 4: INSTRUCTIVO PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A HISTORIA CLÍNICA EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**


**INSTRUCTIVO PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A HISTORIA CLÍNICA EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

La Historia Clínica es un estudio médico inicial fundamental. A través de ella se pueden identificar cuáles son los problemas principales, cuáles pueden ser sus explicaciones y establecer un Plan de diagnóstico y tratamiento.

Dada su importancia, hemos elaborado el presente instructivo.

**INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

1. La Historia Clínica se llevará a cabo en el edificio de la Unidad del Paciente Ambulatorio (UPA). El acceso es por la puerta 2 del Instituto.
2. No se presente en ayunas. En la mayor parte de los pacientes, los estudios de laboratorio se programan para una fecha posterior. Sólo si se considera indispensable, se le tomará alguna muestra de sangre ese mismo día.
3. Si toma Usted medicamentos, puede tomar las dosis que tiene prescritas.
4. Para facilitar la identificación del problema principal, le pide decirle claramente al médico los siguientes datos:
  - a. Molestia principal que le hizo venir al Instituto.
  - b. Cuánto tiempo tiene de que comenzó esta molestia.
  - c. Qué molestias se han venido aumentando con el tiempo.
  - d. Qué exámenes le han hecho y cuál ha sido el resultado. Si los tiene, TRÁIGALOS.
  - e. Qué tratamientos le han dado y cuál ha sido el resultado. TRAI GA LAS RECETAS O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA.
5. Además, se le harán varias preguntas de carácter personal, pudiendo Usted ayudar mucho si ya tiene las respuestas listas o si ya ha pensado en estos asuntos:
  - a. Enfermedades de sus padres, hermanos, abuelos.
  - b. Costumbres de Usted (fumar, beber, otras).
  - c. Estado de su vivienda.
  - d. Características de su alimentación.
  - e. Enfermedades importantes que ha padecido.
  - f. Operaciones que le han hecho.
  - g. Alergias conocidas en Usted.
  - h. Para mujeres: datos de su regla (menstruación) y embarazos.
6. Como parte del estudio, se realizará una exploración física completa, incluyendo una exploración rectal y vaginal, por lo que se pedirá que se cambie completamente de ropa por un camisol y bata que se le darán en el Instituto.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Interesados en Atenderse en el Instituto



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01

HOJA: 35

DE: 35

7. Es necesario que las uñas de manos y pies se encuentren despintadas. No traiga joyas u otros objetos de valor.
8. Durante la realización de la exploración física, puede estar presente su acompañante si así lo prefiere.
9. La Historia Clínica, la evaluación económica y ciertos lapsos de espera pueden tomar de 5 a 6 horas. Hágaselo saber a su acompañante. Así mismo, en previsión de retrasos o que se identifique la necesidad de procedimientos adicionales, es recomendable que el día de su Historia Clínica no programe ningún otro compromiso y que avise en su sitio de trabajo que no podrá laborar ese día.
10. Al concluir el estudio médico deberá pasar al control de recepcionistas, donde se le darán las indicaciones para las citas próximas que deberá cumplir al laboratorio, Rayos X y nuevas consultas.
11. De la manera más atenta, solicitamos a Usted que sea puntual. Su cita será cancelada y programada para otro día, si no se presenta en el control a la hora anotada.

ASEGÚRESE DE ENTENDER TODAS LAS INSTRUCCIONES QUE SE LE DAN. SI NO ES ASÍ, HÁGASELO SABER A LA RECEPCIONISTA PARA QUE LE PROPORCIONE UNA MEJOR EXPLICACIÓN.

El día de su cita a Historia Clínica deberá presentarse con los documentos solicitados en su primera entrevista con Trabajo Social.




ES FUNDAMENTAL QUE LOS DATOS DE LOCALIZACIÓN QUE PROPORCIONE SEAN CORRECTOS, YA QUE EN OCASIONES REQUERIMOS COMUNICARNOS CON USTEED POR DIVERSAS RAZONES (CAMBIOS DE CITAS, MODIFICACIONES DE TRATAMIENTOS, RESULTADOS INESPERADOS DE SUS ESTUDIOS, ETC.). ES NECESARIO QUE EN CASO DE MODIFICACIÓN FUTURA DE ALGUNO DE SUS DATOS DE LOCALIZACIÓN, LOS INFORME DE INMEDIATO AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.

En caso de problemas o dudas, favor de comunicarse al teléfono 5487-0900 con:

1. Trabajadora Social del Departamento de Consulta Externa, exts. 5226, 5227, 5228, 5235.
2. Coordinadora Administrativa de la Preconsulta, exts. 2930 y 1121.
3. Coordinadora Administrativa del Departamento de Consulta Externa, exts. 5431 y 5448.
4. Secretaría de la Subdirección de Servicios Paramédicos, exts. 5436 y 5437.




#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 55

## 2. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR HISTORIAS CLÍNICAS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 55

## 1.0 PROPÓSITO

Elaborar la historia clínica que contengan la información necesaria para establecer diagnósticos que permitan otorgar una atención medica integral.

## 2.0 ALCANCE

**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a los Departamentos de Consulta Externa, Estadística y Archivo Clínico, Trabajo Social y Admisión de Enfermos y Especialidades Médicas.




**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Paciente y Responsable Legal.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. El personal del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos es el responsable de realizar el estudio socioeconómico completo y asignar el nivel socioeconómico a los Pacientes (refiérase al Manual de Procedimientos del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos) y al momento de solicitar datos personales al Paciente o Familiar y/o Responsable Legal le dará a conocer el aviso de privacidad del servicio.
2. El Médico Especialista es responsable de supervisar las actividades académicas y de destreza de los Médicos Residentes.
3. El Médico Residente es responsable de realizar las historias clínicas a los pacientes de lunes a viernes en el horario correspondiente.
4. El Médico Residente es responsable de elaborar la historia clínica con base en un interrogatorio y una exploración física minuciosa.
5. El Médico Residente es responsable de ingresar los datos de la historia clínica en el sistema informático vigente, así como de elaborar las solicitudes de exámenes de laboratorio (**Formato 3**) y/o estudios de gabinete necesarios:
  - a. Solicitud de Estudios de Radiología (Formato 4)
  - b. Ecocardiograma (**Formato 5**)
  - c. Prueba de esfuerzo (**Formato 6**)
  - d. Holter (**Formato 7**)
  - e. Electrocardiograma (**Formato 8**)
  - f. Solicitud de estudio de Polisomnografía y/o Consulta de Trastornos del Dormir (**Formato 9**)
  - g. Solicitud de Examen Anatómico-Patológico (**Formato 10**)
  - h. Solicitud para Citología Cervicovaginal (Papanicolaou) (**Formato 11**)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 55

- i. Banco de Sangre (**Formato 12**)
- j. Laboratorio de Medicina Nuclear (**Formato 13**)
- k. Laboratorio de Neurofisiología Clínica (**Formato 14**)
- l. Solicitud de Estudio Endoscópico (**Formato 15**)
- m. Servicio de Neumología, Solicitud de Estudios (**Formato 16**)




6. El Médico Especialista y Médico Residente, tratándose de Pacientes a quienes se les realiza la historia clínica en la especialidad de medicina interna, evalúan una semana después al mismo en la consulta de revisión, con los resultados de los estudios solicitados durante la historia clínica y deciden el seguimiento.
7. El Médico Especialista y Médico Residente, tratándose de Pacientes a quienes se les realiza la historia clínica por otras especialidades, evalúan al mismo, en la primera consulta subsecuente de la especialidad correspondiente, con los resultados de los estudios solicitados durante la historia clínica y deciden el seguimiento.
8. La Recepcionista es la encargada de orientar al paciente sobre la programación de los estudios de gabinete.
9. El Supervisor Administrativo de Piso es el responsable de entregar la documentación de la Historia Clínica al Departamento de Estadística y Archivo Clínico para su integración en el Expediente Clínico.
10. La Recepcionista, una vez, que ha concluido la realización de la historia clínica envía al Paciente y/o Responsable Legal a realizar el pago correspondiente.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa	1	Recibe al Paciente para su historia clínica
Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa	2	Verifica en el sistema si al Paciente ya se le asignó el nivel socioeconómico.  ¿Ya cuenta con el nivel socioeconómico?  No: Indica al Paciente que debe iniciar el estudio socioeconómico.  Sí: Llama al paciente al consultorio para iniciar con la historia clínica. ( <b>Formato 1</b> )
Médico Residente	3	Realiza la historia clínica ( <b>Política 2, 3 y 4</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



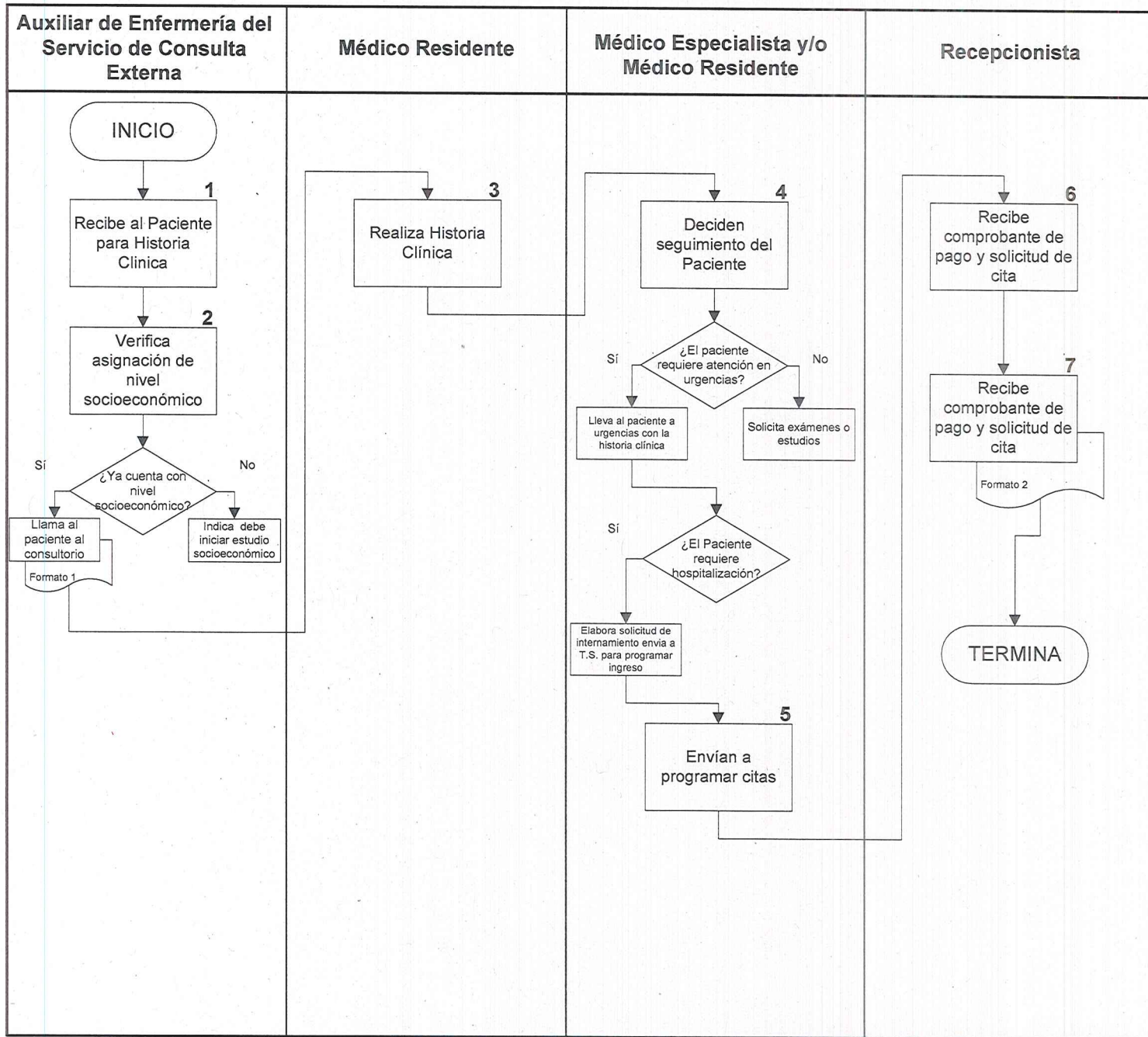
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 55

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médico Especialista y Médico Residente	4	<p>Deciden de acuerdo a la situación de salud del paciente si el seguimiento es a través de consulta externa, urgencias u hospitalización.</p> <p>¿El paciente requiere atención en urgencias?</p> <p>No: Solicita exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete para su seguimiento en Consulta Externa. <b>(Política 4, 5 y 6) (Continúa con el proceso)</b></p> <p>Si: Lleva al Paciente y Responsable Legal al Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias de Urgencias con la historia clínica elaborada.</p> <p>¿El Paciente requiere hospitalización?</p> <p>Si: Elabora la solicitud de internación y envía al Paciente al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos para programar su ingreso.</p>
Médico Especialista y Médico Residente	5	Envían al Paciente a programar las citas correspondientes.
Recepcionista	6	Recibe del Paciente y/o Responsable legal el comprobante de pago y las solicitudes de citas a consulta (s) subsecuente (s) y estudios. <b>(Política 7 y 10)</b>
Recepcionista	7	Programa las citas y entrega al Paciente y/o Responsable Legal el itinerario. <b>(Formato 2) (Política 7).</b>
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 55

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Historia Clínica	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Formato 2 Citas Agendadas (itinerario)	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Formato 3 Solicitud de exámenes de laboratorio	6 años	Departamento de Laboratorio Central	4S.6
Formato 4 Solicitud General (Radiología e Imagen)	6 años	Departamento de Radiología e Imagen	4S.6
Formato 5 Ecocardiograma	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Formato 6 Prueba de esfuerzo	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Formato 7 Holter	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Formato 8 Electrocardiograma	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Formato 9 Solicitud de estudio de Polisomnografía y/o Consulta de Trastornos del Dormir	6 años	Clínica del Sueño	4S.6
Formato 10 Solicitud de Examen Anatómico-Patológico	6 años	Departamento de Patología	4S.6
Formato 11 Solicitud para Citología Cervicovaginal (Papanicolaou)	6 años	Departamento de Patología	4S.6
Formato 12 Banco de Sangre	6 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Formato 13 Laboratorio de Medicina Nuclear	6 años	Departamento de Medicina Nuclear	4S.6
Formato 14 Laboratorio de Neurofisiología Clínica	6 años	Servicio de Laboratorio de Neurofisiología Clínica	4S.6
Formato 15 Solicitud de Estudio Endoscópico	6 años	Departamento de Endoscopia	4S.6
Formato 16 Servicio de Neumología, solicitud de estudios	6 años	Servicio de Neumología	4S.6

Nota: todos los formatos de atención médica se considerara su tiempo de conservación a partir de la última cita médica del Paciente

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 55

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. COMBE:** Antecedente de haber convivido o no con personas con tuberculosis.
- 7.2. Estudio de Gabinete:** Estudios que no están relacionados con el análisis de muestras biológicas del cuerpo de los pacientes, sino con imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento ciertos órganos o sistemas a través de estas.
- 7.3. Estudio Socioeconómico:** Es un documento que nos permite conocer el entorno económico y social de una persona en particular. Se trata de una investigación con la intención de conocer aspectos, tales como su situación económica actual, su forma de vida, su entorno familiar y social.
- 7.4. Exploración Física Minuciosa:** Revisión médica completa de todo el cuerpo (de la cabeza hasta los pies) con objetivos diagnósticos.
- 7.5. Historia Clínica:** La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente, donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico y legal, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.
- 7.6. Itinerario de citas:** Hoja proporcionada al paciente en donde se encuentran registradas las citas programadas.

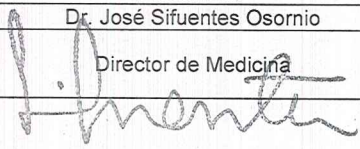
## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN




Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	31-01-18	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: HISTORIA CLÍNICA




No. **CONCEPTO** **SE ANOTARÁ**  
 1 EXP El número de registro asignado

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 55




No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
2	Fecha y hora	El sistema lo asigna automáticamente
	<b>Antecedentes</b>	
3	Antecedentes familiares	Los antecedentes de salud familiares de importancia para el padecimiento actual del Paciente
4	Observaciones	Las observaciones sobre los antecedentes familiares de importancia
	<b>Antecedes Personales No Patológicos</b>	
5	Grupo Sanguíneo/RH:	El tipo de sangre que tiene el paciente
6	Implantes, tatuajes o perforaciones	En su caso, la fecha y el tipo de Implante tatuaje o perforación que tenga el Paciente.
7	COMBE	La especificación del COMBE
	<b>Historia Clínica</b>	
	Hábitat	Las condiciones y lugar de vida del Paciente
8	Tipo de vivienda	El tipo de vivienda
9	Número de personas que habitan en la misma vivienda	El número de personas que habitan en la misma vivienda
10	Mascotas	Si convive o no con mascotas
	Datos adicionales	Si existe algún dato adicional
11	Higiene	La higiene que tiene el Paciente
12	Alimentación	El tipo de alimentación que tiene el Paciente
13	Viajes recientes	Si ha viajado recientemente el Paciente
14	Alergias	En su caso el tipo, Producto, Fecha y algunas observaciones adicionales de las mismas.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 55




No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
	<b>Hábitos</b>	
15	Tabaco	En su caso si consume, Inicio del consumo, Fin del consumo, Cigarrillos al día, años sin consumir.
16	Alcohol	En su caso si consume, Inicio del consumo, Fin del consumo, ml al día, años sin consumir.
17	Otros hábitos	En su caso si consume alguna otra substancia, inicio de consumo, fin del consumo, hábitos de consumo.
18	Ejercicio	En su caso si realiza ejercicio, tipo de ejercicio, frecuencia, Duración en minutos
19	<b>Obstétricos Ginecológicos</b>	Este rubro se llenará solo en caso de que el Paciente sea del género femenino.
20	Menarca (Años)	La edad en la que apareció la primera menstruación
21	Ritmo menstrual	La duración del periodo menstrual
22	Irregular	Si es irregular su periodo menstrual
23	Dismenorrea incapacitante	Elegir si durante su periodo menstrual se encuentra con dismenorrea o incapacitante
24	FUR	La fecha de su último periodo menstrual
25	Menopausia	El año en que se presentó, si es espontanea o quirúrgica y la descripción
26	Presencia de síntoma de climaterio	Los síntomas del climaterio
27	Terapia de reemplazo hormonal	Si persisten los síntomas del climaterio, cuáles son esos síntomas y si tiene una terapia de reemplazo hormonal actual.
28	ETS	Si tiene enfermedades de transmisión sexual
29	Dispareunia	Elegir en caso de que lo tenga
30	Flujo patológico	Elegir en caso de flujo patológico
31	Color	Color del flujo

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 55

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
32	Inicio de vida sexual	La fecha del inicio de vida sexual
33	Gestaciones	Si ha tenido gestaciones
34	Contacto sexual de riesgo	Señalar si existe contacto sexual de riesgo
35	Gestaciones	El número de gestaciones que ha tenido
36	Partos	El número de partos que ha tenido
37	Cesáreas	El número de cesáreas que ha tenido
38	Abortos	El número de abortos que ha tenido
39	Productos macrosómicos	El número de productos macrosómicos
	<b>Andrológicos</b>	Este rubro se llenará solo en caso de que el Paciente sea del género masculino
40	Edad de aparición de caracteres sexuales secundarios	La edad en que aparecen los caracteres sexuales secundarios
41	Inicio de vida sexual	La edad en que inicio su vida sexual
42	Número de parejas sexuales	El número de parejas sexuales que ha tenido
43	Enfermedades de transmisión sexual	El nombre de las enfermedades de transmisión sexual
44	Prácticas sexuales de riesgo	Si ha tenido prácticas sexuales de riesgo
45	Antecedentes personales patológicos	En su caso la fecha, registro Diagnóstico o procedimiento, tipo, Fecha de inicio, fecha de fin y las observaciones de las enfermedades, cirugías, traumatismos y/o transfusiones que el Paciente haya tenido.
46	HFT	La Historia Farmacológica Terapéutica Terapia / Medicamento, fecha de inicio, fecha de fin y observaciones.
47	Resumen del expediente y padecimiento actual	Los antecedentes consignados en el expediente del Paciente y/o los datos clínicos actuales del padecimiento por el que consulta.
	<b>Interrogatorio por aparatos y sistemas</b>	




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 55

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
48	Cardiovascular	En su caso los datos cardiovasculares actuales del Paciente
49	Dermatológico	En su caso los datos dermatológicos actuales del Paciente
50	Endocrinológico	En su caso los datos endocrinológicos actuales del Paciente
51	Gastroenterológico	En su caso los datos gastroenterológicos actuales del Paciente
52	Genitourinario	En su caso los datos genitourinarios actuales del Paciente
53	Hemolinfático	En su caso los datos hemolinfáticos actuales del Paciente
54	Inmunológico	En su caso los datos inmunológicos actuales del Paciente
55	Musculo esquelético	En su caso los datos musculo esqueléticos actuales del Paciente
56	Neurológico	En su caso los datos neurológicos actuales del Paciente
57	Órganos de los sentidos	En su caso los datos de los órganos de los sentidos actuales del Paciente
58	Psicológico	En su caso los datos cardiovasculares actuales del Paciente
59	Pulmonar	En su caso los datos cardiovasculares actuales del Paciente
60	Síntomas generales	En su caso síntomas generales que no sean consignados en los rubros previos
61	Exámenes de laboratorios previos a la internación:	En su caso los resultados de exámenes que el Paciente se haya practicado previo a su internamiento o ingreso
62	Estudios de Gabinete previos a la internación	En su caso los resultados de estudios que el Paciente se haya practicado previo a su internamiento o ingreso
<b>Exploración Física</b>		
63	Hábitos exterior	Las características generales de la apariencia del Paciente
64	Piel	En su caso alteraciones que el Paciente presente en la piel al momento de la exploración física
65	Cabeza	En su caso alteraciones que el Paciente presente en la cabeza al momento de la exploración física




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 55

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
66	Cuello	En su caso alteraciones que el Paciente presente en el cuello al momento de la exploración física
67	Tórax	En su caso alteraciones que el Paciente presente en el tórax al momento de la exploración física
68	Abdomen	En su caso alteraciones que el Paciente presente en el abdomen al momento de la exploración física
69	Periné	En su caso alteraciones que el Paciente presente en el periné al momento de la exploración física
70	Extremidades superiores	En su caso alteraciones que el Paciente presente en las extremidades superiores al momento de la exploración física
71	Extremidades inferiores	En su caso alteraciones que el Paciente presente en las extremidades inferiores al momento de la exploración física
72	Exploración neurológica	En su caso alteraciones que el Paciente presente a nivel neurológico al momento de la exploración física
73	Exploraciones especiales	En su caso alteraciones presentes en alguna exploración especial que requiera el paciente al momento de la exploración física
74	Estudios relevantes a incluir	En su caso alguna información relevante de estudios adicionales que se haya realizado el Paciente
75	Comentarios	Integración de la información obtenida a través del interrogatorio, la exploración física y los exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete que nos brinde la posible orientación diagnóstica
76	Impresión diagnóstica	La idea presuntiva del diagnóstico probable
77	Pronóstico	El pronóstico para la vida y la función en base a toda la información previa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 55

CLINIC

General Terapéutica Salidas Historias ? Ayuda

Fecha REC: TEMP: NIVEL:  
Edad: Sexo EXP: 1

Historia Clínica

Historia Clínica CC

Fecha y hora 2

Observación 11:13

Antecedentes 3

Antecedentes Familiares

Observaciones 4

Antecedentes Personales No Patológicos 5




Grupos sanguíneos:

Implantes, tatuajes o perforaciones 6

**CANCELADO**

Inicio: 31-01-2018 10:14 AM

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 55

GUINIC

Historia Clínica

Historia clínica-CE

CÓDIGO: 7

Historia Clínica

Habitat

Tipo de vivienda: 8

Número de personas que residen en la vivienda: 9

Higiene: 10

Dieta e alimentación: 11

Higiene: 11

Alimentación: 12




Usos recientes: 13

Ataque: 14

**CANCELADO**

Inicio: 31/01/2018 12:12 AM 08:00:00

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P.J0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 55

CLINIC

General Terapéutica Mediciones Historias Ayuda

Fecha nac: TEMP Nivel  
Edad: Sexo EXP

Historia Clínica

Historia clínica CE

Historia




Tabaco 15

Alcohol 16

Citocármata 17

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 55

Esta pantalla se llenara solo en caso de que el Paciente sea del género masculino



CLINIC

General Terapéutica Solicitudes Herramientas Ayuda

Fecha nac: Edad Sexo TEMP EXP Nivel

Historia Clínica

Historia clínica C.E.

Ejercicio 18

Andrólogicos

Edad de aparición de caracteres sexuales secundarios: 40

Inicio de vida sexual: 41

Número de parejas sexuales: 42




Enfermedades de transmisión sexual: 43

Prácticas sexuales de riesgo: 44

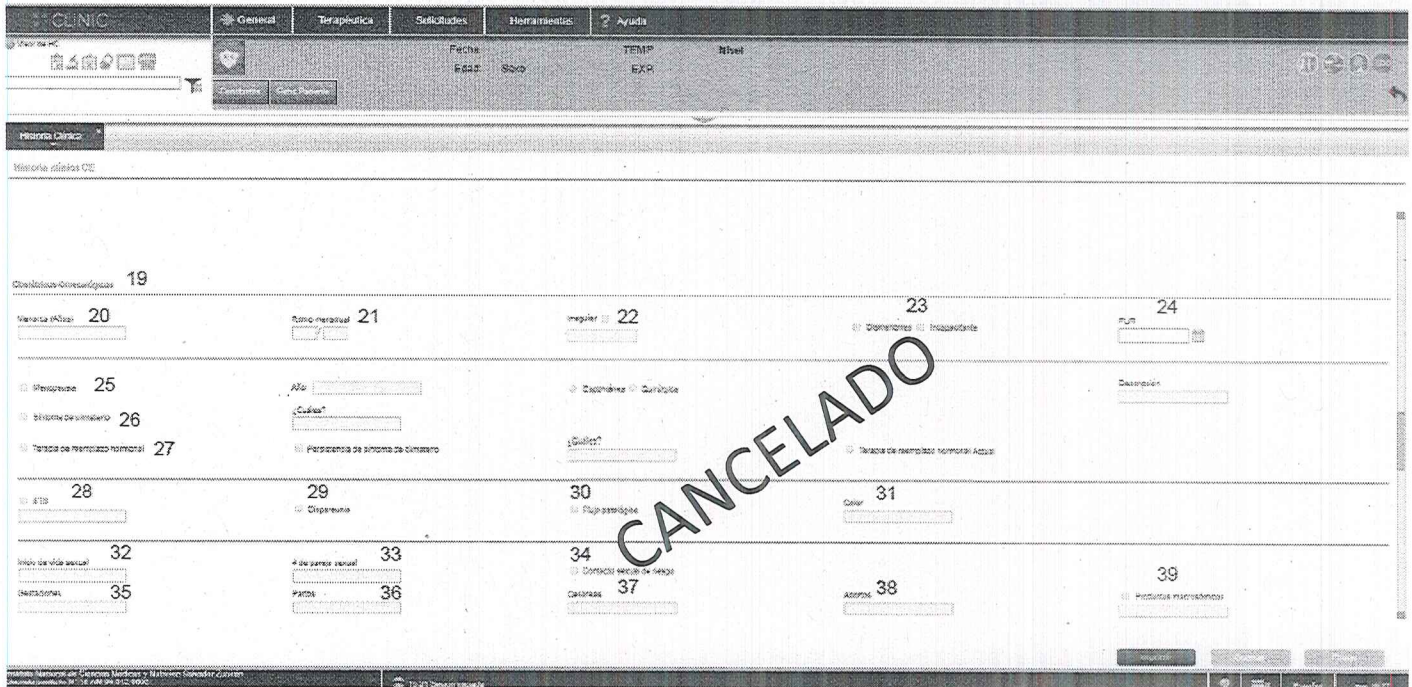
Antecedentes Personales Patológicos: 45

Sin resultados almacenados

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 55

Esta pantalla se llenara solo en caso de que el Paciente sea del género femenino



**CLINIC** | General | Terapéutica | Solicitudes | Herramientas | Ayuda

Fecha: / / Hora: : : Nivel:

Historia Clínica

Historia clínica CE

Diagnósticos-Orientaciones 19

Menstruación 20 | Tipo menstrual 21 | regular 22 | Color 23 | Menstruación 24

Menstruación 25 | Año 26 | Color 27 | Menstruación 28




Menstruación 29 | Color 30 | Menstruación 31

Menstruación 32 | Color 33 | Menstruación 34 | Color 35

Menstruación 36 | Color 37 | Menstruación 38 | Color 39

**CANCELADO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 55

CLINIC

Menú: General, Terapéutica, Solicitudes, Herramientas, Ayuda

Fecha nac:      IEMP:      Nivel:      

Edad:      Sexo:      EXP:      

Historia Clínica

Sistema clínica CE:      

HFT 46

Resumen del expediente y publicación actual 47

Investigación por aparatos y sistemas

Cardiovascular	48	Nervioso	55
Dermatológico	49	Neurológico	56
Endocrinológico	50	Órganos de los sentidos	57
Gastroenterológico	51	Reumatológico	58
Ginecológico	52	Pulmonar	59
Neurológico	53	Sistemas generales	60
Urológico	54		

INstituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán  
 Av. Andrés Bello s/n. Km 9.5, Cd. San Salvador, C.A. 01100

10:12 31-01-18

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 19

DE: 55

CLINIC

General Terapéutica Síntomas Herramientas Ayuda

Fecha nac: Edad Sexo TEM: EXP Nivel

Historia Clínica

Historia clínica C.E.

Exámenes de laboratorio procesa a la internación \* 61

Estudio de gástrico poscava a la internación \* 62

Exposición física

Hábitos mayor: 63

Piel: 64

Dientes: 65

**CANCELADO**




Guardar Enviar

Equipo: 11:02

#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> <b>01</b>
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> <b>20</b> <b>DE:</b> <b>55</b>



CLINIC

General    Terapéutica    Socioludicas    Herramientas    ? Ayuda

Fecha nac    TEMP    Nivel  
Edad    Sexo    EXP




Historia Clínica

Historia clínica CE:

Cuidado	66
Tórax	67
Abdomen	68
Pecho	69
Extremidades superiores	70
Extremidades inferiores	71

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 55

CLINIC

General    Terapéutica    Soluciones    Herramientas    ? Ayuda

Fecha nac    TEMP    Nivel  
Edad    Sexo    EXP

Historia Clínica

Historia clínica CE

Exposición neurológica    72

Exposiciones especiales    73

Exposiciones relacionadas a inquirir    74

Comentarios    75

Intervención diagnóstica \*

Pruebas \*

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Consulta Externa

2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 22

DE: 55

CLINIC

General Terapéutica Solicitudes Herramientas ? Ayuda

Fecha nac: Edad Sexo TEMP: EXP Nivel

Historia Clínica

Historia clínica CIE

Comentarios

Impresión diagnóstica \* 76




Pronóstico \* 77

**CANCELADO**

Inicio: 08/01/2018 11:15 AM (D) 01/2/2018



### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.2: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

**No.** 1      **CONCEPTO**      **SE ANOTARÁ**  
**EXP:**      El número de registro temporal o definitivo


 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<small>Vasco de Quiroga No. 15          Colonia Belisario Domínguez Sección XVI          Delegación Tlalpan          México, D.F. 14080          Tel.: (52) 54-87-09-00 ext 5921, 5922, 5923, 5940          www.incmnsz.mx</small>				
	<b>CITAS AGENDADAS</b>		Fecha de nacimiento: Edad:      Sexo: EXP: 1 Paciente: Teléfono:		
<b>Numero</b>	<b>Fecha Dia/Mes/Año</b>	<b>Hora Hr:Min</b>	<b>Agenda</b>	<b>Precio</b>	<b>Ubicación</b>
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita.          Indicaciones:</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;"><b>CANCELADO</b></p>					
<small>Página 1 / 1</small>		<small>Impresión:</small>		<small>25-ene-17</small>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.3: SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Registro	El Número de expediente del Paciente
3	Cama	En su caso el número de cama donde se encuentra el Paciente
4	Fecha	La fecha de elaboración de la solicitud
5	Médico solicitante	El nombre del Médico que realiza la solicitud
6	QUIMICA CLINICA (SUERO) PATOLOGÍA HEMATOLOGÍA MARCADORES TUMORALES MEDICINA CRÍTICA (sangre total) SEROLOGÍA (Infectología) MICROBIOLOGÍA BIOLOGÍA MOLECULAR NIVELES FARMACOS ESTUDIOS EN ORINA NEFROLOGIA GENETICA HORMONAS INMUNOLOGIA VARIOS ESTUDIOS NO INCLUIDOS	Elegir el tipo de estudio a realizar
7	Cita a:	La cita a alguna especialidad
8	Médico	El nombre del médico que solicita la consulta
9	1ª Subs	El tipo de cita si es primera vez o subsecuente
10	Fecha:	La fecha en que se solicita la consulta médica
11	Observaciones	Si necesita alguna circunstancia especial del estudio

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01

HOJA: 25

DE: 55

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**  
**Solicitud de Exámenes de Laboratorio**

Nombre: 1 pegar etiqueta

Registro: 2 Cama: 3 Fecha: 4

Médico Solicitante: 5

---

<p><b>QUÍMICA CLÍNICA (SUERO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0110 Acido Úrico</li> <li>0180 ALAT (TGP)</li> <li>0183 Albúmina</li> <li>0260 Amilasa pancreática</li> <li>0240 Amilasa total</li> <li>0270 Azúcar</li> <li>0300 Apolipoproteínas A1 y B</li> <li>0330 ASAT (TGO)</li> <li>0370 Bilirrubinas</li> <li>0380 Bilirrubinas (total, directas/indirectas)</li> <li>0390 Calcio</li> <li>0393 Carga de catiónes</li> <li>1020 Creatinina en sangre</li> <li>1130 Colesterol total</li> <li>1230 CPK</li> <li>1233 CPK fracción MB</li> <li>1340 Creatinina</li> <li>1350 DHL</li> <li>1570 Electrolytos (Na, K, Cl, Co2)</li> <li>1670 Fosfatasa alcalina</li> <li>1940 Fósforo</li> <li>3050 Gammaglobulina transferrina</li> <li>3053 Glucosa</li> <li>3056 Glucosa postprandial 2 (basal/2hrs)</li> <li>2430 Hemoglobina glicosilada</li> <li>3341 Homocisteína</li> <li>2450 Lipasa</li> <li>2460 Magnesio</li> <li>2560 Nitrogeno ureico (BUN)</li> <li>3010 P. función hepática completa</li> <li>2260 Perfil de lípidos</li> <li>2636 Potasio</li> <li>2940 Proteínas totales</li> <li>3106 CS-3 (ga. bun. crea)</li> <li>3060 Sodio</li> <li>3286 Tolerancia a la glucosa 2 hs (basal/2hrs)</li> <li>3270 Tolerancia a la glucosa 3 hs</li> <li>2880 Tolerancia a la glucosa 5 hs</li> <li>3280 Triptofano I</li> <li>3390 Triglicéridos</li> </ul> <p><b>PATOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1050 Citología cérvico-vaginal (base líquida)</li> <li>1056 Citología expectoración</li> <li>1059 Citología en orina</li> </ul>	<p><b>HEMATOLOGÍA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2100 Acido fólico</li> <li>0215 Alfa 2 acetilglucosaminasa</li> <li>0140 Agregación plaquetaria</li> <li>0320 Anticoagulante heparina</li> <li>0780 Antitrombina III funcional</li> <li>1677 Células CD34, enumeración</li> <li>1610 Citología hematológica</li> <li>1135 Coombs directa</li> <li>1620 Dímero D-D</li> <li>1630 Entropopetina</li> <li>1704 Estudio de la médula ósea</li> <li>1630 Factor VIII</li> <li>1670 Ferritina</li> <li>1691 Fibrinógeno</li> <li>1020 Fosfatasa alcalina de leucocitos</li> <li>3072 Grupo sanguíneo ABO y Rh</li> <li>2090 Haptoglobinas</li> <li>2170 Hemoglobina en</li> <li>2200 Hierro sérico y capacidad de saturación</li> <li>2340 Inmunoglobulina IgG</li> <li>2300 Proteína C reactiva</li> <li>2290 Proteína S</li> <li>2920 Proteína S potencial</li> <li>3077 Prueba para HFN ósmométrica</li> <li>3078 Prueba para PNH C reducida</li> <li>3000 Retículoctos</li> <li>2240 Tiempo de sangrado (tsg)</li> <li>2190 TP</li> <li>2230 TTP</li> <li>3348 TP y TTP</li> <li>3320 TT</li> <li>3310 Vlt. sedimentación globular</li> <li>3340 Vitamina B12</li> </ul> <p><b>MARKEROS TUMORALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3010 Alfa-fetoproteína</li> <li>3070 Antígeno CA 15-8</li> <li>3060 Antígeno CA 19-9</li> <li>3060 Antígeno CA 125</li> <li>3060 Antígeno carcinoembrionario</li> <li>3070 Antígeno prostático específico</li> <li>3030 Beta-2-microglobulina</li> <li>1950 Fracción beta de HCG</li> </ul>	<p><b>MEDICINA CRÍTICA (sangre total)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2010 Gaseometría arterial</li> <li>2012 Gaseometría venosa</li> <li>0930 Calcio unificado en sangre total</li> <li>1656 Electrolytos sangre tot. (Na/K/Cl)</li> <li>2356 Glucosa sangre total</li> <li>2410 Lactato sangre total</li> </ul> <p><b>SEROLOGÍA (Infectología)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0570 Ac. anti-MHA total</li> <li>0560 Ac. anti-MHA IgM</li> <li>0100 Ac. anti-core VHB IgM</li> <li>0360 Ac. anti-VHB</li> <li>0260 Ac. anti-VHE</li> <li>0620 Ac. anti-VHC</li> <li>0370 Ac. anti-Amibianos</li> <li>0420 Ac. anti-Borrelia burgdorferi</li> <li>0300 Ac. anti-Citomegalovirus IgG</li> <li>0160 Ac. anti-Citomegalovirus IgM</li> <li>0400 Ac. anti-Rubéola IgG</li> <li>0405 Ac. anti-Rubéola IgM</li> <li>0540 Ac. anti-Toxoplasma IgG</li> <li>0530 Ac. anti-Toxoplasma IgM</li> <li>0640 Ac. anti-Toropneumia</li> <li>0550 Ac. anti-VIH 1/2</li> <li>3320 Ac. anti-VIH (Confirmatoria)</li> <li>0390 Ac. anti-Virus Epstein Barr</li> <li>0270 Ag. Adenovirus</li> <li>0646 Ag. Bacterianas en LCR</li> <li>0700 Ag. Criptococo en LCR</li> <li>0650 Ag. "G" VHE</li> <li>3022 Ag. Virus influenza A</li> <li>3023 Ag. Virus influenza B</li> <li>3025 Ag. Virus parainfluenza 1</li> <li>3026 Ag. Virus parainfluenza 2</li> <li>3027 Ag. Virus parainfluenza 3</li> <li>3028 Ag. Virus sincicial respiratorio</li> <li>0730 Ag. Superficie VHB</li> <li>0640 Antígenomas CMV</li> <li>1990 Brucella (Hudhesebi)</li> <li>3300 VDRL</li> <li>2745 Perfil de hepatitis viral</li> <li>2744 Perfil de hepatitis crónica</li> <li>2945 Panel virus respiratorio</li> </ul>
--	---	--

---

**CONSULTAS**




Cita a: _____	Médico: _____	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs	Fecha: _____
Cita a: <u>6</u>	Médico: <u>7</u>	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs	Fecha: <u>8</u>
Cita a: _____	Médico: _____	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs	Fecha: _____
Cita a: _____	Médico: _____	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs	Fecha: _____

8

#### CONTROL DE EMISIÓN

	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 27
			<b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.4: SOLICITUD GENERAL (RADIOLOGÍA E IMAGEN)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Peso	Peso en kilogramos del paciente
3	Registro	Registro del Paciente
4	Cama	Número de cama en caso de que el Paciente se encuentre hospitalizado.
5	Edad	Edad del Paciente
6	Principales síntomas y signos clínicos:	Algún síntoma o signo de alerta que presente el paciente
7	Creatinina	Nivel de creatinina en la sangre
8	Presión Arterial	La presión arterial del paciente
9	Diagnóstico provisional	El probable diagnóstico del paciente
10	Fecha:	Fecha en la que se solicita el estudio
11	Fecha	Fecha en la que se realiza el estudio
12	Solicito el examen	El nombre del Médico que solicita el estudio
13	Practico el examen	El nombre del Médico o Técnico Radiólogo que realiza el estudio
14	Estudios Generales, Angiográfica e Intervención, Ultrasonido, Mastografía, Tomografía computada, Resonancia Magnética	Elegir estudio a realizar.

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01

HOJA: 28

DE: 55

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**Departamento de Radiología e Imagen**  
Solicitud General

Pegar Etiqueta

Nombre \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
 Registro \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_  
 Principales síntomas y signos clínicos: \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Creatinina \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_ 8 \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Provisional \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ 10 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 11 \_\_\_\_\_  
 Solicitó el examen \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ Practicó el examen \_\_\_\_\_ 13 \_\_\_\_\_

ESTUDIOS GENERALES <sup>14</sup>			
5010	Abdomen 1 p.	5570	Mujereta 2 p. bilateral
5020	Abdomen 2 p.	5510	Mujereta 2 p. unilateral
5030	Abdomen 3 p.	5520	Mujereta 2 p. bilateral
5040	Abdomen 4 p.	5530	Mujereta 2 p. unilateral
5050	Abdomen 2 p. bilateral	5540	Nariz
5060	Abdomen 2 p. unilateral	5550	Orbita
5070	Abdomen 2 p. bilateral	5560	Pancreatografía
5080	Abdomen 2 p. unilateral	5570	Pelvis 1 p.
5090	Abdomen bilateral (1 p.)	5580	Pelvis 2 p.
5100	Abdomen unilateral (1 p.)	5590	Pie 2 p. bilateral
5110	Abdomen unilateral	5600	Pie 2 p. unilateral
5120	Abdomen 2 p. bilateral	5610	Pie 2 p. unilateral
5130	Abdomen 2 p. unilateral	5620	Pie 2 p. bilateral
5140	Abdomen 2 p.	5630	Pie 2 p. unilateral
5150	Abdomen 2 p.	5640	Rodilla 2 p. bilateral
5160	Abdomen 2 p.	5650	Rodilla 2 p. unilateral
5170	Abdomen 2 p.	5660	Rodilla 5 p. bilateral
5180	Abdomen 2 p.	5670	Rodilla 5 p. unilateral
5190	Abdomen 2 p.	5680	Sinosis paranasales 1 p.
5200	Abdomen 2 p.	5690	Sinosis paranasales 2 p.
5210	Abdomen 2 p.	5700	Sinosis paranasales 3 p.
5220	Abdomen 2 p.	5710	Sinosis paranasales 4 p.
5230	Abdomen 2 p.	5720	Sinosis paranasales 5 p.
5240	Abdomen 2 p.	5730	Sinosis paranasales 6 p.
5250	Abdomen 2 p.	5740	Sinosis paranasales 7 p.
5260	Abdomen 2 p.	5750	Sinosis paranasales 8 p.
5270	Abdomen 2 p.	5760	Sinosis paranasales 9 p.
5280	Abdomen 2 p.	5770	Sinosis paranasales 10 p.
5290	Abdomen 2 p.	5780	Sinosis paranasales 11 p.
5300	Abdomen 2 p.	5790	Sinosis paranasales 12 p.
5310	Abdomen 2 p.	5800	Sinosis paranasales 13 p.
5320	Abdomen 2 p.	5810	Sinosis paranasales 14 p.
5330	Abdomen 2 p.	5820	Sinosis paranasales 15 p.
5340	Abdomen 2 p.	5830	Sinosis paranasales 16 p.
5350	Abdomen 2 p.	5840	Sinosis paranasales 17 p.
5360	Abdomen 2 p.	5850	Sinosis paranasales 18 p.
5370	Abdomen 2 p.	5860	Sinosis paranasales 19 p.
5380	Abdomen 2 p.	5870	Sinosis paranasales 20 p.
5390	Abdomen 2 p.	5880	Sinosis paranasales 21 p.
5400	Abdomen 2 p.	5890	Sinosis paranasales 22 p.
5410	Abdomen 2 p.	5900	Sinosis paranasales 23 p.
5420	Abdomen 2 p.	5910	Sinosis paranasales 24 p.
5430	Abdomen 2 p.	5920	Sinosis paranasales 25 p.
5440	Abdomen 2 p.	5930	Sinosis paranasales 26 p.
5450	Abdomen 2 p.	5940	Sinosis paranasales 27 p.
5460	Abdomen 2 p.	5950	Sinosis paranasales 28 p.
5470	Abdomen 2 p.	5960	Sinosis paranasales 29 p.
5480	Abdomen 2 p.	5970	Sinosis paranasales 30 p.
5490	Abdomen 2 p.	5980	Sinosis paranasales 31 p.
5500	Abdomen 2 p.	5990	Sinosis paranasales 32 p.
5510	Abdomen 2 p.	6000	Sinosis paranasales 33 p.
5520	Abdomen 2 p.	6010	Sinosis paranasales 34 p.
5530	Abdomen 2 p.	6020	Sinosis paranasales 35 p.
5540	Abdomen 2 p.	6030	Sinosis paranasales 36 p.
5550	Abdomen 2 p.	6040	Sinosis paranasales 37 p.
5560	Abdomen 2 p.	6050	Sinosis paranasales 38 p.
5570	Abdomen 2 p.	6060	Sinosis paranasales 39 p.
5580	Abdomen 2 p.	6070	Sinosis paranasales 40 p.
5590	Abdomen 2 p.	6080	Sinosis paranasales 41 p.
5600	Abdomen 2 p.	6090	Sinosis paranasales 42 p.
5610	Abdomen 2 p.	6100	Sinosis paranasales 43 p.
5620	Abdomen 2 p.	6110	Sinosis paranasales 44 p.
5630	Abdomen 2 p.	6120	Sinosis paranasales 45 p.
5640	Abdomen 2 p.	6130	Sinosis paranasales 46 p.
5650	Abdomen 2 p.	6140	Sinosis paranasales 47 p.
5660	Abdomen 2 p.	6150	Sinosis paranasales 48 p.
5670	Abdomen 2 p.	6160	Sinosis paranasales 49 p.
5680	Abdomen 2 p.	6170	Sinosis paranasales 50 p.
5690	Abdomen 2 p.	6180	Sinosis paranasales 51 p.
5700	Abdomen 2 p.	6190	Sinosis paranasales 52 p.
5710	Abdomen 2 p.	6200	Sinosis paranasales 53 p.
5720	Abdomen 2 p.	6210	Sinosis paranasales 54 p.
5730	Abdomen 2 p.	6220	Sinosis paranasales 55 p.
5740	Abdomen 2 p.	6230	Sinosis paranasales 56 p.
5750	Abdomen 2 p.	6240	Sinosis paranasales 57 p.
5760	Abdomen 2 p.	6250	Sinosis paranasales 58 p.
5770	Abdomen 2 p.	6260	Sinosis paranasales 59 p.
5780	Abdomen 2 p.	6270	Sinosis paranasales 60 p.
5790	Abdomen 2 p.	6280	Sinosis paranasales 61 p.
5800	Abdomen 2 p.	6290	Sinosis paranasales 62 p.
5810	Abdomen 2 p.	6300	Sinosis paranasales 63 p.
5820	Abdomen 2 p.	6310	Sinosis paranasales 64 p.
5830	Abdomen 2 p.	6320	Sinosis paranasales 65 p.
5840	Abdomen 2 p.	6330	Sinosis paranasales 66 p.
5850	Abdomen 2 p.	6340	Sinosis paranasales 67 p.
5860	Abdomen 2 p.	6350	Sinosis paranasales 68 p.
5870	Abdomen 2 p.	6360	Sinosis paranasales 69 p.
5880	Abdomen 2 p.	6370	Sinosis paranasales 70 p.
5890	Abdomen 2 p.	6380	Sinosis paranasales 71 p.
5900	Abdomen 2 p.	6390	Sinosis paranasales 72 p.
5910	Abdomen 2 p.	6400	Sinosis paranasales 73 p.
5920	Abdomen 2 p.	6410	Sinosis paranasales 74 p.
5930	Abdomen 2 p.	6420	Sinosis paranasales 75 p.
5940	Abdomen 2 p.	6430	Sinosis paranasales 76 p.
5950	Abdomen 2 p.	6440	Sinosis paranasales 77 p.
5960	Abdomen 2 p.	6450	Sinosis paranasales 78 p.
5970	Abdomen 2 p.	6460	Sinosis paranasales 79 p.
5980	Abdomen 2 p.	6470	Sinosis paranasales 80 p.
5990	Abdomen 2 p.	6480	Sinosis paranasales 81 p.
6000	Abdomen 2 p.	6490	Sinosis paranasales 82 p.
6010	Abdomen 2 p.	6500	Sinosis paranasales 83 p.
6020	Abdomen 2 p.	6510	Sinosis paranasales 84 p.
6030	Abdomen 2 p.	6520	Sinosis paranasales 85 p.
6040	Abdomen 2 p.	6530	Sinosis paranasales 86 p.
6050	Abdomen 2 p.	6540	Sinosis paranasales 87 p.
6060	Abdomen 2 p.	6550	Sinosis paranasales 88 p.
6070	Abdomen 2 p.	6560	Sinosis paranasales 89 p.
6080	Abdomen 2 p.	6570	Sinosis paranasales 90 p.
6090	Abdomen 2 p.	6580	Sinosis paranasales 91 p.
6100	Abdomen 2 p.	6590	Sinosis paranasales 92 p.
6110	Abdomen 2 p.	6600	Sinosis paranasales 93 p.
6120	Abdomen 2 p.	6610	Sinosis paranasales 94 p.
6130	Abdomen 2 p.	6620	Sinosis paranasales 95 p.
6140	Abdomen 2 p.	6630	Sinosis paranasales 96 p.
6150	Abdomen 2 p.	6640	Sinosis paranasales 97 p.
6160	Abdomen 2 p.	6650	Sinosis paranasales 98 p.
6170	Abdomen 2 p.	6660	Sinosis paranasales 99 p.
6180	Abdomen 2 p.	6670	Sinosis paranasales 100 p.

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre:	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01




HOJA: 29

DE: 55

7126	Ultrasonido obstétrico 2do. trimestre	2209	TC órbitas con contraste	3390	RM de riñones con contraste
7130	Ultrasonido obstétrico con perfil biofísico	2210	TC órbitas simple	3340	RM de riñones sin contraste
7140	Ultrasonido pélvico	2228	TC senos paranasales contrastado	3350	RM hígado y bazo con contraste
7150	Ultrasonido transvaginal	2230	TC senos paranasales simple	3360	RM hígado y bazo sin contraste
<b>ULTRASONIDO PEQUEÑAS PARTES</b>					
7200	Ultrasonido testículo	2300	TC anejo aorta	3320	RM páncreas sin contraste
7210	Ultrasonido testículo	2310	TC anejo arterias pulmonares	3360	RM suprarrenales con contraste
7240	Ultrasonido de oído	2320	TC anejo troncos supraórticos	3390	RM suprarrenales sin contraste
7240	Ultrasonido de pene con venografía	2330	TC navegación visual traquea y bronquios	<b>RM ABDOMEN SUPERIOR</b>	
7300	Ultrasonido abdomen total	2340	TC torax contraste	3400	RM de pelvis sin serón transrectal con contraste
7310	Ultrasonido articular caderas/bases de fémur	2350	TC torax simple	3410	RM de pelvis sin serón transrectal sin contraste
7315	Ultrasonido articular estribo/rodillo	2360	<b>TC ABDOMEN Y RETROPERITONEO</b>		
7315	Ultrasonido articular codo/codo	2400	TC abdomen superior con contraste oral	3430	RM de próstata con técnica transrectal y espectroscopia con contraste
7320	Ultrasonido de Pan transcaridado	2410	TC abdomen superior con contraste oral e iv	3440	RM de próstata sin serón transrectal y espectroscopia sin contraste
7330	Ultrasonido torácico	2420	TC abdomen y pelvis con contraste oral	3460	RM de región inguinal con contraste
7340	Ultrasonido 2do. trimestre	2430	TC abdomen y pelvis con contraste oral e iv	3490	RM de región inguinal sin contraste
7350	Ultrasonido codo	2440	TC anejo arterias cerebrales	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA EXTREMIDADES</b>	
7360	Ultrasonido hombros rotadores	2450	TC colon con contraste endovenal	3500	Artro resonancia de hombro con contraste
7370	Ultrasonido hombros rotadores rotador	2460	TC colon habituales sin contraste	3510	RM de antebrazo con contraste
7380	Ultrasonido hombros rotadores rotador	2470	TC fístulas abdominales	3520	RM de antebrazo sin contraste
7380	Ultrasonido de arterioesclerosis miembros superiores	2480	TC hígado 3 fases	3530	RM de brazo con contraste
<b>IMAGEN GUÍA POR ULTRASONIDO</b>					
2490	Asesoramiento guiado de biopsia de mama por US	2500	TC pelvis simple y contrastada	3540	RM de brazo sin contraste
2490	Asesoramiento guiado de biopsia de mama por US	2510	TC pelvis simple sin contraste	3550	RM de codo con contraste
2490	Asesoramiento guiado de biopsia de mama por US	2520	TC abdomen y suprapélvis con contraste	3570	RM de codo sin contraste
2490	Asesoramiento guiado de biopsia de mama por US	2530	TC abdomen y suprapélvis simple sin contraste	3580	RM de hombro con contraste
<b>US MUSCULO ESQUELÉTICO</b>					
2500	Ultrasonido tendón	2600	<b>TC MUSCULO ESQUELÉTICO</b>		
2510	Ultrasonido muscular	2610	TC antebrazo con contraste	3600	RM de mano sin contraste
2520	Ultrasonido paratielaxo	2620	TC antebrazo simple	3610	RM de muñeca con contraste
2530	Ultrasonido cadera	2630	TC brazo con contraste	3620	RM de muñeca sin contraste
2540	Ultrasonido codo	2640	TC cadera con contraste	<b>RESONANCIA MAGNÉTICA EXTREMIDADES</b>	
2550	Ultrasonido mano y muñeca	2650	TC cadera sin	3700	Artro resonancia de rodilla con contraste
2560	Ultrasonido muñeca	2660	TC codo	3710	Artro resonancia de cadera con contraste
2570	Ultrasonido tobillo	2670	TC codo con contraste	3720	RM de cadera con contraste
<b>PORTALES</b>					
2680	Ultrasonido portal transombligo	2680	TC codo simple	3730	RM de cadera sin contraste
<b>MASTOGRAFIA</b>					
3000	RM de mama por US	2690	TC codo con contraste	3740	RM de mano con contraste
3010	RM de mama por US	2700	TC codo simple	3750	RM de mano sin contraste
3020	RM de mama por US	2710	TC codo con contraste	3760	RM de pie con contraste
3030	RM de mama por US	2720	TC codo simple	3770	RM de pie sin contraste
3040	RM de mama por US	2730	TC codo con contraste	3780	RM de pierna con contraste
3050	RM de mama por US	2740	TC codo simple	3790	RM de pierna sin contraste
3060	RM de mama por US	2750	TC codo con contraste	3800	RM de rodilla con contraste
3070	RM de mama por US	2760	TC codo simple	3810	RM de rodilla sin contraste
3080	RM de mama por US	2770	TC codo con contraste	3820	RM de tobillo con contraste
3090	RM de mama por US	2780	TC codo simple	3830	RM de tobillo sin contraste
3100	RM de mama por US	2790	TC tobillo con contraste	<b>RESONANCIA ANGIO</b>	
3110	RM de mama por US	2800	TC tobillo simple	3900	Angio resonancia de arteria y mano
3120	RM de mama por US	2810	TC tobillo con contraste	3910	Angio resonancia de arteria abdominal e aorta
3130	RM de mama por US	2820	TC tobillo simple	3920	Angio resonancia de arteria torácica
3140	RM de mama por US	2830	TC tobillo con contraste	3930	Angio resonancia de arteria torácica abdominal
3150	RM de mama por US	2840	TC tobillo simple	3940	Angio resonancia de arteria torácica abdominal
3160	RM de mama por US	2850	TC tobillo con contraste	3950	Angio resonancia de arteria torácica abdominal
3170	RM de mama por US	2860	TC tobillo simple	3960	Angio resonancia de arteria torácica abdominal
3180	RM de mama por US	2870	TC tobillo con contraste	3970	Angio resonancia de arteria torácica abdominal
3190	RM de mama por US	2880	TC tobillo simple	3980	Angio resonancia de arteria torácica abdominal
<b>TOMOGRAFIA COMPUTADORA</b>					
<b>TC CABEZA</b>					
2890	TC cabeza nivel TC simple	2890	ATC arterial miembros inferiores	4000	RM de tronco contrastado
2900	TC cabeza nivel TC simple	2910	ATC arterial miembros superiores	4010	RM de tronco simple
2910	TC cabeza nivel TC simple	2920	ATC venosa miembros inferiores	4020	RM de tronco 3 regiones
2920	TC cabeza nivel TC simple	2930	ATC venosa miembros superiores	4030	RM de tronco 3 regiones
2930	TC cabeza nivel TC simple	2940	ATC venosa miembros inferiores	4040	RM de tronco 3 regiones
2940	TC cabeza nivel TC simple	2950	ATC venosa miembros superiores	4050	RM de tronco 3 regiones
2950	TC cabeza nivel TC simple	2960	ATC venosa miembros inferiores	4060	RM de tronco 3 regiones
2960	TC cabeza nivel TC simple	2970	ATC venosa miembros superiores	4070	RM de tronco 3 regiones
2970	TC cabeza nivel TC simple	2980	ATC venosa miembros inferiores	4080	RM de tronco 3 regiones
2980	TC cabeza nivel TC simple	2990	ATC venosa miembros superiores	4090	RM de tronco 3 regiones
2990	TC cabeza nivel TC simple	3000	ATC venosa miembros inferiores	4100	RM de tronco 3 regiones
<b>TC CUELLO</b>					
3010	TC cuello nivel TC simple	3010	RM de abdomen superior con contraste	4110	RM de tronco 3 regiones
3020	TC cuello nivel TC simple	3020	RM de abdomen superior sin contraste	4120	RM de tronco 3 regiones
3030	TC cuello nivel TC simple	3030	RM de abdomen superior con contraste	4130	RM de tronco 3 regiones
3040	TC cuello nivel TC simple	3040	RM de abdomen superior sin contraste	4140	RM de tronco 3 regiones
3050	TC cuello nivel TC simple	3050	RM de abdomen superior con contraste	4150	RM de tronco 3 regiones
3060	TC cuello nivel TC simple	3060	RM de abdomen superior sin contraste	4160	RM de tronco 3 regiones
3070	TC cuello nivel TC simple	3070	RM de abdomen superior con contraste	4170	RM de tronco 3 regiones
3080	TC cuello nivel TC simple	3080	RM de abdomen superior sin contraste	4180	RM de tronco 3 regiones
3090	TC cuello nivel TC simple	3090	RM de abdomen superior con contraste	4190	RM de tronco 3 regiones
3100	TC cuello nivel TC simple	3100	RM de abdomen superior sin contraste	4200	RM de tronco 3 regiones
3110	TC cuello nivel TC simple	3110	RM de abdomen superior con contraste	4210	RM de tronco 3 regiones
3120	TC cuello nivel TC simple	3120	RM de abdomen superior sin contraste	4220	RM de tronco 3 regiones
3130	TC cuello nivel TC simple	3130	RM de abdomen superior con contraste	4230	RM de tronco 3 regiones
3140	TC cuello nivel TC simple	3140	RM de abdomen superior sin contraste	4240	RM de tronco 3 regiones
3150	TC cuello nivel TC simple	3150	RM de abdomen superior con contraste	4250	RM de tronco 3 regiones
3160	TC cuello nivel TC simple	3160	RM de abdomen superior sin contraste	4260	RM de tronco 3 regiones
3170	TC cuello nivel TC simple	3170	RM de abdomen superior con contraste	4270	RM de tronco 3 regiones
3180	TC cuello nivel TC simple	3180	RM de abdomen superior sin contraste	4280	RM de tronco 3 regiones
3190	TC cuello nivel TC simple	3190	RM de abdomen superior con contraste	4290	RM de tronco 3 regiones
3200	TC cuello nivel TC simple	3200	RM de abdomen superior sin contraste	4300	RM de tronco 3 regiones
3210	TC cuello nivel TC simple	3210	RM de abdomen superior con contraste	4310	RM de tronco 3 regiones
3220	TC cuello nivel TC simple	3220	RM de abdomen superior sin contraste	4320	RM de tronco 3 regiones
3230	TC cuello nivel TC simple	3230	RM de abdomen superior con contraste	4330	RM de tronco 3 regiones
3240	TC cuello nivel TC simple	3240	RM de abdomen superior sin contraste	4340	RM de tronco 3 regiones
3250	TC cuello nivel TC simple	3250	RM de abdomen superior con contraste	4350	RM de tronco 3 regiones
3260	TC cuello nivel TC simple	3260	RM de abdomen superior sin contraste	4360	RM de tronco 3 regiones
3270	TC cuello nivel TC simple	3270	RM de abdomen superior con contraste	4370	RM de tronco 3 regiones
3280	TC cuello nivel TC simple	3280	RM de abdomen superior sin contraste	4380	RM de tronco 3 regiones
3290	TC cuello nivel TC simple	3290	RM de abdomen superior con contraste	4390	RM de tronco 3 regiones
3300	TC cuello nivel TC simple	3300	RM de abdomen superior sin contraste	4400	RM de tronco 3 regiones
3310	TC cuello nivel TC simple	3310	RM de abdomen superior con contraste	4410	RM de tronco 3 regiones
3320	TC cuello nivel TC simple	3320	RM de abdomen superior sin contraste	4420	RM de tronco 3 regiones
3330	TC cuello nivel TC simple	3330	RM de abdomen superior con contraste	4430	RM de tronco 3 regiones
3340	TC cuello nivel TC simple	3340	RM de abdomen superior sin contraste	4440	RM de tronco 3 regiones
3350	TC cuello nivel TC simple	3350	RM de abdomen superior con contraste	4450	RM de tronco 3 regiones
3360	TC cuello nivel TC simple	3360	RM de abdomen superior sin contraste	4460	RM de tronco 3 regiones
3370	TC cuello nivel TC simple	3370	RM de abdomen superior con contraste	4470	RM de tronco 3 regiones
3380	TC cuello nivel TC simple	3380	RM de abdomen superior sin contraste	4480	RM de tronco 3 regiones
3390	TC cuello nivel TC simple	3390	RM de abdomen superior con contraste	4490	RM de tronco 3 regiones
3400	TC cuello nivel TC simple	3400	RM de abdomen superior sin contraste	4500	RM de tronco 3 regiones
3410	TC cuello nivel TC simple	3410	RM de abdomen superior con contraste	4510	RM de tronco 3 regiones
3420	TC cuello nivel TC simple	3420	RM de abdomen superior sin contraste	4520	RM de tronco 3 regiones
3430	TC cuello nivel TC simple	3430	RM de abdomen superior con contraste	4530	RM de tronco 3 regiones
3440	TC cuello nivel TC simple	3440	RM de abdomen superior sin contraste	4540	RM de tronco 3 regiones
3450	TC cuello nivel TC simple	3450	RM de abdomen superior con contraste	4550	RM de tronco 3 regiones
3460	TC cuello nivel TC simple	3460	RM de abdomen superior sin contraste	4560	RM de tronco 3 regiones
3470	TC cuello nivel TC simple	3470	RM de abdomen superior con contraste	4570	RM de tronco 3 regiones
3480	TC cuello nivel TC simple	3480	RM de abdomen superior sin contraste	4580	RM de tronco 3 regiones
3490	TC cuello nivel TC simple	3490	RM de abdomen superior con contraste	4590	RM de tronco 3 regiones
3500	TC cuello nivel TC simple	3500	RM de abdomen superior sin contraste	4600	RM de tronco 3 regiones
3510	TC cuello nivel TC simple	3510	RM de abdomen superior con contraste	4610	RM de tronco 3 regiones
3520	TC cuello nivel TC simple	3520	RM de abdomen superior sin contraste	4620	RM de tronco 3 regiones
3530	TC cuello nivel TC simple	3530	RM de abdomen superior con contraste	4630	RM de tronco 3 regiones
3540	TC cuello nivel TC simple	3540	RM de abdomen superior sin contraste	4640	RM de tronco 3 regiones
3550	TC cuello nivel TC simple	3550	RM de abdomen superior con contraste	4650	RM de tronco 3 regiones
3560	TC cuello nivel TC simple	3560	RM de abdomen superior sin contraste	4660	RM de tronco 3 regiones
3570	TC cuello nivel TC simple	3570	RM de abdomen superior con contraste	4670	RM de tronco 3 regiones
3580	TC cuello nivel TC simple	3580	RM de abdomen superior sin contraste	4680	RM de tronco 3 regiones
3590	TC cuello nivel TC simple	3590	RM de abdomen superior con contraste	4690	RM de tronco 3 regiones
3600	TC cuello nivel TC simple	3600	RM de abdomen superior sin contraste	4700	RM de tronco 3 regiones
3610	TC cuello nivel TC simple	3610	RM de abdomen superior con contraste	4710	RM de tronco 3 regiones
3620	TC cuello nivel TC simple	3620	RM de abdomen superior sin contraste	4720	RM de tronco 3 regiones
3630	TC cuello nivel TC simple	3630	RM de abdomen superior con contraste	4730	RM de tronco 3 regiones
3640	TC cuello nivel TC simple	3640	RM de abdomen superior sin contraste	4740	RM de tronco 3 regiones
3650	TC cuello nivel TC simple	3650	RM de abdomen superior con contraste	4750	RM de tronco 3 regiones
3660	TC cuello nivel TC simple	3660	RM de abdomen superior sin contraste	4760	RM de tronco 3 regiones
3670	TC cuello nivel TC simple	3670	RM de abdomen superior con contraste	4770	RM de tronco 3 regiones
3680	TC cuello nivel TC simple	3680	RM de abdomen superior sin contraste	4780	RM de tronco 3 regiones
3690	TC cuello nivel TC simple	3690	RM de abdomen superior con contraste	4790	RM de tronco 3 regiones
3700	TC cuello nivel TC simple	3700	RM de abdomen superior sin contraste	4800	RM de tronco 3 regiones
3710	TC cuello nivel TC simple	3710	RM de abdomen superior con contraste	4810	RM de tronco 3 regiones
3720	TC cuello nivel TC simple	3720	RM de abdomen superior sin contraste	4820	RM de tronco 3 regiones
3730	TC cuello nivel TC simple	3730	RM de abdomen superior con contraste	4830	RM de tronco 3 regiones
3740	TC cuello nivel TC simple	3740	RM de abdomen superior sin contraste	4840	RM de tronco 3 regiones
3750	TC cuello nivel TC simple	3750	RM de abdomen superior con contraste	4850	RM de tronco 3 regiones
3760	TC cuello nivel TC simple	3760	RM de abdomen superior sin contraste	4860	RM de tronco 3 regiones
3770	TC cuello nivel TC simple	3770	RM de abdomen superior con contraste	4870	RM de tronco 3 regiones
3780	TC cuello nivel TC simple	3780	RM de abdomen superior sin contraste	4880	RM de tronco 3 regiones
3790	TC cuello nivel TC simple	3790	RM de abdomen superior con contraste	4890	RM de tronco 3 regiones
3800	TC cuello nivel TC simple	3800	RM de abdomen superior sin contraste	4900	RM de tronco 3 regiones
3810	TC cuello nivel TC simple	3810	RM de abdomen superior con contraste	4910	RM de tronco 3 regiones
3820	TC cuello nivel TC simple	3820	RM de abdomen superior sin contraste	4920	RM de tronco 3 regiones
3830	TC cuello nivel TC simple	3830	RM de abdomen superior con contraste	4930	RM de tronco 3 regiones
3840	TC cuello nivel TC simple	3840	RM de abdomen superior sin contraste	4940	RM de tronco 3 regiones
3850	TC cuello nivel TC simple	3850	RM de abdomen superior con contraste	4950	RM de tronco 3 regiones
3860	TC cuello nivel TC simple	3860	RM de abdomen superior sin contraste	4960	RM de tronco 3 regiones
3870	TC cuello nivel TC simple	3870	RM de abdomen superior con contraste	4970	RM de tronco 3 regiones
3880	TC cuello nivel TC simple	3880	RM de abdomen superior sin contraste	4980	RM de tronco 3 regiones
3890	TC cuello nivel TC simple	3890	RM de abdomen superior con contraste	4990	RM de tronco 3 regiones
3900	TC cuello nivel TC simple	3900	RM de abdomen superior sin contraste	5000	RM de tronco 3 regiones

CANCELADO




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 30 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.5: ECOCARDIOGRAMA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Sexo	Marcar si Femenino o Masculino
3	Edad ____ años	La edad en años cumplidos del Paciente
4	No. de Registro	El número de expediente del Paciente
5	Servicio:	Marcar o elegir el servicio donde se encuentra el paciente
6	Cama:	El número de cama donde se encuentra hospitalizado el Paciente
7	Peso	El peso del Paciente en Kilogramos
8	Estatura	La estatura del Paciente en centímetros
9	Superficie corporal	La raíz cuadrada de peso (kilos) X talla (cms) / 3600
10	Tipo de ecocardiograma	Elegir el tipo de ecocardiograma
11	Diagnósticos establecidos:	Diagnóstico médico con el que el paciente cuenta
12	Diagnóstico presuntivo:	Padecimiento probable por el que se realiza el estudio
13	Datos clínicos más importantes:	Hallazgos encontrados por el médico en la entrevista y revisión clínica
14	Solicito el examen	El nombre y apellidos del médico que autoriza
15	Fecha:	La fecha de solicitud del estudio
16	Cardiólogo que autoriza:	El nombre y apellidos del médico que autoriza

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 31
			<b>DE:</b> 55



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**Gabinete de Ecocardiograma**

Nombre: \_\_\_\_\_ 1      Sexo:  M  F 2      Edad: \_\_\_\_\_ 3 años      No. de Registro: \_\_\_\_\_ 4

Servicio:  H  M  CE 5      Cama: \_\_\_\_\_ 6      Peso: \_\_\_\_\_ 7      Estatura: \_\_\_\_\_ 8      Superficie corporal: \_\_\_\_\_ 9

Tipo de ecocardiograma: Transtorácico       Transesofágico       Estrés farmacológico       Contraste  10

Diagnósticos establecidos: \_\_\_\_\_ 11

Diagnóstico presuntivo: \_\_\_\_\_ 12

Datos clínicos más importantes: \_\_\_\_\_ 13


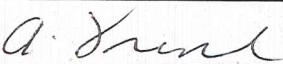
Solicitó el examen: \_\_\_\_\_ 14      Fecha: \_\_\_\_\_ 15




Cardiólogo que autoriza: \_\_\_\_\_ 16

063590 TGN

ECOCARDIOGRAMA

CANCELADO




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 32 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.6: PRUEBA DE ESFUERZO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Sexo	Marcar si Femenino o Masculino
3	Edad ____ años	La edad en años cumplidos del Paciente
4	No. de Registro	El número de expediente del Paciente
5	Servicio:	Marcar o elegir el servicio donde se encuentra el paciente
6	Cama:	El número de cama donde se encuentra hospitalizado el Paciente
7	Diagnósticos establecidos:	Marcar el diagnóstico si normal o anormal
8	Motivo de estudio:	Marcar el motivo del estudio
9	Solicito el examen	El nombre y apellidos del médico que autoriza
10	Fecha:	La fecha de solicitud del estudio
11	Cardiólogo que autoriza:	El nombre y apellidos del médico que autoriza

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 33 <b>DE:</b> 55



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ 1      Sexo:  M  F 2      Edad: \_\_\_\_\_ 3 años      No. de Registro: \_\_\_\_\_ 4

Servicio:  H  M  CE 5      Cama: \_\_\_\_\_ 6

Diagnósticos establecidos:  Normal 7       Anormal 8

Motivo del estudio:  Isquemia  
 Respuesta presora  
 Arritmias  
 Capacidad funcional  
 Otros 8




Solicitó el examen: \_\_\_\_\_ 9      Fecha: \_\_\_\_\_ 10  
Cardiólogo que autoriza: \_\_\_\_\_ 11

003500

PRUEBA DE ESFUERZO

CANCELADO




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 34 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.7: HOLTER**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Sexo	Marcar si Femenino o Masculino
3	Edad ____ años	La edad en años cumplidos del Paciente
4	No. de Registro	El número de expediente del Paciente
5	Servicio:	Marcar o elegir el servicio donde se encuentra el paciente
6	Cama:	El número de cama donde se encuentra hospitalizado el Paciente
7	Diagnósticos establecidos:	Marcar el diagnóstico si normal o anormal
8	Motivo de estudio:	Marcar el motivo del estudio
9	Solicito el examen	El nombre y apellidos del médico que autoriza
10	Fecha:	La fecha de solicitud del estudio
11	Cardiólogo que autoriza:	El nombre y apellidos del médico que autoriza

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 35 <b>DE:</b> 55



**IN NSZ DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ 1      Sexo:  M  F      Edad: \_\_\_\_\_ 3 años      No. de Registro: \_\_\_\_\_ 4

Servicio:  H  M  CE      Cama: \_\_\_\_\_ 6

**ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO**

Diagnósticos establecidos:  Normal       Anormal

Motivo del estudio:  Palpitaciones  
 Síncope en estudio  
 Insuficiencia cardíaca / Arritmia  
 Control tratamiento  
 Evaluar isquemia  
 Disfunción marcapasos  
 Otros \_\_\_\_\_




Solicitó el examen: \_\_\_\_\_ 9      Fecha: \_\_\_\_\_ 10

Cardiólogo que autoriza: \_\_\_\_\_ 11

**HOLTER**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 36 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.8: ELECTROCARDIOGRAMA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	SEXO	Marcar si Masculino o Femenino
3	EDAD	La edad del Paciente en años cumplidos
4	NUM. DE REGISTRO	El número de expediente del Paciente
5	SERVICIO:	Elegir el lugar donde se encuentra el Paciente
6	CAMA	En su caso el número de cama donde se encuentra el Paciente hospitalizado
7	TRAZO	N/A
8	A.B.C.D	N/A
9	DIAGNÓSTICO PROBABLE	Padecimiento probable por el que se realiza el estudio
10	DATOS CLINICOS MAS IMPORTANTES	Hallazgos encontrados por el médico en la entrevista y revisión clínica
11	INTERPRETACION DEL TRAZADO	Hallazgos encontrados por el médico especialista que interpreta el estudio
12	SOLICITO EXAMEN	El nombre del médico tratante que solicita el estudio
13	FECHA	Fecha de en la que lo solicita el estudio
14	PRACTICÓ EL EXAMEN	Nombre de la persona que practicó el estudio
15	FECHA	Fecha en la que se realizó el estudio
16	NUM.	Numero consecutivo

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento de Consulta Externa**

**2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas**



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 37

DE: 55



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRÁN**

GABINETE DE ELECTROCARDIOGRAFIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ SEXO: M. F. EDAD \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ AÑOS NUM. DE REGISTRO \_\_\_\_\_ 4  
SERVICIO: H.M. CE. CAMA \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ TRAZO \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_ A.B.C.D. \_\_\_\_\_ 8  
ELECTROCARDIOGRAMA \_\_\_\_\_ 7  
DIAGNOSTICO PROBABLE: \_\_\_\_\_ 9

DATOS CLINICOS MAS IMPORTANTES (TRASTORNOS TIROIDEOS, ANEMIA ACENTUADA, CONSTITUCION, OBESO DELGADO, TRASTORNOS CARDIACOS): \_\_\_\_\_ 10

INTERPRETACION DEL TRAZADO: \_\_\_\_\_ 11

SOLICITO EL EXAMEN: \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ 13

PRACTICO EL EXAMEN: \_\_\_\_\_ 14 \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ 15

NUM. 16




ELECTROCARDIOGRAMA

20015600

**CANCELADO**

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 38 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.9: SOLICITUD DE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFÍA Y/O CONSULTA DE TRASTORNOS DEL DORMIR**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Peso	El peso del Paciente en kilogramos
3	Género	Marcar si Masculino o Femenino
4	Registro	El número de expediente
5	Cama	El número de cama en caso de que el Paciente se encuentre hospitalizado
6	Edad	La edad del Paciente en años cumplidos
7	Antecedentes relevantes:	Antecedentes médicos del paciente y que son de importancia para la realización del estudio
8	Estudio solicitado	Elegir el tipo de estudio
9	Prótesis de cadera	Elegir si el Paciente tiene prótesis
10	Cirugía de columna lumbar	Elegir si el paciente tiene cirugía de columna lumbar
11	Estudio densitométrico de cuerpo completo requiere de autorización del Jefe del Departamento	La firma de autorización del Jefe del Departamento
12	Solicita el estudio:	El nombre del médico que solicita el estudio
13	Fecha:	La fecha en que se solicita el estudio




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 39
			<b>DE:</b> 55

	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b> <b>DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL</b>			Pegar etiqueta
	<b>DENSITOMETRÍA ÓSEA</b>			
Nombre _____ 1	Peso _____ 2	Género (M) (F) _____ 3		
Registro _____ 4	Cama _____ 5	Edad _____ 6		
Antecedentes relevantes: _____ 7				
Estudio solicitado: 8				
070624 DENSITOMETRÍA DE 1 REGIÓN		Cadera <input type="radio"/>	Columna <input type="radio"/>	
070628 DENSITOMETRÍA DE 2 REGIONES				
Prótesis de cadera 9	SI <input type="radio"/>	Derecha <input type="radio"/>	Izquierda <input type="radio"/>	
Cirugía de columna lumbar 10	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>		
070632 Estudio densitométrico de cuerpo completo (requiere de autorización del Jefe de Departamento): _____ 11				
Solicita el estudio: _____ 12		Fecha: _____ 13		

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 40 <b>DE:</b> 55


**FORMATO 9.10: SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	EDAD	La edad del Paciente en años cumplidos
3	SEXO	El género del Paciente Masculino o Femenino
4	Reg. No.	El número de expediente del Paciente
5	Cama:	El número de cama en caso de que el Paciente se encuentre hospitalizado
6	C. Externa	Identificación si el estudio fue realizado en la consulta externa
7	Pieza Operatoria	Porción corporal que se someterá a estudio
8	de:	Primero marcar el tipo de estudio a realizar y agregar breve descripción de la muestra
9	DATOS ANATOMICOS	La descripción de los datos anatómicos
10	Biopsias anteriores	Marcar si ya hubo biopsias anteriores
11	Diagnóstico anatomopatologico anterior	Si hay diagnostico anatomopatologico anterior
12	DATOS CLINICOS	Los datos clínicos
13	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	El diagnóstico clínico
14	Interesa especialmente	El Aspecto particular que le interesa al médico tratante conocer
15	Solicita	El nombre del médico que solicita el estudio de la muestra
16	Fecha	La fecha del día en que se solicita el estudio

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 41 <b>DE:</b> 55



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

NOMBRE \_\_\_\_\_ 1                      EDAD \_\_\_\_\_ 2                      SEXO \_\_\_\_\_ 3  
 Reg. No. \_\_\_\_\_ 4                      Cama: \_\_\_\_\_ 5                      C. Externa: \_\_\_\_\_ 6  
 Pieza Operatoria \_\_\_\_\_ 7  
 Biopsia directa ( ) Coágulo ( ) Liq. para examen citológico ( ) de \_\_\_\_\_ 8

DATOS ANATOMICOS (localización, aspecto macroscópico, número de lesiones, etc.)  
 \_\_\_\_\_ 9

Biopsias anteriores 10                      Sí ( )                      No ( )

Diagnóstico anatomopatológico anterior \_\_\_\_\_ 11




DATOS CLINICOS \_\_\_\_\_ 12

DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_ 13                      Interesa especialmente \_\_\_\_\_ 14

\_\_\_\_\_ 15                      \_\_\_\_\_ 16  
 Solicita                      Fecha


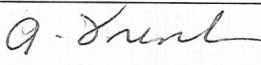
20015300

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 42 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.11: SOLICITUD PARA CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL (PAPANICOLAOU)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha:	El día, mes y año en que se realiza la toma de la muestra de la Paciente
2	Registro	El número de expediente de la Paciente
3	No. Interno de Patología	El número que le asignan en el departamento de patología
4	Nombre	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
5	Edad	La edad del Paciente en años cumplidos
6	FUM	La fecha de ultima menstruación de la Paciente
7	Antecedentes, Antecedentes Gineco - Obstétricos, Citologías previas en el Instituto, Lesión visible en el cérvix, Antecedentes de lesiones malignas en el aparato genital	Marcar o elegir según corresponda los antecedentes de la Paciente
8	Otros:	Otros antecedentes de importancia
9	Tomo la muestra:	Nombre completo del médico que realizo la toma de la muestra

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01

HOJA: 43

DE: 55

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
Salvador Zubirán  
SOLICITUD PARA CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL  
(PAPANICOLAOU)

Fecha: 1  
Registro: 2  
No. Interno de Patología: 3

Nombre: 4 Edad: 5 FUM: 6

1. **Antecedentes** 7

- Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años  
SI ( ) No ( )
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual  
SI ( ) No ( )
- Tabaquismo  
SI ( ) No ( )

2. **Antecedentes Gineco-Obstétricos**

- Post-menopausia  
SI ( ) No ( )
- Puerperio o Post-aborto  
SI ( ) No ( )
- Embarazo actual  
SI ( ) No ( )
- Histerectomía  
SI ( ) No ( )

3. **Citologías previas en el Instituto**

- SI ( ) No ( ) No sabe ( )
- En caso positivo escriba el número interno de patología

4. **Lesión visible en el cérvix**

- SI ( ) No ( )
- Especifique:

5. **Antecedentes de lesiones malignas en el aparato genital**

- SI ( ) No ( ) No sabe ( )

6. **Otras** 8

Tomó la muestra: 9

**PARA CANCELADO POR PATOLOGÍA**  
**INFORME DE CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL**

- Identificación de la laminita	SI ( )	No ( )
- Sangre, inflamación, áreas gruesas, desecación, contaminación de 75 % o más células epiteliales	SI ( )	No ( )
- Células epidermoides bien preservadas que ocupan el 10 % de la laminita	SI ( )	No ( )
- Sangre, inflamación, áreas gruesas, desecación, contaminación de 50 % e 75 % de las células epiteliales	SI ( )	No ( )
- Información clínica pertinente	SI ( )	No ( )
- Atrafia	SI ( )	No ( )

Espécimen: Bethesda OMS I, A, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9  
A, L, I  
NI, C, T, AC, H, CM, G  
NI, BG, AG, CE, FC, FL, IG  
NI, CA, CB, CG, D7, EC, EM

Infeción: SI ( ) No ( )  
Lesión en células epidermoides: SI ( ) No ( )  
Lesión en células glandulares: SI ( ) No ( )  
Otras neoplasias: ninguna ( ) en caso positivo especifique: SI ( ) No ( )  
Cambios morfológicos del VPH: SI ( ) No ( )

Observaciones (palomae):  
Presencia de células endocervicales y de metaplasia ( )  
Presencia de células endocervicales ( ) Presencia de células de metaplasia ( )  
No hay células endocervicales ni de metaplasia ( ) Inflamación

Flora: mbta ( ) cocoide ( ) bacilar ( )

Otras características:

Diagnóstico: Bethesda \_\_\_\_\_  
OMS: \_\_\_\_\_




Revisó el patólogo SI ( ) No ( ), en caso positivo escriba el RFC del mismo \_\_\_\_\_  
RFC citotecnólogo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CANCELADO

#### CONTROL DE EMISIÓN

Elaboró:		Revisó:		Autorizó:	
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio		
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina		
Firma:					
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18		






 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 44 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.12: BANCO DE SANGRE**


No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Exp.	El número de expediente del Paciente
3	Cama	El número de cama en caso de que el Paciente se encuentre hospitalizado
4	Diagnóstico	La enfermedad identificada en el Paciente
5	Hb.	El valor de la hemoglobina
6	Ht.	El valor del hematocrito
7	Transferencias previas	Elegir si tiene o no transferencias previas
8	Fecha de última transfusión	La fecha de la última transfusión
9	Reacciones postranf.	Elegir si tiene o no reacciones postranf.
10	Tipo de reacción	El tipo de reacción
11	Embarazos	En su caso elegir si ha tenido embarazos
12	Producto con enfermedad hemolítica	Elegir si es producto con enfermedad hemolítica
13	Sangre total	La cantidad de sangre total que comprende la muestra
14	Sangre fresca	La cantidad de sangre fresca que comprende la muestra
15	Glóbulos rojos	La cantidad de glóbulos rojos que comprende la muestra
16	Plasma	La cantidad de plasma que comprende la muestra
17	Concentrado de plaquetas	Las unidades de plaquetas que tiene el concentrado
18	Factor VIII	Las unidades de Factor VIII que tiene la muestra
19	Urgente, ordinaria, guardia	Elegir según sea el caso
20	SE OPERA EL	La fecha de cirugía del Paciente

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 45 <b>DE:</b> 55

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
21	Hrs.	El horario de la cirugía
22	Solicitada por:	El nombre del médico que solicita la sangre
23	Fecha	Fecha en la que se solicita
24	Hora	Hora en la que se solicita



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**Banco de Sangre**  
Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI  
Tel. 54 87 09 00 ext. 2940




Nombre: \_\_\_\_\_ 1      Exp. \_\_\_\_\_ 2      Cama \_\_\_\_\_ 3  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_ 4      Hb. \_\_\_\_\_ 5      Ht. \_\_\_\_\_ 6  
 Transferencias previas: Si ( ) No ( ) 7      Fecha última de transfusión \_\_\_\_\_ 8  
 Reacciones postranf. Si ( ) No ( ) 9      Tipo de reacción \_\_\_\_\_ 10  
 Embarazos: Si ( ) No ( ) 11      12 Producto con enfermedad hemolítica: Si ( ) No ( )  
 Sangre total \_\_\_\_\_ 13 ml. Sangre fresca \_\_\_\_\_ 14 ml. Glóbulos rojos \_\_\_\_\_ 15 ml.  
 Plasma \_\_\_\_\_ 16 ml. Concentrado de plaquetas \_\_\_\_\_ 17 U. Factor VIII \_\_\_\_\_ 18 U.  
 URGENTE ( ) ORDINARIA ( ) GUARDIA ( ) SE OPERARÁ \_\_\_\_\_ 20      Hrs. \_\_\_\_\_ 21  
 DONADORES \_\_\_\_\_ 19      GPO. SANGRE \_\_\_\_\_      RECIBIDA POR: \_\_\_\_\_

CANCELADO

Solicitada por: \_\_\_\_\_ 22      Fecha \_\_\_\_\_ 23      Hora \_\_\_\_\_ 24  
 Solicitada recibida por: \_\_\_\_\_      Fecha \_\_\_\_\_      Hora \_\_\_\_\_

20015600

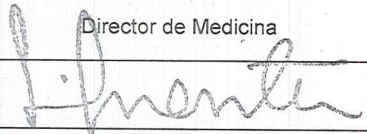
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 46 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.13: LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Expediente	El número de expediente
3	Cama:	El número de cama en caso de que el Paciente se encuentre hospitalizado
4	Edad:	La edad del Paciente
5	Diagnóstico	La enfermedad identificada en el Paciente
6	Clasific:	El nivel socioeconómico del Paciente
7	Sexo:	El género del Paciente
8	TIROIDES, GAMMAGRAFÍA	Elegir el tipo de estudio a realizar
9	OBSERVACIONES FECHA	Alguna especificación que el médico requiera del estudio
10	SOLICITO EL EXAMEN DR:	El nombre del médico que realiza la solicitud
11	FECHA	La fecha en que se solicita el estudio
12	FECHA	La fecha en que se realiza el estudio

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Consulta Externa

2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01

HOJA: 47

DE: 55



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR  
LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR

Nombre: \_\_\_\_\_ 1 Expediente: \_\_\_\_\_ 2 Cama: \_\_\_\_\_ 3 Edad: \_\_\_\_\_ 4  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 5 Clasific.: \_\_\_\_\_ 6 Sexo: \_\_\_\_\_ 7

TIROIDES 8

- Captación de Yodo
- inhibición con T<sub>3</sub>
- Tratamiento con <sup>131</sup>I de 1 a 30 mCi
- Tratamiento con <sup>131</sup>I de 31 a 50 mCi
- Tratamiento con <sup>131</sup>I de 51 a 150 mCi
- Tratamiento con <sup>131</sup>I de 200 a 300 mCi

GAMMAGRAFIA

- Tiroides
- Cerebro
- Rastreo de cuello y mediastino <sup>131</sup>I ó Sestamibi
- Rastreo de cuello y mediastino con radioactividad residual (pos <sup>131</sup>I)
- Glandulas salivales
- \* Glandulas suprarrenales
- \* Glandulas Paratiroides
- Pulmones
- Hígado
- Bazo
- Articulaciones
- Lesiones óseas
- Infarto al miocardio (S.P.E.T.)
- Corazón FE
- Vaciamiento gástrico
- Vías Biliares
- \* Cerebro SPET
- \* Cisterna
- Riñon
- Esófago
- \* Mamas
- \* Absorción de Vit. B<sub>12</sub>-Co<sub>57</sub>
- \* Sangrado Tubo Digestivo bajo \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

CANCELADO




NOTA: \* Se requiere autorización del jefe del Departamento

OBSERVACIONES FECHA \_\_\_\_\_ 9  
SOLICITO EL EXAMEN DR.: \_\_\_\_\_ 10 FECHA \_\_\_\_\_ 11  
FECHA \_\_\_\_\_ 12

20015210

### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 48 <b>DE:</b> 55

**FORMATO 9.14: LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre del Paciente:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Registro:	El número de expediente del Paciente
3	C. Ext:	Identificar si el estudio es solicitado a través de la consulta externa
4	Hospitalización cama:	El número de cama donde se encuentra hospitalizado el Paciente
5	Edad:	La edad del Paciente en años cumplidos
6	Fecha:	La fecha de solicitud de estudio
7	Nombre Médico:	El nombre del médico solicitante del estudio
8	Especialidad:	La especialidad donde se atiende el Paciente
9	ELECTROENCEFALOGRAMA ELECTROENCEFALOGRAMA Y MAPEO	Elegir el tipo de estudio
10	Diagnósticos	La enfermedad o enfermedades identificada(s) en el Paciente
11	Tipo Clínico de crisis	Las características clínicas de las crisis convulsivas
12	Medicamentos	El nombre de los medicamentos que el Paciente utiliza
13	Fecha última crisis	La fecha en la que convulsiono por última vez
14	EEG Anterior	La fecha del electroencefalograma anterior
15	VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA	Elegir el tiempo para el videoelectroencefalograma
16	Diagnósticos:	La enfermedad o enfermedades identificada(s) en el Paciente
17	Tipo clínico de crisis	Las características clínicas de las crisis convulsivas
18	Medicamentos	El nombre de los medicamentos que el Paciente utiliza
19	Fecha última crisis	La fecha en la que convulsiono por última vez
20	EEG anterior	La fecha del electroencefalograma anterior

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 49 <b>DE:</b> 55

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
21	VELOCIDADES DE CONDUCCIÓN NERVIOSA	Anotar el diagnóstico y elegir si son miembros superiores, inferiores o 4 extremidades
22	ELECTROMIOGRAFÍA	Anotar el diagnóstico y elegir si son miembros superiores, inferiores o 4 extremidades
23	POTENCIALES EVOCADOS	Anotar el diagnóstico y elegir si son miembros superiores, inferiores o 4 extremidades
24	PRUEBA DE ELECTROESTIMULACION REPETITIVA (JOLLY)	Anotar el diagnóstico
25	RESPUESTA SIMPATICA DE LA PIEL Y VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA	Anotar el diagnóstico

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Consulta Externa

2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas




INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 50

DE: 55


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
**LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ 1      Registro: \_\_\_\_\_ 2      C. Ext.: \_\_\_\_\_ 3      Hospitalización cama: \_\_\_\_\_ 4  
 Edad: \_\_\_\_\_ 5      Fecha: \_\_\_\_\_ 6      Nombre Médico: \_\_\_\_\_ 7      Especialidad: \_\_\_\_\_ 8

ELECTROENCEFALOGRAMA       ELECTROENCEFALOGRAMA Y MAPEO   
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 10  
 Tipo Clínico de crisis: \_\_\_\_\_ 11  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_ 12  
 Fecha última crisis: \_\_\_\_\_ 13      EEG anterior: \_\_\_\_\_ 14

VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA 15 2 HORAS       HORAS   
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 16  
 Tipo Clínico de crisis: \_\_\_\_\_ 17  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_ 18  
 Fecha última crisis: \_\_\_\_\_ 19      EEG anterior: \_\_\_\_\_ 20

**VELOCIDADES DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (CON REFLEJO H Y ONDA F)**  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 21  
 Miembros Superiores       Miembros Inferiores       4 extremidades

**ELECTROMIOGRAFÍA**  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 22  
 Miembros Superiores       Miembros Inferiores       4 extremidades

**POTENCIALES EVOCADOS**  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 23  
 Visual       Auditivos       Somatosensoriales MSe       Somatosensoriales Mels       P300




**PRUEBA DE ELECTROESTIMULACIÓN REPETITIVA (JOLLY)**   
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 24

**RESPUESTA SIMPÁTICA DE LA PIEL Y VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA**   
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 25

CANCELADO

**CONTROL DE EMISIÓN**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 51 <b>DE:</b> 55




**FORMATO 9.15: SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Registro:	El número del expediente del Paciente
3	Edad:	La edad del Paciente en años cumplidos
4	Hospital de Referencia	El nombre de la institución de salud que refiere al Paciente para el estudio
5	Sexo	Elegir si Masculino o Femenino
6	Fecha de Solicitud:	La fecha en que se realiza la solicitud
7	Diagnóstico Clínico	La enfermedad o enfermedades identificada(s) en el Paciente
8	Urgente o Electiva	Elegir si es urgente o electiva
9	Panendoscopia, Colonoscopia Colangiopancreatografía Ecoendoscopia	Elegir el tipo de estudio a realizar
10	Teléfono	El número de teléfono del Paciente
11	Autorizó	El nombre de la persona que autoriza el estudio
12	el día	El día que se realizará el estudio
13	de	El mes que se realizará el estudio
14	de	El año que se realizará el estudio
15	A las	El horario en que llevará a cabo el estudio
16	Solicitó el examen	El nombre del Médico que solicita el estudio
17	Programó:	El nombre de la persona que programa el estudio

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18








 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 53 <b>DE:</b> 55


**FORMATO 9.16: SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, SOLICITUD DE ESTUDIOS**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE:	La fecha de nacimiento del Paciente
2	REGISTRO	El número de expediente del Paciente
3	CAMA	El número de cama en donde se encuentra hospitalizado el Paciente
4	DIAGNÓSTICO	La enfermedad o enfermedades identificada(s) en el Paciente
5	Espirometría, gasometría, caminata, medición, prueba de ejercicio	Elegir el tipo de estudio a realizar
6	Solicitó examen	El nombre del Médico que solicita el examen
7	Fecha	La fecha de la solicitud del estudio
8	SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	Elegir el tipo de estudio a realizar

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 54 <b>DE:</b> 55



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**SERVICIO DE NEUMOLOGÍA**

**SOLICITUD DE ESTUDIOS**

PEGAR ETIQUETA

NOMBRE \_\_\_\_\_ 1      REGISTRO \_\_\_\_\_ 2      CAMA \_\_\_\_\_ 3

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_ 4

5.

<input type="checkbox"/> 140006 Espirometría simple	<input type="checkbox"/> 140023 Caminata de 6 minutos
<input type="checkbox"/> 140005 Espirometría con respuesta a broncodilatador	<input type="checkbox"/> 140027 Difusión de monóxido de carbono
<input type="checkbox"/> 140009 Espirometría Alergia	<input type="checkbox"/> 140046 Medición de presiones max. inspiratorias y espiratorias
<input type="checkbox"/> 140037 Espirometría simple y gasometría arterial	<input type="checkbox"/> 140047 Medición volúmenes pulmonares
<input type="checkbox"/> 140038 Espirometría simple y oximetría de pulso	<input type="checkbox"/> 140048 Prueba de función pulmonar

Solicitó examen \_\_\_\_\_ 6      Fecha \_\_\_\_\_ 7

**INDICACIONES:**

**NO PIERDA ESTA SOLICITUD.** Es indispensable para poder hacer el pago del (los) estudio (s) solicitado (s) por su médico.




El día de su estudio:

- 1.- Tomar los medicamentos indicados por su médico.
- 2.- **NO APLICAR** aerosoles (broncodilatadores), al menos 6 horas previas al estudio.
- 3.- Tomar alimentos ligeros.
- 4.- No consumir bebidas con cafeína (café, té, refresco de cola).
- 5.- **ANTES** de pasar a su estudio, **FAVOR DE PAGAR** en la caja de Urgencias.
- 6.- Presentarse puntualmente, en el **SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, SEGUNDO PISO DE HOSPITALIZACIÓN.**
- 7.- Para la **CAMINATA DE 6 MINUTOS**, vestirse con ropa cómoda y zapatos de piso (de preferencia, tenis).

Para programar, reprogramar o cancelar su estudio favor de comunicarse al teléfono 54870999.

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 55 <b>DE:</b> 55

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

3

Broncoscopia flexible diagnóstica  
 Lavado y cepillos  
 Biopsia  
 Broncoscopia flexible terapéutica  
 Cateterismo Derecho  
 Simple  
 Con Prueba de Reto

Biopsia Transbronquial  
 Otra \_\_\_\_\_  
 Indicación: \_\_\_\_\_

**EXÁMENES DE LABORATORIO:**

Hb	g/dL	Hto	%	Plaquetas	k/uL
TP	seg	TTP	seg	INR	Creatinina

**GASOMETRÍA ARTERIAL:**

FiO <sub>2</sub>	pH	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	SO <sub>2</sub>	%
------------------	----	------------------	-------------------	-----------------	---

**ESPIROMETRÍA:**

FVC	%	FEV <sub>1</sub>	%	FEV <sub>1</sub> /FVC	%
-----	---	------------------	---	-----------------------	---

Tipo de estudio:  Electivo  Urgencia

**INDICACIONES:**

- Para la realización de procedimientos invasivos se requiere de 12 horas de ayuno.
- Tomar medicamentos indicados por su médico con un sorbo mínimo de agua.


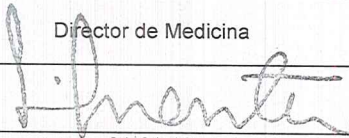
**NOTA:**

Los pacientes externos, al presentarse en el Área de Estancia Corta (planta baja), recibirán indicaciones para la realización del pago correspondiente.

Nombre y firma del médico que solicita:

\_\_\_\_\_

9

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 27

### 3. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR CITAS SUBSECUENTES, EXAMENES DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE GABINETE EN EL SISTEMA INFORMÁTICO VIGENTE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		HOJA: 2 DE: 27

## 1.0 PROPÓSITO

Programar citas subsecuentes al paciente ambulatorio a fin de otorgar un servicio oportuno y mantener un control de las consultas.

## 2.0 ALCANCE

**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica al personal médico, paramédico y administrativo del Departamento de Consulta Externa


**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes y/o Familiares

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. El Médico Especialista y/o Médico Residente es el responsable de elaborar las solicitudes, cuando se requieran, a consultas subsecuentes de su especialidad, a exámenes de laboratorio (**Anexo 1**) y estudios de gabinete (**Anexos 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13 y 14**), así como a las interconsultas pertinentes, en papel o en el Sistema Informático Vigente (**SIV**).
2. El Médico Especialista es responsable de supervisar las actividades académicas y de destreza de los Médicos Residentes
3. La Recepcionista solo asigna una cita cuando exista disponibilidad en el SIV.
4. La Recepcionista solicita el visto bueno del Médico Especialista de algunas especialidades médicas para programar las citas de interconsulta.
5. El Médico Especialista revisa en el expediente clínico si el Paciente amerita la cita de acuerdo a los criterios establecidos para la especialidad.
6. El Supervisor Administrativo de Piso, una vez que se tiene el visto bueno, agenda la cita y notifica, cuando se requiera, vía telefónica al paciente.
7. La Recepcionista verifica si el paciente ha sido dado de alta de la especialidad en que se atiende, en cuyo caso bloquea la posibilidad de agendar nuevas citas a ésta en el SIV.
8. La Recepcionista programa citas de laboratorio en función de la disponibilidad.
9. La Recepcionista programa la cita en la consulta de reingreso a los pacientes que no hayan recibido atención en el Instituto por más de 18 meses.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 27

#### DE LA PROGRAMACION DE EXAMENES DE LABORATORIO Y ESTUDIOS DE GABINETE

10. La Recepcionista en caso de programar exámenes de laboratorio orienta y/o entrega al Paciente los instructivos y/o recolectores correspondientes de acuerdo al tipo de estudio.
11. La Recepcionista informa al paciente del mecanismo para programar la cita correspondiente para realizar los estudios de gabinete.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Recepcionista	1	Recibe del Paciente la solicitud de exámenes de laboratorio ( <b>Anexo 1</b> ), y algunos estudios de gabinete, así como la solicitud de citas subsecuentes o de interconsulta ( <b>Formato 1</b> ) y solicita el comprobante de pago. ( <b>Política 1 y 3</b> )
Recepcionista	2	Revisa el tiempo en el que se solicita la cita de la especialidad para verificar la disponibilidad.  ¿Existe disponibilidad de la especialidad?  No: Deja en lista de espera y entrega el formato de citas a más de 12 meses ( <b>Formato 2</b> ). ( <b>Política 4, 6 y 7</b> )  Si: Programa la cita
Recepcionista	3	Revisa en el sistema informático vigente el historial de citas del paciente.  ¿El Paciente ha sido atendido previamente en la especialidad?  No: Programa la consulta de primera vez  Si: Programa la consulta subsecuente ( <b>Política 9</b> )
Recepcionista	4	Programa la cita al laboratorio y captura las claves de los exámenes solicitados en papel o en el sistema informático vigente.
Recepcionista	5	Imprime el itinerario de citas ( <b>Formato 3</b> ) y lo entrega al Paciente. ( <b>Política 9</b> )
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

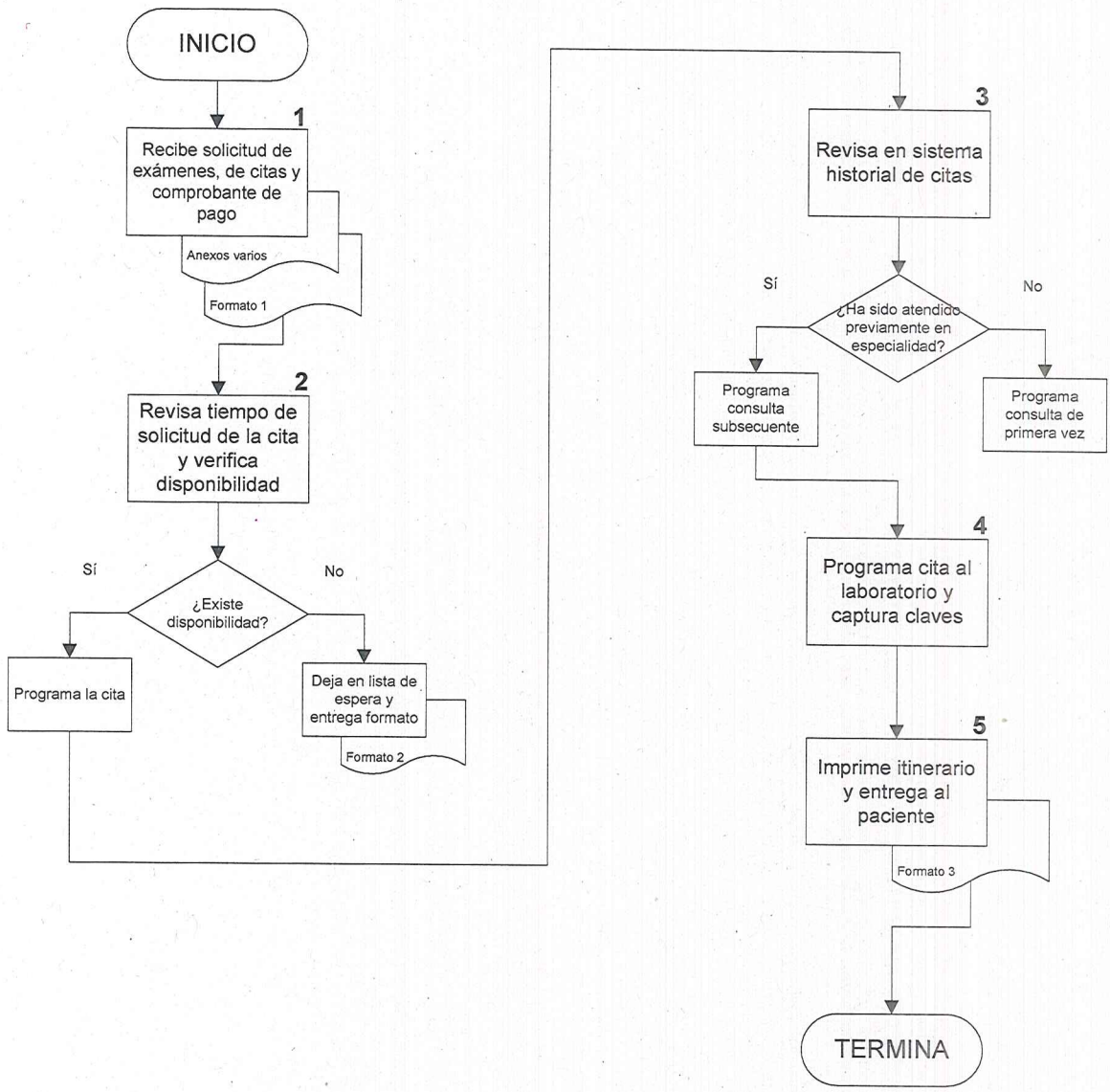
#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



5.0 DIAGRAMA DE FLUJO




Recepcionista



CONTROL DE EMISION

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 27

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Solicitud de Citas Subsecuentes o de Interconsulta	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Formato 2 Cita a más de 12 meses	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Formato 3 Citas Agendadas (itinerario)	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA
Anexo 1 Solicitud de Exámenes de Laboratorio	6 años	Departamento de Laboratorio Central	4S.6
Anexo 2 Solicitud General (Radiología e Imagen)	6 años	Departamento de Radiología e Imagen	4S.6
Anexo 3 Ecocardiograma	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Anexo 4 Prueba de esfuerzo	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Anexo 5 Holter	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Anexo 6 Electrocardiograma	6 años	Departamento de Cardiología	4S.6
Anexo 7 Solicitud de estudio de Polisomnografía y/o Consulta de Trastornos del Dormir	6 años	Clínica del Sueño	4S.6
Anexo 8 Solicitud de Examen Anatómico-Patológico	6 años	Departamento de Patología	4S.6
Anexo 9 Solicitud para Citología Cervicovaginal (Papanicolaou)	6 años	Departamento de Patología	4S.6
Anexo 10 Banco de Sangre	6 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.6
Anexo 11 Laboratorio de Medicina Nuclear	6 años	Departamento de Medicina Nuclear	4S.6
Anexo 12 Laboratorio de Neurofisiología Clínica	6 años	Servicio de Laboratorio de Neurofisiología Clínica	4S.6

### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 27

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Anexo 13 Solicitud de Estudio Endoscópico	6 años	Departamento de Endoscopia	4S.6
Anexo 14 Servicio de Neumología, solicitud de estudios	6 años	Servicio de Neumología	4S.6

Nota: todos los formatos de atención médica se considerara su tiempo de conservación a partir de la última cita médica del Paciente

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Cita Subsecuente:** Consultas posteriores
- 7.2. Destreza:** Habilidad y experiencia en la realización de una actividad determinada, generalmente automática o inconsciente
- 7.3. Interconsultas:** Especialidad Médica o Paramédica a la que es enviado el Paciente de acuerdo a los datos clínicos encontrados a fin de cumplir con su tratamiento integral.
- 7.4. Itinerario:** Descripción o Guía de las citas que tiene el Paciente programadas.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN


Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	31-01-18	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente


## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: SOLICITUD DE CITAS SUBSECUENTES O DE INTERCONSULTAS

- | No. | CONCEPTO           | SE ANOTARÁ  |
|-----|--------------------|---|
| 1   | Será en el mes de: | El mes que va a requerir la consulta                              |
| 2   | En el mes de:      | El mes en el que el Paciente deberá llamar para concretar su cita |

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 27



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

---

**ESTIMADO PACIENTE SU PRÓXIMA CONSULTA Y LABORATORIO**


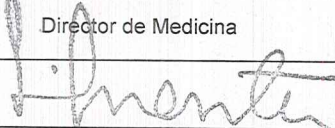
Será en el mes de: \_\_\_\_\_




---

**CANCELADO**

Para darle el día y la hora de la consulta, es indispensable que se comunique al siguiente número telefónico en el horario de 08:00 a.m. a 06:00 p.m. 5487-09-00 exts. 5921, 5922 y 5923 ó en la página de internet [www.innsz.mx](http://www.innsz.mx)

En el mes de: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 27

**FORMATO 9.2:** Cita a más de 12 meses

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	CITA A	La especialidad a la que se dará la cita
2	TIEMPO	El tiempo en el que el medico solicita la cita
3	MÉDICO	El nombre del médico que atenderá al paciente
4	INTECONSULTAS: A _____	Indica en el caso necesario la interconsulta a otra especialidad
5	MÉDICO	El nombre del médico que atenderá al paciente

CITA A \_\_\_\_\_ 1

TIEMPO \_\_\_\_\_ 2

MÉDICO \_\_\_\_\_ 3

INTERCONSULTAS:

A \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 1a. Vez

MÉDICO \_\_\_\_\_ Subsec.

A \_\_\_\_\_ 1a. Vez

MÉDICO \_\_\_\_\_ Subsec.

20009550



**CONTROL DE EMISIÓN**


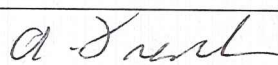
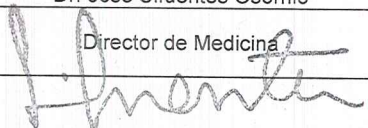
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 27

**FORMATO 9.3: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

**No.** 1      **CONCEPTO**      **SE ANOTARÁ**  
 1      EXP:      El número de registro temporal

	Vaseo de Quiroga No. 15 Colonia Belisario Domínguez Sección XVI Delegación Tlalpan México, D.F. 14060 Tel.: (52) 54-87-59-60 ext 5921, 5922, 5923, 5940 www.incmaz.mx	 Fecha de nacimiento: Edad: EXP: 1      Sexo: Paciente: Teléfono:			
	<b>CITAS AGENDADAS</b>				
<b>Numero</b>	<b>Fecha Día/Mes/Año</b>	<b>Hora Hr:Min</b>	<b>Agenda</b>	<b>Precio</b>	<b>Ubicación</b>
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita.          Indicaciones:</p> <p style="font-size: 2em; opacity: 0.5; transform: rotate(-15deg);"><b>CANCELADO</b></p>					
Página 1 / 1		Impresión:		25-ene-17	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 27

### ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 1: SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO**



**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**  
Solicitud de Exámenes de Laboratorio

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

pegar etiqueta

---

<p><b>QUÍMICA CLÍNICA (SUERO)</b></p> <p>0110 Ácido úrico        0120 ALAT (TGP)        0130 Albúmina        0280 Amilasa pancreática        0290 Amilasa total        0270 Amonio        0810 Apolipoproteínas A1 y B        0820 ASAT (TGO)        0370 Bilirrubinas        0880 Bilirrubinas (total, directa/indirecta)        0910 Calcio        0800 Carga de carotenos        1020 Carotenos en sangre        1130 Colesterol total        1230 CPK        1960 CPK fracción MB        1240 Creatinina        1590 DHL        1670 Electrolytos (Na, K, Cl, Co2)        1910 Fosfatasa alcalina        1830 Fósforo        2000 Gammaglutamil transferasa        2030 Glucosa        2050 Glucosa posprandial 2 h(basal/2hrs)        2130 Hemoglobina glucosilada        2241 Homocisteína        2450 Lipasa        2490 Magnesio        2590 Nitrógeno ureico (BUN)        3010 P. función hepática completa        2760 Perfil de lípidos        2830 Potasio        2940 Proteínas totales        3030 SG-3 (glu, bun, crea)        3090 Sodio        2665 Tolerancia a la glucosa 2 hs (basal/2 hrs)        2675 Tolerancia a la glucosa 3 hs        2685 Tolerancia a la glucosa 5 hs        3285 Troponina I        3289 Triglicéridos</p> <p><b>PATOLOGÍA</b></p> <p>1652 Citología cervico-vaginal (base líquida)        1666 Citología expectoración        1669 Citología en orina</p>	<p><b>HEMATOLOGÍA</b></p> <p>0139 Acido fólico        0215 Alfa 2 antipiasmina        0140 Agregación plaquetaria        0325 Anticoagulante lúpico        0780 Antitrombina III funcional        1877 Células CD34, enumeración        1970 Citología hemática        1135 Coombs directo        1620 Dímeros D-D        1690 Eritropoyetina        1740 Estudio de la médula ósea        1830 Factor VIII        1870 Fibrina        1880 Fibrinógeno        1920 Fosfatasa alcalina de leucocitos        2072 Grupo sanguíneo ABO y Rh        2060 Haptoglobinas        2170 Hemosiderina en        2200 Hierro sérico y capacidad        2340 Inmunofenotipo de leucocitos        2900 Proteína C reactiva        2910 Proteína S sérica        2920 Proteína S sérica        3010 Reacción para HPN citometría        3000 Resist. a la Prot. C activada        3000 Reticulocitos        3000 Tiempo de sangrado (hs)        3190 TP        3230 TTP        3246 TP y TTP        3220 TT        3310 Vel. sedimentación globular        3340 Vitamina B12</p> <p><b>MARCADORES TUMORALES</b></p> <p>0210 Alfa fetoproteína        0670 Antígeno CA 15-3        0680 Antígeno CA 19-9        0690 Antígeno CA 125        0690 Antígeno carcinoembrionario        0730 Antígeno prostático específico        0730 Ag. prostatico esp. frac. libre        0950 Beta-2-microglobulina        1950 Fracción beta de HGC</p>	<p><b>MEDICINA CRÍTICA (sangre total)</b></p> <p>2019 Gasometría arterial        2013 Gasometría venosa        1930 Calcio ionizado sangre total        1985 Electrolytos sangre tot. (Na/K/Cl)        2055 Glucosa sangre total        2410 Lactato sangre total</p> <p><b>SEROLOGÍA (Infectología)</b></p> <p>0570 Ac. anti-VHA total        0560 Ac. anti-VHA IgM        0400 Ac. anti-core VHB IgM        0360 Ac. anti-e VHB        0350 Ac. anti-s VHB        0520 Ac. anti-VHC        0400 Ac. anti-Ambixianos        0412 Ac. anti-Borrelia burgdorferi        0390 Ac. anti-Chlamydia trachomatis IgG        0380 Ac. anti-Chlamydia trachomatis IgM        0400 Ac. anti-Rubella IgG        0407 Ac. anti-Rubella IgM        0540 Ac. anti-Toxoplasma IgG        0530 Ac. anti-Toxoplasma IgM        0640 Ac. anti-Treponema        0590 Ac. anti-VIH 1/2        3320 Ac. anti-VIH (Confirmatoria)        0580 Ac. anti-Virus Epstein Barr        0275 Ag. Adenovirus        0945 Ag. Bacterianas en LCR        0700 Ag. Chlamydia en LCR        0650 Ag. "e" VHS        3322 Ag. Virus influenza A        3323 Ag. Virus influenza B        3325 Ag. Virus parainfluenza 1        3326 Ag. Virus parainfluenza 2        3327 Ag. Virus parainfluenza 3        3329 Ag. Virus sincicial respiratorio        0730 Ag. Superficie VHB        0948 Antigenemia CMV        0900 Brucella (Huddleson)        3300 VDRL        2745 Perfil de hepatitis viral        2742 Perfil de hepatitis crónica        2945 Panel virus respiratorio</p>
---	--	--

CANCELADO

**CONSULTAS**

Cita a: _____	Médico: _____	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs.	Fecha: _____
Cita a: _____	Médico: _____	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs.	Fecha: _____
Cita a: _____	Médico: _____	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs.	Fecha: _____
Cita a: _____	Médico: _____	<input type="checkbox"/> 1a	<input type="checkbox"/> subs.	Fecha: _____

06-03-2018

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 12

DE: 27

MICROBIOLOGÍA	ESTUDIOS EN ORINA	INMUNOLOGÍA
0710 Ag. Chlamydia trachomatis	0050 Ácido úrico en orina	0023 Ac. anti-anexa-V
0220 Amiba en fresco y leucocitos	0250 Amilasa	0067 Ac. anti-beta 2 glicoprot IgG/IgM
0930 Aspirado duodenal	0920 Calcio en orina	0088 Ac. anti-cardiolipina IgG/IgM
1230 Coproparasitológico (1) (2)	1250 Creatinina en orina	0230 Ac. anti-cardiolipina IgA
1290 Cryptosporidium e Isospora	0090 D-Xilosa; absorción	0470 Ac. anti-células parietales
2310 Hemenocitos, búsqueda	1660 Electrolytos en orina (Na y K)	0590 Ac. anti-centrómero
2440 Hongos en búsqueda	1780 Examen general de orina	0393 Ac. ANCA's
2380 Intradermorreacción (PPD)	1940 Fósforo en orina	0803 Ac. anti-DNA (Cntrida luciliae)
1696 Legionella pneumophila	2940 Glucosa en orina	0404 Ac. anti-DNA doble cadena (ELISA)
2540 Mycobact. / ugo gastr. No	2520 Microalbuminuria/orina 24 h	0401 Ac. anti-DNA cadena sencilla (ELISA)
2530 Mycobact. / expectora. No	2640 Pncroelauri	0405 Ac. anti-DNA (Fem)
2560 Mycobact. / orina No	0170 Proteínas en orina	0411 Ac. anti-glándulas salivales
2580 Mycobact. en: No	2830 Proteína de Bence Jones	0085 Ac. anti-endorfisiales
1596 Mycoplasma / ureoplasma		0428 Ac. anti-glándula
2820 Pneumocystis	<b>NEFROLOGÍA</b>	0429 Ac. anti-histonas
3390 Raspado anal	0130 Actividad plasmática renina	0430 Ac. anti-hormonas tiroideas
3243 Toxina de Clostridium difficile	1090 Citratos en orina	0451 Ac. anti-Iof-1
3324 Virus papiloma humano	2190 Hidroxiprolinas	0456 Ac. anti-LKM-1
	1925 Fosfatasa alcalina ósea	0406 Ac. anti-MBG
<b>CULTIVOS</b>	2630 Oxalatos en orina	0490 Ac. anti-mitochondriales
1320 Absceso	2730 Perfil de ácido úrico	0465 Ac. anti-MFQ
1506 Biopsia	2740 Perfil de calcio	0490 Ac. anti-músculo liso
1650 Cálifer	2770 Perfil de fósforo	0036 Ac. anti-neuronales
1365 Citomegalovirus	2760 Perfil óseo	0390 Ac. anti-nucleares (IFI)
1190 Coprocultivo	2790 Perfil paratiroideo	0459 Ac. anti-nucleosomas
3370 Expectora. con trampa	2861 Prueba de KTV urea	0475 Ac. anti-PR2
1360 Exudado faríngeo	3160 N-telopeptidos en orina	0471 Ac. anti-protombina IgG
1390 Exudado nasal		0472 Ac. anti-protombina IgM
1400 Exudado prostático	<b>GENÉTICO</b>	0473 Ac. anti-P ribosomal (ELISA)
1795 Exudado uretral	1000 Cariotipo en sangre	0410 Ac. anti-RNP/Sm
1420 Exudado vaginal	0990 Cariotipo en orina	0478 Ac. anti-am
2100 Hemocultivo (1) (2)	2180 Cariotipo de yó sangre	0479 Ac. anti-Sci-70
1555 Herpes simple	2005 HLA promolisis, mutaciones en HFE	0089 Ac. anti-SSA/Ro y SSB/La
1430 Lavado broncoalveolar	510 Mutación C677T del gen MTHFR	0610 Ac. anti-suprarrenales
1325 LCR		0610 Ac. anti-tiroideos
1440 Líquido articular	<b>HORMONAS</b>	1790 Análisis de líquido sinovial
1450 Líquido biliar	0185 Aldosterona en suero	0750 Antígeno HLA-B27
1470 Líquido de ascitis	0186 Aldosterona en orina	1290 Crioglobulinas
1490 Líquido de cistitis	0820 17-alfa-hidroxiesteroes	1810 Factores reumatoide
1485 Líquido pericárdico	2250 ACTH	2360 Immunoglobulinas (C.M.A)
1490 Líquido pleural	0290 Androstenediona D4	2440 Linfocitos CD4 y CD8
2525 Melocultivo	0640 Calcitonina	1140 Proteína C3
1520 Sect. purulentas (anaerobios)	1210 Cortisol (AM) (PM)	0603 Proteínas C3 y C4
3230 Urocultivo	1230 Cortisol en orina	2605 Proteína C reactiva ultrasensible
1557 Virus varicela-zoster	1558 Curva insulina 3 h	
	1559 Curva insulina 5 h	<b>VARIOS</b>
<b>BILOGÍA MOLECULAR</b>	1550 Dehidroepiandrosterona	0260 Cálculos renales (análisis)
0982 Carga viral hepatitis "C"	1570 Dehidrotestosterona	1063 Citoquímico LCR
0963 Carga viral de VIH	1730 Estradiol	1790 Citoquímico líquido de ascitis
2551 Reacc. polimerasa cadena en:	2020 Gastrina	1096 Citoquímico líquido de diálisis
	2040 HCG en orina	1080 Citoquímico líquido pleural
<b>NIVELES FARMACOS</b>	2250 Hormona de crecimiento	1830 Electroforesis de hemoglobinas
0120 Ácido valproico	2290 Hormona folículo estimulante	1550 Electroforesis de proteínas séricas
0230 Amikacina	2390 Hormona luteinizante	1652 Electroforesis de proteínas en LCR
0870 Carbamazepina	2370 Insulina	1854 Electroforesis de proteínas en orina
1050 Cidofovirina A	2670 Progesterona	1700 Espermatozoos copia directa
1610 Digoxina	2680 Protactina	1710 Espermatozoos copia indirecta
1650 Fenitoina	3000 Pruebas de función tiroidea	3185 Estudio aliento urea marcada C-13
1692 Fenobarbital	2300 PTH molécula intacta	
3116 Teofilinas	3180 Testosterona	<b>ESTUDIOS NO INCLUIDOS</b>
Observaciones:	Observaciones:	


### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	Departamento de Consulta Externa		REV: 01
	3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente		HOJA: 13 DE: 27

**ANEXO 2: SOLICITUD GENERAL (RADIOLOGÍA E IMAGEN)**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**Departamento de Radiología e Imagen**  
Solicitud General

Pegar Etiqueta

Nombre \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
 Registro \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_


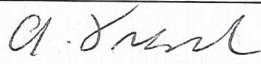
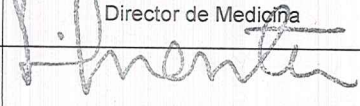
Principales síntomas y signos clínicos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Creatinina \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Provisional: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Solicitó el examen \_\_\_\_\_ Practicó el examen \_\_\_\_\_

ESTUDIOS GENERALES					
5210	Abdomen 1 p.	5590	Miembro 2 p. bilateral	6340	Est. angiográfico de fístulas de diabetes (set)
5220	Abdomen 2 p.	5510	Miembro 2 p. unilateral	6000	Abolición por radioterapia
5230	Abdomen 3 p.	5520	Miembro 3 p. bilateral	6010	Acceso vascular (sin set)
5240	Abdomen 4 p.	5530	Miembro 3 p. unilateral	6020	Angiografía de troncos supraorticos
5250	Abdomen 5 p. bilateral	5540	None	6030	Angioplastia con colocación de stent (sin set)
5260	Abdomen 5 p. unilateral	5550	Orbita	6040	Angioplastia de fístula de diálisis (sin set)
5270	Abdomen 6 p. bilateral	5560	Pancreatografía	6050	Arteriografía abdominal digital
5280	Abdomen 6 p. unilateral	5570	Pelvis 1 p.	6060	Arteriografía condílea
5290	Cálicenes bilaterales (1 p.)	5580	Pelvis 2 p.	6070	Arteriografía digital extremidades inferiores
5300	Cálicenes unilaterales (1 p.)	5590	Pie 2 p. bilateral	6080	Arteriografía pulmonar
5310	Cistografía	5600	Pie 2 p. unilateral	6090	Arteriografía renal
5320	Cistografía 2 p.	5610	Piel 2 p. bilateral	6100	Arteriografía select. digital tronco cefálico y m.
5330	Cistografía 2 p. unilateral	5620	Piel 2 p. unilateral	6110	Biopsia transesofágica
5340	Cistografía 4 p.	5630	Prostata 2 p. bilateral	6120	Cavografía digital
5350	Cistografía 4 p. unilateral	5640	Prostata 2 p. unilateral	6130	Colangiografía con drainage biliar (con set)
5360	Cistografía 5 p.	5650	Prostata 5 p. bilateral	6140	Colangiografía con drainage biliar (sin set)
5370	Cistografía 5 p. unilateral	5660	Prostata 5 p. unilateral	6150	Colocación de marcapasos
5380	Cistografía 6 p.	5670	Prostata 6 p. bilateral	6160	Coniografía
5390	Cistografía 6 p. unilateral	5680	Prostata 6 p. unilateral	6170	Densitografía transhepática vascular
5400	Cistografía 7 p.	5690	Senos paranasales 1 p.	6180	Embolización de mamas uterinas
5410	Cistografía 7 p. bilateral	5700	Senos paranasales 2 p.	6190	Embolización selectiva
5420	Cistografía 7 p. unilateral	5710	Senos paranasales 3 p.	6200	Estudio angiográfico de rama de diálisis
5430	Cistografía 8 p.	5720	Senos paranasales 4 p.	6210	Filtro de vena cava
5440	Cistografía 8 p. bilateral	5730	Serie postrodioanal	6220	Fluorografía de extremidades superiores
5450	Cistografía 8 p. unilateral	5740	Serie postrodioanal e intestino delgado	6230	Neftrotomía percutánea bilateral (con set)
5460	Cistografía 9 p.	5750	Sistografía	6240	Neftrotomía percutánea bilateral (sin set)
5470	Cistografía 9 p. bilateral	5760	Tablón 2 p. bilateral	6250	Neftrotomía percutánea unilateral (con set)
5480	Cistografía 9 p. unilateral	5770	Tablón 2 p. unilateral	6260	Neftrotomía percutánea unilateral (sin set)
5490	Cistografía 10 p.	5780	Tórax 1 p.	6270	Pericardiografía abdominal
5500	Cistografía 10 p. bilateral	5790	Tórax 2 p.	6280	Pericardiografía cerebral
5510	Cistografía 10 p. unilateral	5800	Tórax 3 p.	6290	Quimioembolización intraarterial
5520	Cistografía 11 p.	5810	Tórax 4 p.	6300	Trabeculosis
5530	Cistografía 11 p. bilateral	5820	Tórax fluoroscopia	6310	Venografía renal
5540	Cistografía 11 p. unilateral	5830	Tórax óseo	6320	Vertebroplastia (1 vertebra)
5550	Cistografía 12 p.	5840	Urografía extramedular	6330	Vertebroplastia (2 vertebra)
5560	Cistografía 12 p. bilateral	5850	Urografía estrecha	<b>ULTRASONIDO</b>	
5570	Cistografía 12 p. unilateral	5860	Venografía extremidades	<b>ULTRASONIDO ABDOMINAL</b>	
5580	Intervención en estudio general	<b>ANGIOGRAFÍA E INTERVENCIÓN</b>			
5590	Intervención en estudio general	6000	Abrazo ino guiado por TC	7010	Ultrasonido fígado y vías biliares
5600	Intervención en estudio general	6010	Biopsia percutánea guiada por TC	7020	Ultrasonido páncreas/besiga/diámetro
5610	Intervención en estudio general	6020	Drenaje percutáneo guiado por TC	7030	Ultrasonido prostático suprapúbico
5620	Intervención en estudio general	6030	Drenaje absceso guiado por TC (sin set)	7040	Ultrasonido renal
5630	Intervención en estudio general	6040	Drenaje biliar externo (sin set)	7050	Intervención constrictoral
5640	Intervención en estudio general	6050	Drenaje de absceso guiado por tomografía (set)	<b>ULTRASONIDO GINECOOBSTETRICO</b>	
5650	Intervención en estudio general	6060	Epifenestrotomía	7100	Ultrasonido biaterosonografía
5660	Intervención en estudio general	6070	Epifenestrotomía	7110	Ultrasonido obstétrico (en trimestre)

**CONTROL DE EMISIÓN**

	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN ZUBIRÁN


CÓDIGO:  
M.P./O.2.3.1

REV: 01

HOJA: 14

DE: 27

7124	Ultrasonido abdominal TdA. Por tiempos	2200	TC órbitas contrastada	3530	RM de riñones con contraste
7133	Ultrasonido abdominal con perfil biliar	2210	TC órbitas simple	3540	RM de riñones sin contraste
7140	Ultrasonido pélvico	2220	TC senos paranasales contrastada	3550	RM hipofisis y falo con contraste
7150	Ultrasonido transvaginal	2230	TC senos paranasales simple	3560	RM hipofisis y falo sin contraste
<b>ULTRASONIDO PEDIÁTRICO</b>					
7200	Ultrasonido testicular	2300	TC tórax	3570	RM páncreas con contraste
7210	Ultrasonido testicular	2310	TC angio arterias pulmonares	3580	RM páncreas sin contraste
7220	Ultrasonido de codo	2320	TC angio arterias supraaórticas	3590	RM supratentoriales con contraste
7230	Ultrasonido de codo contrastado	2330	TC navegación virtual traqueas y bronquias	3600	RM supratentoriales sin contraste
<b>ULTRASONIDO DOPPLER</b>					
7300	Ultrasonido arteriales (aorta)	2340	TC tórax contrasta	3610	RM de pelvis de senos transversos con contraste
7310	Ultrasonido arterial miembros inferiores	2350	TC tórax respiración y espirometría	3620	RM de pelvis de senos transversos sin contraste
7320	Ultrasonido arterial miembros superiores	2360	TC tórax simple	3630	RM de pelvis de senos transversos transrectal y ultrasonografía con contraste
7330	Ultrasonido arteriales vertebrales	2370	TC ABDOMEN Y PÉLVIS CONTRASTADO	3640	RM de pelvis de senos transversos sin contraste
7340	Ultrasonido de fémur contrastado	2410	TC abdomen superior contraste oral e iv	3650	RM de pelvis de senos transversos sin contraste
7350	Ultrasonido de fémur	2420	TC abdomen superior contraste oral e iv	3660	RM de región hipofisis con contraste
7360	Ultrasonido de fémur contrastado	2430	TC abdomen superior contraste oral e iv	3670	RM de región hipofisis sin contraste
7370	Ultrasonido de fémur	2440	TC angio arterias cefálicas	3680	RESONANCIA MAGNÉTICA EXTREMIAS SUP
7380	Ultrasonido de fémur	2450	TC colon contraste endorectal	3690	Arco de resonancia de hombros con contraste
7390	Ultrasonido de fémur	2460	TC colon sin contraste endorectal	3700	RM de hombros con contraste
7400	Ultrasonido de fémur	2470	TC colon sin contraste endorectal	3710	RM de hombros sin contraste
7410	Ultrasonido de fémur	2480	TC colon sin contraste endorectal	3720	RM de cadera con contraste
7420	Ultrasonido de fémur	2490	TC colon sin contraste endorectal	3730	RM de cadera sin contraste
7430	Ultrasonido de fémur	2500	TC colon sin contraste endorectal	3740	RM de muslo con contraste
7440	Ultrasonido de fémur	2510	TC colon sin contraste endorectal	3750	RM de muslo sin contraste
7450	Ultrasonido de fémur	2520	TC colon sin contraste endorectal	3760	RM de pie con contraste
7460	Ultrasonido de fémur	2530	TC colon sin contraste endorectal	3770	RM de pie sin contraste
7470	Ultrasonido de fémur	2540	TC colon sin contraste endorectal	3780	RM de pierna sin contraste
<b>SIGNOS CLASICA POR ULTRASONIDO</b>					
7480	Ultrasonido de fémur	2550	TC pelvis simple y contrastada	3790	RM de pierna sin contraste
7490	Ultrasonido de fémur	2560	TC pelvis simple	3800	RM de pierna sin contraste
7500	Ultrasonido de fémur	2570	TC pelvis simple	3810	RM de pierna sin contraste
7510	Ultrasonido de fémur	2580	TC pelvis simple	3820	RM de pierna sin contraste
7520	Ultrasonido de fémur	2590	TC pelvis simple	3830	RM de pierna sin contraste
7530	Ultrasonido de fémur	2600	TC pelvis simple	3840	RM de pierna sin contraste
7540	Ultrasonido de fémur	2610	TC pelvis simple	3850	RM de pierna sin contraste
7550	Ultrasonido de fémur	2620	TC pelvis simple	3860	RM de pierna sin contraste
7560	Ultrasonido de fémur	2630	TC pelvis simple	3870	RM de pierna sin contraste
7570	Ultrasonido de fémur	2640	TC pelvis simple	3880	RM de pierna sin contraste
7580	Ultrasonido de fémur	2650	TC pelvis simple	3890	RM de pierna sin contraste
7590	Ultrasonido de fémur	2660	TC pelvis simple	3900	RM de pierna sin contraste
<b>IS MUSCULO ESQUELETICO</b>					
7600	Ultrasonido de fémur	2670	TC pelvis simple	3910	RM de pierna sin contraste
7610	Ultrasonido de fémur	2680	TC pelvis simple	3920	RM de pierna sin contraste
7620	Ultrasonido de fémur	2690	TC pelvis simple	3930	RM de pierna sin contraste
7630	Ultrasonido de fémur	2700	TC pelvis simple	3940	RM de pierna sin contraste
7640	Ultrasonido de fémur	2710	TC pelvis simple	3950	RM de pierna sin contraste
7650	Ultrasonido de fémur	2720	TC pelvis simple	3960	RM de pierna sin contraste
7660	Ultrasonido de fémur	2730	TC pelvis simple	3970	RM de pierna sin contraste
7670	Ultrasonido de fémur	2740	TC pelvis simple	3980	RM de pierna sin contraste
7680	Ultrasonido de fémur	2750	TC pelvis simple	3990	RM de pierna sin contraste
7690	Ultrasonido de fémur	2760	TC pelvis simple	4000	RM de pierna sin contraste
7700	Ultrasonido de fémur	2770	TC pelvis simple	4010	RM de pierna sin contraste
7710	Ultrasonido de fémur	2780	TC pelvis simple	4020	RM de pierna sin contraste
7720	Ultrasonido de fémur	2790	TC pelvis simple	4030	RM de pierna sin contraste
7730	Ultrasonido de fémur	2800	TC pelvis simple	4040	RM de pierna sin contraste
7740	Ultrasonido de fémur	2810	TC pelvis simple	4050	RM de pierna sin contraste
7750	Ultrasonido de fémur	2820	TC pelvis simple	4060	RM de pierna sin contraste
7760	Ultrasonido de fémur	2830	TC pelvis simple	4070	RM de pierna sin contraste
7770	Ultrasonido de fémur	2840	TC pelvis simple	4080	RM de pierna sin contraste
7780	Ultrasonido de fémur	2850	TC pelvis simple	4090	RM de pierna sin contraste
7790	Ultrasonido de fémur	2860	TC pelvis simple	4100	RM de pierna sin contraste
7800	Ultrasonido de fémur	2870	TC pelvis simple	4110	RM de pierna sin contraste
7810	Ultrasonido de fémur	2880	TC pelvis simple	4120	RM de pierna sin contraste
7820	Ultrasonido de fémur	2890	TC pelvis simple	4130	RM de pierna sin contraste
7830	Ultrasonido de fémur	2900	TC pelvis simple	4140	RM de pierna sin contraste
7840	Ultrasonido de fémur	2910	TC pelvis simple	4150	RM de pierna sin contraste
7850	Ultrasonido de fémur	2920	TC pelvis simple	4160	RM de pierna sin contraste
7860	Ultrasonido de fémur	2930	TC pelvis simple	4170	RM de pierna sin contraste
7870	Ultrasonido de fémur	2940	TC pelvis simple	4180	RM de pierna sin contraste
7880	Ultrasonido de fémur	2950	TC pelvis simple	4190	RM de pierna sin contraste
7890	Ultrasonido de fémur	2960	TC pelvis simple	4200	RM de pierna sin contraste
7900	Ultrasonido de fémur	2970	TC pelvis simple	4210	RM de pierna sin contraste
7910	Ultrasonido de fémur	2980	TC pelvis simple	4220	RM de pierna sin contraste
7920	Ultrasonido de fémur	2990	TC pelvis simple	4230	RM de pierna sin contraste
7930	Ultrasonido de fémur	3000	TC pelvis simple	4240	RM de pierna sin contraste
7940	Ultrasonido de fémur	3010	TC pelvis simple	4250	RM de pierna sin contraste
7950	Ultrasonido de fémur	3020	TC pelvis simple	4260	RM de pierna sin contraste
7960	Ultrasonido de fémur	3030	TC pelvis simple	4270	RM de pierna sin contraste
7970	Ultrasonido de fémur	3040	TC pelvis simple	4280	RM de pierna sin contraste
7980	Ultrasonido de fémur	3050	TC pelvis simple	4290	RM de pierna sin contraste
7990	Ultrasonido de fémur	3060	TC pelvis simple	4300	RM de pierna sin contraste
8000	Ultrasonido de fémur	3070	TC pelvis simple	4310	RM de pierna sin contraste
8010	Ultrasonido de fémur	3080	TC pelvis simple	4320	RM de pierna sin contraste
8020	Ultrasonido de fémur	3090	TC pelvis simple	4330	RM de pierna sin contraste
8030	Ultrasonido de fémur	3100	TC pelvis simple	4340	RM de pierna sin contraste
8040	Ultrasonido de fémur	3110	TC pelvis simple	4350	RM de pierna sin contraste
8050	Ultrasonido de fémur	3120	TC pelvis simple	4360	RM de pierna sin contraste
8060	Ultrasonido de fémur	3130	TC pelvis simple	4370	RM de pierna sin contraste
8070	Ultrasonido de fémur	3140	TC pelvis simple	4380	RM de pierna sin contraste
8080	Ultrasonido de fémur	3150	TC pelvis simple	4390	RM de pierna sin contraste
8090	Ultrasonido de fémur	3160	TC pelvis simple	4400	RM de pierna sin contraste
8100	Ultrasonido de fémur	3170	TC pelvis simple	4410	RM de pierna sin contraste
8110	Ultrasonido de fémur	3180	TC pelvis simple	4420	RM de pierna sin contraste
8120	Ultrasonido de fémur	3190	TC pelvis simple	4430	RM de pierna sin contraste
8130	Ultrasonido de fémur	3200	TC pelvis simple	4440	RM de pierna sin contraste
8140	Ultrasonido de fémur	3210	TC pelvis simple	4450	RM de pierna sin contraste
8150	Ultrasonido de fémur	3220	TC pelvis simple	4460	RM de pierna sin contraste
8160	Ultrasonido de fémur	3230	TC pelvis simple	4470	RM de pierna sin contraste
8170	Ultrasonido de fémur	3240	TC pelvis simple	4480	RM de pierna sin contraste
8180	Ultrasonido de fémur	3250	TC pelvis simple	4490	RM de pierna sin contraste
8190	Ultrasonido de fémur	3260	TC pelvis simple	4500	RM de pierna sin contraste
8200	Ultrasonido de fémur	3270	TC pelvis simple	4510	RM de pierna sin contraste
8210	Ultrasonido de fémur	3280	TC pelvis simple	4520	RM de pierna sin contraste
8220	Ultrasonido de fémur	3290	TC pelvis simple	4530	RM de pierna sin contraste
8230	Ultrasonido de fémur	3300	TC pelvis simple	4540	RM de pierna sin contraste
8240	Ultrasonido de fémur	3310	TC pelvis simple	4550	RM de pierna sin contraste
8250	Ultrasonido de fémur	3320	TC pelvis simple	4560	RM de pierna sin contraste
8260	Ultrasonido de fémur	3330	TC pelvis simple	4570	RM de pierna sin contraste
8270	Ultrasonido de fémur	3340	TC pelvis simple	4580	RM de pierna sin contraste
8280	Ultrasonido de fémur	3350	TC pelvis simple	4590	RM de pierna sin contraste
8290	Ultrasonido de fémur	3360	TC pelvis simple	4600	RM de pierna sin contraste
8300	Ultrasonido de fémur	3370	TC pelvis simple	4610	RM de pierna sin contraste
8310	Ultrasonido de fémur	3380	TC pelvis simple	4620	RM de pierna sin contraste
8320	Ultrasonido de fémur	3390	TC pelvis simple	4630	RM de pierna sin contraste
8330	Ultrasonido de fémur	3400	TC pelvis simple	4640	RM de pierna sin contraste
8340	Ultrasonido de fémur	3410	TC pelvis simple	4650	RM de pierna sin contraste
8350	Ultrasonido de fémur	3420	TC pelvis simple	4660	RM de pierna sin contraste
8360	Ultrasonido de fémur	3430	TC pelvis simple	4670	RM de pierna sin contraste
8370	Ultrasonido de fémur	3440	TC pelvis simple	4680	RM de pierna sin contraste
8380	Ultrasonido de fémur	3450	TC pelvis simple	4690	RM de pierna sin contraste
8390	Ultrasonido de fémur	3460	TC pelvis simple	4700	RM de pierna sin contraste
8400	Ultrasonido de fémur	3470	TC pelvis simple	4710	RM de pierna sin contraste
8410	Ultrasonido de fémur	3480	TC pelvis simple	4720	RM de pierna sin contraste
8420	Ultrasonido de fémur	3490	TC pelvis simple	4730	RM de pierna sin contraste
8430	Ultrasonido de fémur	3500	TC pelvis simple	4740	RM de pierna sin contraste
8440	Ultrasonido de fémur	3510	TC pelvis simple	4750	RM de pierna sin contraste
8450	Ultrasonido de fémur	3520	TC pelvis simple	4760	RM de pierna sin contraste
8460	Ultrasonido de fémur	3530	TC pelvis simple	4770	RM de pierna sin contraste
8470	Ultrasonido de fémur	3540	TC pelvis simple	4780	RM de pierna sin contraste
8480	Ultrasonido de fémur	3550	TC pelvis simple	4790	RM de pierna sin contraste
8490	Ultrasonido de fémur	3560	TC pelvis simple	4800	RM de pierna sin contraste
8500	Ultrasonido de fémur	3570	TC pelvis simple	4810	RM de pierna sin contraste
8510	Ultrasonido de fémur	3580	TC pelvis simple	4820	RM de pierna sin contraste
8520	Ultrasonido de fémur	3590	TC pelvis simple	4830	RM de pierna sin contraste
8530	Ultrasonido de fémur	3600	TC pelvis simple	4840	RM de pierna sin contraste
8540	Ultrasonido de fémur	3610	TC pelvis simple	4850	RM de pierna sin contraste
8550	Ultrasonido de fémur	3620	TC pelvis simple	4860	RM de pierna sin contraste
8560	Ultrasonido de fémur	3630	TC pelvis simple	4870	RM de pierna sin contraste
8570	Ultrasonido de fémur	3640	TC pelvis simple	4880	RM de pierna sin contraste
8580	Ultrasonido de fémur	3650	TC pelvis simple	4890	RM de pierna sin contraste
8590	Ultrasonido de fémur	3660	TC pelvis simple	4900	RM de pierna sin contraste
8600	Ultrasonido de fémur	3670	TC pelvis simple	4910	RM de pierna sin contraste
8610	Ultrasonido de fémur	3680	TC pelvis simple	4920	RM de pierna sin contraste
8620	Ultrasonido de fémur	3690	TC pelvis simple	4930	RM de pierna sin contraste
8630	Ultrasonido de fémur	3700	TC pelvis simple	4940	RM de pierna sin contraste
8640	Ultrasonido de fémur	3710	TC pelvis simple	4950	RM de pierna sin contraste
8650	Ultrasonido de fémur	3720	TC pelvis simple	4960	RM de pierna sin contraste
8660	Ultrasonido de fémur	3730	TC pelvis simple	4970	RM de pierna sin contraste
8670	Ultrasonido de fémur	3740	TC pelvis simple	4980	RM de pierna sin contraste
8680	Ultrasonido de fémur	3750	TC pelvis simple	4990	RM de pierna sin contraste
8690	Ultrasonido de fémur	3760	TC pelvis simple	5000	RM de pierna sin contraste
8700	Ultrasonido de fémur	3770	TC pelvis simple	5010	RM de pierna sin contraste
8710	Ultrasonido de fémur	3780	TC pelvis simple	5020	RM de pierna sin contraste
8720	Ultrasonido de fémur	3790	TC pelvis simple	5030	RM de pierna sin contraste
8730	Ultrasonido de fémur	3800	TC pelvis simple	5040	RM de pierna sin contraste
8740	Ultrasonido de fémur	3810	TC pelvis simple	5050	RM de pierna sin contraste
8750	Ultrasonido de fémur	3820	TC pelvis simple	5060	RM de pierna sin contraste
8760	Ultrasonido de fémur	3830	TC pelvis simple	5070	RM de pierna sin contraste
8770	Ultrasonido de fémur	3840	TC pelvis simple	5080	RM de pierna sin contraste
8780	Ultrasonido de fémur	3850	TC pelvis simple	5090	RM de pierna sin contraste
8790	Ultrasonido de fémur	3860	TC pelvis simple	5100	RM de pierna sin contraste
8800	Ultrasonido de fémur	3870	TC pelvis simple	5110	RM de pierna sin contraste
88					

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 3: ECOCARDIOGRAMA**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**Gabinete de Ecocardiograma**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad: \_\_\_\_\_ años No. de Registro \_\_\_\_\_

Servicio:  H  M  CE Cama \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Superficie corporal \_\_\_\_\_

Tipo de ecocardiograma: Transtorácico  Transesofágico  Estrés farmacológico  Contraste

Diagnósticos establecidos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico presuntivo: \_\_\_\_\_

Datos clínicos más importantes: \_\_\_\_\_

Solicitó el examen: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_


Cardiólogo que autoriza: \_\_\_\_\_

063590 TGN

ECOCARDIOGRAMA

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p style="font-size: small;">INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 4: PRUEBA DE ESFUERZO**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad \_\_\_\_\_ años No. de Registro \_\_\_\_\_

Servicio:  H  M  CE Cama \_\_\_\_\_

Diagnósticos establecidos:  Normal  Anormal

**ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO**

Motivo del estudio:

- Isquemia
- Respuesta presora
- Arritmias
- Capacidad funcional
- Otros \_\_\_\_\_

Solicitó el examen: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_


Cardiólogo que autoriza: \_\_\_\_\_

063560

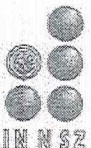
**PRUEBA DE ESFUERZO**

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: <b>01</b>
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		HOJA: <b>17</b> DE: <b>27</b>

**ANEXO 5: HOLTER**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**  
**SALVADOR ZUBIRÁN**  
**INNSZ DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGÍA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Edad: \_\_\_\_\_ años No. de Registro: \_\_\_\_\_

Servicio:  H  M  CE Cama: \_\_\_\_\_

**ELECTROCARDIOGRAMA DE REPOSO**

Diagnósticos establecidos:  Normal  Anormal

Motivo del estudio:



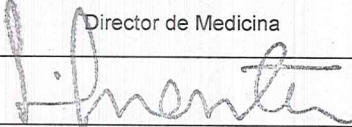
- Palpitaciones
- Síncope en estudio
- Insuficiencia cardíaca / variabilidad
- Control tratamiento
- Evaluar isquemia
- Disfunción marcapasos
- Otros \_\_\_\_\_

Solicitó el examen: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cardiologo que autoriza: \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

HOLTER

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 6: ELECTROCARDIOGRAMA**

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRÁN**

GABINETE DE ELECTROCARDIOGRAFIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: M. F. EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS NUM. DE REGISTRO \_\_\_\_\_

SERVICIO: H.M. CE. CAMA \_\_\_\_\_ TRAZO \_\_\_\_\_ A.B.C.D. \_\_\_\_\_

ELECTROCARDIOGRAMA  
DIAGNOSTICO PROBABLE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATOS CLINICOS MAS IMPORTANTES (TRASTORNOS TIROIDICOS ANEMIA ACENTUADA, CONSTITUCION, OBESO DELGADO, TRASTORNOS CARDIACOS): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTERPRETACION DEL TRAZADO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOLICITO EL EXAMEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

PRACTICO EL EXAMEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NUM. \_\_\_\_\_ ELECTROCARDIOGRAMA 20015000

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18


	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 7: SOLICITUD DE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFÍA Y/O CONSULTA DE TRANSTORNOS DEL DORMIR**


	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b> <b>DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL</b>	Pegar etiqueta
<b>DENSITOMETRÍA ÓSEA</b>		
Nombre _____	Peso _____	Género (M) (F) _____
Registro _____	Cama _____	Edad _____
Antecedentes relevantes: _____		
Estudio solicitado:		
070624 DENSITOMÉTRICO DE 1 REGIÓN	Cadera <input type="radio"/>	Columna <input type="radio"/>
070628 DENSITOMÉTRICO DE 2 REGIONES		
Prótesis de cadera <input type="checkbox"/>	Derecha <input type="checkbox"/>	Izquierda <input type="checkbox"/>
Cirugía de columna lumbar <input type="checkbox"/>		
070632 Estudio densitométrico de cuerpo completo (requiere de autorización del Jefe de Departamento): _____		
Solicita el estudio: _____ Fecha: _____		

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 8: SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS  
Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN**

SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLOGICO

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
 Reg. No. \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ C. Externa: \_\_\_\_\_  
 Pieza Operatoria \_\_\_\_\_  
 Biopsia directa ( ) Coágulo ( ) Liq. para examen citológico ( ) de \_\_\_\_\_  
 DATOS ANATOMICOS (localización, aspecto macroscópico, número de lesiones, etc.) \_\_\_\_\_  
 Biopsias anteriores  Sí  No ( )  
 Diagnóstico anatomopatológico anterior \_\_\_\_\_  
 DATOS CLINICOS \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DIAGNOSTICO CLINICO \_\_\_\_\_ Interesa especialmente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Solicita \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

20015300

CONTROL DE EMISIÓN			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 9: SOLICITUD PARA CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL (PAPANICOLAU)**

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición  
Salvador Zubirán  
SOLICITUD PARA CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL  
(PAPANICOLAU)

Fecha: 1  
Registro: 2  
No. Interno de Patología: 3

Nombre: 4      Edad: 5      FUM: 6

1. **Antecedentes**

• Inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años  
SI ( ) No ( )

• Antecedentes de infecciones de transmisión sexual  
SI ( ) No ( )

• Tabaquismo  
SI ( ) No ( )

2. **Antecedentes Gineco-Obstétricos**

• Post-menopausia  
SI ( ) No ( )

• Embarazo o Post-aborto  
SI ( ) No ( )

• Embarazo actual  
SI ( ) No ( )

• Histerectomía  
SI ( ) No ( )

3. **Citologías previas en el Instituto**

• SI ( ) No ( ) No sabe ( )

• Exceso positivo escriba el número interno de patología: \_\_\_\_\_

4. **Lesión visible en el cérvix**

• SI ( ) No ( )

Especifique: \_\_\_\_\_

5. **Antecedentes de lesiones malignas en el aparato genital**

• SI ( ) No ( ) No sabe ( )

• Otros: 8 \_\_\_\_\_

Tomó la muestra: 9 \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

**PARA SER LLENADO POR PATOLOGÍA**  
**INFORME DE CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL**

- Identificación de la laminilla: SI ( ) No ( )

- Sangre, inflamación, áreas gruesas, desecación, contaminación de 75% o más células epiteliales: SI ( ) No ( )

- Células epiteliales bien preservadas que ocupan el 10% de la laminilla: SI ( ) No ( )

- Sangre, inflamación, áreas gruesas, desecación, contaminación de 50% a 75% de las células epiteliales: SI ( ) No ( )

- Información clínica pertinente: SI ( ) No ( )

- Atrafia: SI ( ) No ( )

Especímen: \_\_\_\_\_ Bethesda: I, A, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9  
OMS: A, L, 1

Infección: NI, C, T, AC, H, CM, O

Lesión en células epiteliales: NI, BG, AG, CE, FC, FL, IG

Lesión en células glandulares: NI, CA, CB, CG, DT, EC, EM

Otras neoplasias: ninguna ( ) en caso positivo especifique \_\_\_\_\_

Cambios morfológicos del VPH: SI ( ) No ( )

Observaciones (palomas):

Presencia de células endocervicales y de metaplasia ( )

Presencia de células endocervicales ( ) Presencia de células de metaplasia ( )

No hay células endocervicales ni de metaplasia ( ) Inflamación \_\_\_\_\_

Flora: mixta ( ) coccoide ( ) bacilar ( )

Otras características: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Bethesda \_\_\_\_\_  
OMS: \_\_\_\_\_

Revisó el patólogo SI ( ) No ( ), en caso positivo escriba el RFC del mismo \_\_\_\_\_


RFC citotecnólogo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

20015530

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 10: BANCO DE SANGRE**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**Banco de Sangre**  
Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI  
Tel. 54 87 09 00 ext. 2940

Nombre: \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_ Hb. \_\_\_\_\_ Ht. \_\_\_\_\_  
 Transferencias previas: Si ( ) No ( ) Fecha última de transfusión \_\_\_\_\_  
 Reacciones postranf. Si ( ) No ( ) Tipo de reacción \_\_\_\_\_  
 Embarazos: Si ( ) No ( ) Producción con enfermedad hemolítica: Si ( ) No ( )  
 Sangre total \_\_\_\_\_ ml. Sangre fresca \_\_\_\_\_ ml. Glóbulos rojos \_\_\_\_\_ ml.  
 Plasma \_\_\_\_\_ ml. Concentrado de plaquetas \_\_\_\_\_ U. Factor VIII \_\_\_\_\_ U.  
 URGENTE ( ) ORDINARIA ( ) GUARDIA ( ) SE OPERA EL \_\_\_\_\_ Hrs. \_\_\_\_\_

CANCELADO

DONADORES \_\_\_\_\_ C.P.C. SANG. \_\_\_\_\_ RECIBIDA POR: \_\_\_\_\_


Solicitada por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Solicitada recibida por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

20015900

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 11: LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR**  
**LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR**

Nombre: _____	Expediente: _____	Cama: _____	Edad: _____
Diagnóstico: _____	Clasific.: _____	Sexo: _____	

**TIROIDES**

Captación de Yodo

Inhibición con T<sub>3</sub>

Tratamiento con <sup>131</sup>I de 1 a 30 mCi

Tratamiento con <sup>131</sup>I de 31 a 50 mCi

Tratamiento con <sup>131</sup>I de 51 a 150 mCi

Tratamiento con <sup>131</sup>I de 200 a 300 mCi

**GAMMAGRAFIA**

Tiroides

Cerebro

Rastreo de cuello y mediastino <sup>131</sup>I ó Sestamibi

Rastreo de cuello y mediastino con radioactividad <sup>131</sup>I (poco <sup>131</sup>I)

Glandulas salivales

\* Glandulas suprarrenales

\* Glandulas Paratiroides

Pulmones

Hígado

Bazo

Articulaciones

Lesiones óseas

Infarto al miocardio (S.P.E.T.)

Corazón FE

Vaciamiento gástrico

Vías Biliares

\* Cerebro SPET

\* Cisterna

Riñón

Esófago

\* Mamas

\* Absorción de Vit. B<sub>12</sub>-Co<sub>57</sub>

\* Sangrado Tubo Digestivo bajo \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

CANCELADO



NOTA: \* Se requiere autorización del jefe del Departamento

OBSERVACIONES FECHA \_\_\_\_\_


SOLICITO EL EXAMEN DR.: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 12: LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
**LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ C. Ext.: \_\_\_\_\_ Hospitalización cama: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre Médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**ELECTROENCEFALOGRAMA**  **ELECTROENCEFALOGRAMA Y MAPEO**

Diagnósticos: \_\_\_\_\_  
 Tipo Clínico de crisis: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Fecha última crisis: \_\_\_\_\_ EEG anterior: \_\_\_\_\_

**VIDELECTROENCEFALOGRAMA** 2 HORAS  4 HORAS

Diagnósticos: \_\_\_\_\_  
 Tipo Clínico de crisis: \_\_\_\_\_  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_  
 Fecha última crisis: \_\_\_\_\_ EEG anterior: \_\_\_\_\_

**VELOCIDADES DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (CON REFLEJO HUYBACH)**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Miembros Superiores  Miembros Inferiores  4 extremidades

**ELECTROMIOGRAFÍA**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Miembros Superiores  Miembros Inferiores  4 extremidades

**POTENCIALES EVOCADOS**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Visuales  Auditivos  Somatosensoriales M&Ss  Somatosensoriales M&Is  P300

**PRUEBA DE ELECTROESTIMULACIÓN REPETITIVA (JOLLY)**




Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**RESPUESTA SIMPÁTICA DE LA PIEL Y VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDÍACA**


Diagnóstico: \_\_\_\_\_

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 13: SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO**



**DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL**  
**SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Hospital de Referencia: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

URGENTE ( )      ELECTIVA ( )

<p><b>PANENDOSCOPIA</b></p> <p>01-0400 <input type="checkbox"/> Panendoscopia</p> <p>01-0340 <input type="checkbox"/> Ligadura de várices esofágicas</p> <p>01-0410 <input type="checkbox"/> Panendoscopia con argón plasma</p> <p>01-0160 <input type="checkbox"/> Aspirado duodenal</p> <p>01-0260 <input type="checkbox"/> Dilatación hidrostática y neumática</p> <p>01-0270 <input type="checkbox"/> Dilatación mecánica</p> <p>01-0290 <input type="checkbox"/> Escleroterapia de várices esofágicas</p> <p>01-0330 <input type="checkbox"/> Inyección de cianocrilato</p> <p>01-0320 <input type="checkbox"/> Gastrostomía</p> <p>01-0430 <input type="checkbox"/> Polypectomía gástrica</p> <p>01-0370 <input type="checkbox"/> Mucosectomía de tubo digestivo superior</p> <p>01-0220 <input type="checkbox"/> Colocación de sonda nasoenteral</p> <p><b>COLONOSCOPIA</b></p> <p>01-0250 <input type="checkbox"/> Colonoscopia larga</p> <p>01-0240 <input type="checkbox"/> Colonoscopia corta</p> <p>01-0420 <input type="checkbox"/> Polipectomía colónica</p> <p>01-0360 <input type="checkbox"/> Mucosectomía colónica</p> <p>01-0230 <input type="checkbox"/> Colonoscopia con argón plasma</p>	<p><b>COLANGIOPANCREATOGRAFIA</b></p> <p>01-0200 <input type="checkbox"/> Colangiografía diagnóstica</p> <p>01-0190 <input type="checkbox"/> Colangiografía control</p> <p>01-0310 <input type="checkbox"/> Esfinterotomía terapéutica</p> <p>01-0380 <input type="checkbox"/> Pancreatografía diagnóstica</p> <p>01-0380 <input type="checkbox"/> Pancreatografía control</p> <p>01-0310 <input type="checkbox"/> Colocación de endoprótesis</p> <p>01-0180 <input type="checkbox"/> Cambio de endoprótesis</p> <p><b>ECOENDOSCOPIA</b></p> <p>01-0480 <input type="checkbox"/> Ultrasonografía endoscópica</p> <p>01-0470 <input type="checkbox"/> Ultrasonido con biopsia por aspiración</p> <p>01-0255 <input type="checkbox"/> Drenaje de colecciones pancreáticas</p> <p><b>ENDOSCOPIA DEL INTESTINO DELGADO</b></p> <p>01-0260 <input type="checkbox"/> Enteroscopia de empuje</p> <p>01-0262 <input type="checkbox"/> Enteroscopia de doble balón anterógrada</p> <p>01-0264 <input type="checkbox"/> Enteroscopia de doble balón retrograda</p> <p>Teléfono: _____</p> <p>Autorizó: _____</p>
--	--



Presentarse en ayuno en el Departamento de Endoscopia el día: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_ a las \_\_\_\_ hrs.

Solicitó el Examen: \_\_\_\_\_ Programó: \_\_\_\_\_


*Nota: Favor de pagar el estudio en la CAJA de Consulta Externa, antes de presentarse a su cita.*

*(Si su estudio es Colangiopancreatografía o Ultrasonido Endoscópico, el pago lo realizará al terminar el examen.)*

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 14: SERVICION DE NEUMOLOGÍA, SOLICITUD DE ESTUDIOS**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**SERVICIO DE NEUMOLOGÍA**

**SOLICITUD DE ESTUDIOS**

PEGAR ETIQUETA

NOMBRE \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> 140036 Espirometría simple	<input type="checkbox"/> 140023 Caminata de 5 minutos
<input type="checkbox"/> 140035 Espirometría con respuesta a broncodilatador	<input type="checkbox"/> 140027 Difusión de monóxido de carbono
<input type="checkbox"/> 140039 Gasometría arterial	<input type="checkbox"/> 140046 Medición de presiones max. inspiratorias y espiratorias
<input type="checkbox"/> 140037 Espirometría simple y gasometría arterial	<input type="checkbox"/> 140047 Medición volúmenes pulmonares
<input type="checkbox"/> 140038 Espirometría simple y oximetría de pulso	<input type="checkbox"/> 140085 Prueba de esfuerzo cardiopulmonar

Solicitó examen: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INDICACIONES:**

**NO PIERDA ESTA SOLICITUD.** Es responsable para poder hacer el pago del (los) estudio (s) solicitado (s) por su médico.



El día de su estudio:

- 1.- Tomar los medicamentos indicados por su médico.
- 2.- **NO APLICAR** aerosolios (broncodilatadores), al menos 6 horas previas al estudio.
- 3.- Tomar alimentos ligeros.
- 4.- No consumir bebidas con cafeína (café, té, refrescos de cola).
- 5.- **ANTES** de pasar a su estudio, **FAVOR DE PAGAR** en la caja de Urgencias.
- 6.- Presentarse, puntualmente, en el **SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, SEGUNDO PISO DE HOSPITALIZACIÓN.**
- 7.- Para la **CAMINATA DE 5 MINUTOS**, vestirse con ropa cómoda y zapatos de piso (de preferencia, tenis).

Para programar, reprogramar o cancelar su estudio favor de comunicarse al teléfono 54876999.

**CONTROL DE EMISIÓN**

	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y Estudios de Gabinete en el Sistema Informático Vigente</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 27

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

Broncoscopia flexible diagnóstica

Lavado y aspirado

Biopsia

Broncoscopia flexible terapéutica

Cateterismo Derecho

Simple

Con Prueba de Rata

Biopsia Transbronquial

Otro \_\_\_\_\_

Indicación: \_\_\_\_\_

**EXÁMENES DE LABORATORIO:**

Hb	g/dL	Hto	%	Plaquetas	k/uL
TP	seg	TTP	seg	INR	Creatinina

**GASOMETRÍA ARTERIAL:**

FiO <sub>2</sub>	pH	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	SO <sub>2</sub>	%
------------------	----	------------------	-------------------	-----------------	---

**ESPIROMETRÍA:**

FVC	%	FEV <sub>1</sub>	%	FEV <sub>1</sub> /FVC	%
-----	---	------------------	---	-----------------------	---

Tipo de estudio:  Electivo  Urgencia

**INDICACIONES:**

- Para la realización de procedimientos invasivos se requiere de 12 horas de ayuno.
- Tomar medicamentos indicados por su médico con un sorbo mínimo de agua.




**NOTA:**

Los pacientes externos, al presentarse en el Área de Espera Corta (planta baja), recibirán indicaciones para la realización del pago correspondiente.

Nombre y firma del médico que solicita

\_\_\_\_\_




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>			<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consulta Subsecuente a Pacientes Ambulatorios</b>			<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 7

#### 4. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONSULTA SUBSECUENTE A PACIENTES AMBULATORIOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consulta Subsecuente a Pacientes Ambulatorios</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 7

## 1.0 PROPÓSITO

Proporcionar atención médica integral a los Pacientes ambulatorios en las diversas especialidades del Instituto

## 2.0 ALCANCE

**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica al personal médico, paramédico y administrativo del Instituto

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes ambulatorios del Instituto




## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. La Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa llama al Paciente y lo pasa al consultorio respetando el orden en el que fue programada la consulta.
2. La Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa verifica la disponibilidad de la carpeta del expediente clínico, solicitándolo al personal del Departamento de Estadística y Archivo Clínico en caso de no contar con él.
3. La Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa, cancela la cita de los pacientes que no han llegado dentro de la tolerancia establecida de 30 minutos.
4. La Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa, tratándose de pacientes foráneos o ante alguna otra circunstancia de fuerza mayor que impida al paciente llegar a tiempo a su consulta, solicita la autorización verbal al Médico Especialista para la atención extemporánea.
5. El Médico Especialista es responsable de supervisar las actividades académicas y de destreza de los Médicos Residentes
6. El Médico Especialista y/o Residente es responsable de realizar la nota médica de evolución y/o informe quirúrgico del Paciente en el Sistema Informático Vigente (**SIV**).
7. El Médico Especialista y/o Residente decide si el Paciente requiere atención médica en el Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias, en Hospitalización o continúa en la Consulta Externa.
8. El Médico Especialista y/o Residente, cuando se requiera solicita al Paciente exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete para su control y seguimiento.
9. El Médico Especialista y/o Residente decide la permanencia del paciente en su consulta de acuerdo a su evolución clínica.

### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consulta Subsecuente a Pacientes Ambulatorios</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 7

10. El Médico Especialista y/o Residente es responsable de regresar al Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa el expediente clínico correspondiente al terminar la consulta.

#### DEL REINGRESO DEL PACIENTE

11. El Médico Especialista y/o Residente, tratándose de pacientes con cita de reingreso, decide en base a evaluación clínica y/o de laboratorio y/o estudios de gabinete, si debe retomar su atención en el Instituto o ser canalizado a otro nivel de atención.

#### DE LA SOLICITUD DE EXPEDIENTE PARA OTORGAR CONSULTA SUBSECUENTE

12. El Supervisor Administrativo de Piso es responsable de generar en el Sistema Informático Vigente (**SIV**) un listado con los números progresivos de registro de los expedientes clínicos de Pacientes ordenados por especialidad y médico con 24 horas de anticipación a su consulta.

13. El Personal de Departamento de Estadística y Archivo Clínico es el responsable de entregar los expedientes clínicos de Pacientes en orden progresivo de acuerdo al número de registro, por cada piso donde se otorgara la consulta.




14. El Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa traslada los expedientes clínicos del área de expedientes al área de consultorios para el inicio de la consulta.

15. EL Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa entrega al Afanador de la Consulta Externa el o los expedientes de los Pacientes que tienen más de una consulta para que lo(s) entregue al piso correspondiente a su siguiente cita.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Recepcionista	1	Recibe del paciente o responsable legal o acompañante el itinerario de citas ( <b>Formato 1</b> )
Recepcionista	2	Registra la asistencia del paciente en el sistema informático vigente, le indica el lugar donde se llevará a cabo la consulta y le solicita realizar el pago correspondiente.
Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa	3	Revisa en el sistema informático vigente el listado de pacientes que llegaron a la consulta respectiva.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

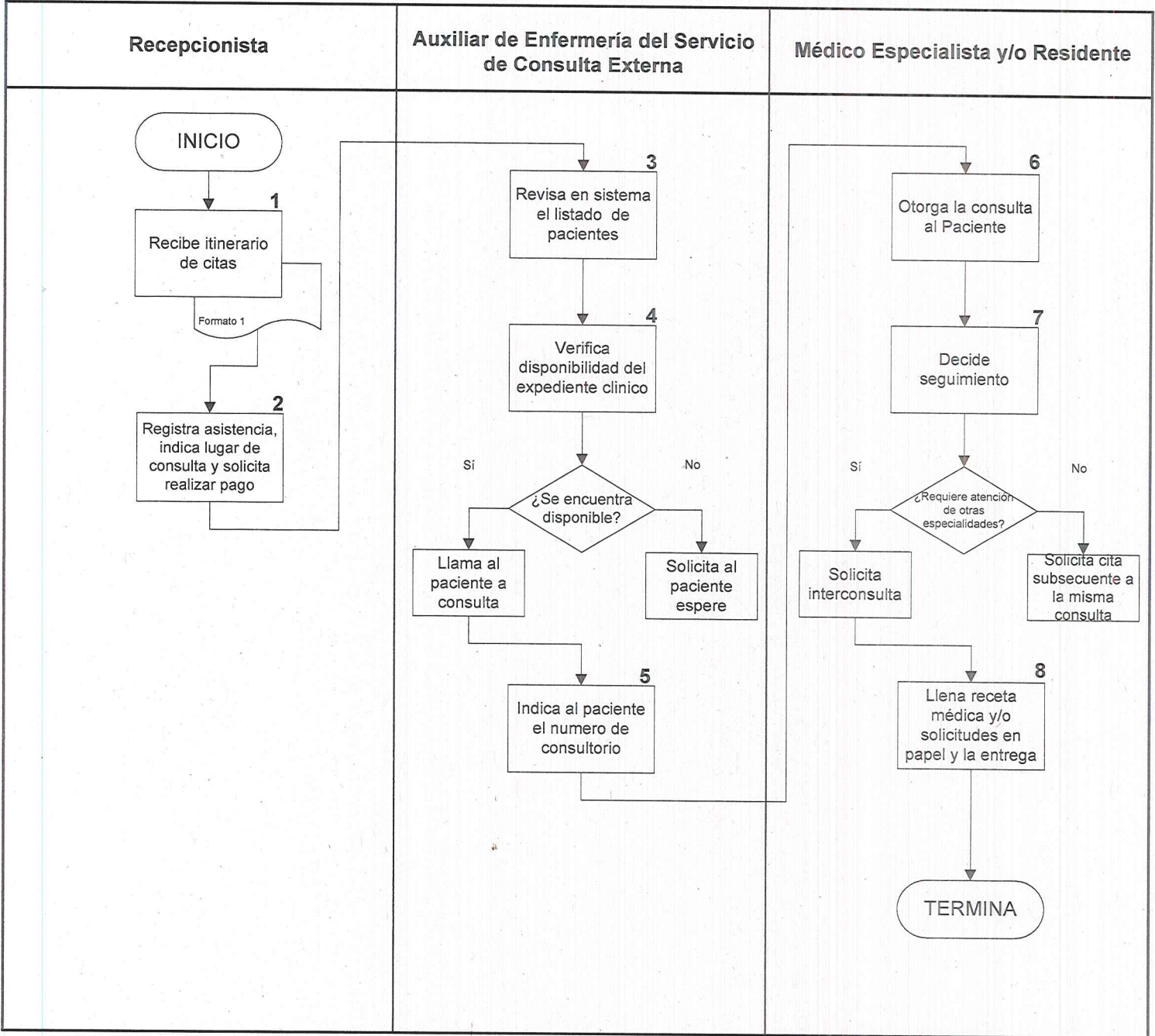
 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consulta Subsecuente a Pacientes Ambulatorios</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 7

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa	4	Verifica que se encuentre disponible el expediente clínico del paciente.  ¿Se encuentra disponible el expediente clínico?  No: Solicita al paciente que espere un momento ( <b>Política 2</b> )  Si: Llama al Paciente a la Consulta acorde al horario programado ( <b>Política 1</b> )
Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa	5	Indica al paciente o responsable legal o acompañante el número de consultorio donde se le otorgara la consulta.
Médico Especialista y/o Residente	6	Otorga la consulta al Paciente y/o realiza procedimiento quirúrgico menor y/o diagnóstico al paciente ambulatorio ( <b>Política 6</b> )
Médico Especialista y/o Residente	7	Decide el seguimiento del Paciente ( <b>Política 6, 7 y 9</b> )  ¿El paciente requiere atención de otras especialidades?  No: Solicita cita subsecuente a la misma consulta ( <b>Política 8</b> )  Si: Solicita interconsulta ( <b>Política 8</b> )
Médico Especialista y/o Residente	8	Llena la receta médica y/o las solicitudes en papel o en el Sistema Informático Vigente para nuevas citas a consulta, a exámenes de laboratorio y estudios de gabinete y las entrega al paciente. ( <b>Ver procedimiento programar cita subsecuente.</b> )  <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18






5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consulta Subsecuente a Pacientes Ambulatorios</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 7

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Citas Agendadas (itinerario)	NO APLICA	Paciente y/o Responsable Legal	NO APLICA

## 7.0 GLOSARIO




- 7.1. Estudios de Gabinete** Estudios que no están relacionados con el análisis de muestras biológicas del cuerpo de los pacientes, sino con imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento ciertos órganos o sistemas a través de este medio.
- 7.2. Itinerario de citas** Hoja proporcionada al paciente en donde se encuentran registradas las citas programadas.
- 7.3. Receta** Documento legal por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico.
- 7.4. Solicitud de reingreso** Procedimiento para ser atendido nuevamente en el Instituto después de haber sido dado de alta o haber dejado de asistir más de 18 meses.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	31-01-18	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente



## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consulta Subsecuente a Pacientes Ambulatorios</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 7

**FORMATO 9.1: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

**No.** 1      **CONCEPTO**      **SE ANOTARÁ**  
**1**      **EXP:**      El número de registro temporal




 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<small>Viajero de Quiróga No. 15  Colonia Benito Juárez, Sección XVI  Delegación Tlalpan  México, D.F. 14080  Tel.: (52) 54-87-09-00 ext 5921, 5922, 5923, 5940  www.incnmsz.mx</small>				
	<b>CITAS AGENDADAS</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b> <b>Edad:</b> <b>EXP:</b> 1 <b>Sexo:</b> <b>Paciente:</b> <b>Teléfono:</b>		
<b>Numero</b>	<b>Fecha Dia/Mes/Año</b>	<b>Hora Hr:Min</b>	<b>Agenda</b>	<b>Precio</b>	<b>Ubicación</b>
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita.  <b>Indicaciones:</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">CANCELADO</p>					
<small>Página 1 / 1</small>		<small>Imprimió:</small>		<small>25-mre-17</small>	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 27

## 5. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER SOLICITUDES DE PACIENTES DEL INSTITUTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 27

## 1.0 PROPÓSITO

Otorgar las facilidades correspondientes al Paciente y/o Responsable Legal a fin de que cuente con información clínica personal que le sea necesaria en base a la normatividad vigente en materia de protección de datos personales de salud.

## 2.0 ALCANCE

**A Nivel Interno:** Este procedimiento aplica a la Dirección de Cirugía, Departamentos de Estadística y Archivo Clínico, Trabajo Social y Admisión de Enfermos, Consulta Externa, personal médico, paramédico y Administrativo del Instituto.

**A Nivel Externo:** Este procedimiento aplica a Pacientes y/o Responsable Legal




## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. La Secretaria de la Consulta Externa atiende las solicitudes de información clínica en un horario de 7:30 a 16:30 hrs. de lunes a viernes.
2. La Secretaria de la Consulta Externa antes de entregar el formato de Solicitud de Información Clínica (**Formato 1**) del Paciente y/o Responsable Legal, verifica en el sistema informático vigente los datos de los mismos y los coteja con una identificación oficial vigente (Credencial para votar, Pasaporte, Cedula Profesional, Credencial INAPAM y Cartilla Militar en el caso de los hombres).
3. La Secretaria de la Consulta Externa al momento de solicitar datos personales al Paciente o Familiar y/o Responsable Legal le dará a conocer el aviso de privacidad del servicio.
4. La Secretaria de la Consulta Externa es responsable de verificar que toda la solicitud esté debidamente requisitada y firmada.
5. La Secretaria de la Consulta Externa solicita el talón desprendible de la **solicitud de información clínica** y la identificación oficial vigente para cotejar los datos con la información disponible en el Sistema Informático Vigente y entrega la información solicitada.
6. La Asistente de Consulta Externa o Secretaria de Consulta Externa, tratándose de trámites en los que se requiera el uso del expediente clínico del Paciente son responsables de recogerlo, solicitarlo y regresarlo al Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
7. La Secretaria de la Consulta Externa, en caso de que el paciente o responsable legal solicite copia del expediente clínico, le indica que acuda a la Unidad de Enlace.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 27

**DEL TRÁMITE Y ENTREGA DE COPIA EXAMENES DE LABORATORIO Y/O ESTUDIOS DE GABINETE:**

8. La Secretaria de la Consulta Externa pregunta al Paciente y/o Responsable Legal la información que necesita especificando fecha y tipo de información solicitada que requiera.
9. La Secretaria de la Consulta Externa entrega el talón desprendible de la Solicitud de Información Clínica (**Formato 1**) al Paciente y/o Responsable Legal cuando la información no está disponible, informándole la fecha probable en la que se encontraran disponibles la información solicitada.
10. El Jefe del Departamento de Consulta Externa autoriza el envío de la información solicitada vía correo electrónico cuando así lo solicite el Paciente y/o Responsable Legal (en los casos de pacientes foráneos o incapacidad justificada).
11. La Asistente de Consulta Externa es la responsable de escanear y enviar la información solicitada vía correo electrónico cuando así lo solicite el Paciente y/o Responsable Legal.

**DEL TRÁMITE Y ENTREGA DE LA NOTA QUIRÚGICA:**


12. La Secretaria de la Consulta Externa explica al Paciente y/o Responsable Legal los datos necesarios para el llenado de la solicitud de información clínica (**Formato 1**).
  - a) Datos de identificación
  - b) Tipo de cirugía
  - c) Fecha de realización de la cirugía
13. La Secretaria de la Consulta Externa es responsable de registrar la solicitud en la bitácora para su seguimiento.
14. La Secretaria de la Consulta Externa indica la fecha aproximada de la entrega de la nota quirúrgica que es de 2 a 3 semanas.
15. El Personal de la Dirección de Cirugía es responsable de elaborar la nota y/o resumen quirúrgico solicitado.
16. La Secretaria de la Consulta Externa entrega el talón desprendible de la solicitud de información clínica (**Formato 1**) al Paciente y/o Responsable Legal informándole la fecha posible en la que se encontrará disponible la nota quirúrgica.

**DEL TRAMITE Y LA ENTREGA DE LA CONSTANCIA**

17. La Secretaria de la Consulta Externa realiza el trámite de constancias la cuales se clasifican por las siguientes situaciones:

1. Solicitud de oxígeno para tratamiento extrahospitalario

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 27

2. Solicitud de vigencia en el Instituto
3. Otros (de acuerdo a la necesidad del paciente)

18. El Jefe del Departamento de Consulta Externa evalúa, de acuerdo a lo descrito en el expediente, la pertinencia de las constancias y las autoriza cuando proceda.
19. El Jefe del Departamento de Consulta Externa tratándose de solicitudes de oxígeno para tratamiento extrahospitalario asigna a un Médico Neumólogo quien evalúa la pertinencia de la solicitud llenando la Solicitud de Constancias / Formato de Aseguradoras (**Formato 2**)
20. La Secretaria de la Consulta Externa, una vez que cuenta con la constancia firmada, saca una copia para integrarla en el expediente clínico del paciente




#### DEL TRÁMITE Y ENTREGA DE RESUMEN CLINICO

21. La Secretaria de la Consulta Externa con base en un listado de médicos residentes autorizado por el Jefe del Departamento de Consulta Externa asigna al Médico Residente.
22. La Secretaria de Consulta Externa entrega las solicitudes de los resúmenes clínicos del día anterior al Jefe del Departamento de Consulta Externa para su revisión.
23. El Médico Residente elabora el resumen clínico de acuerdo a lo contenido en el expediente clínico del paciente.
24. El Jefe del Departamento de Consulta Externa revisa y rubrica los resúmenes clínicos elaborados por los Médicos Residentes antes de ser entregados al Paciente y/o Responsable Legal.
25. La Asistente de Consulta Externa, una vez que cuenta con el resumen clínico revisado por el Jefe del Departamento de Consulta Externa, saca una copia para integrarla en el expediente clínico del paciente

#### DE LA SOLICITUD PARA CAMBIO DE MÉDICO ESPECIALISTA

26. El Jefe del Departamento de Consulta Externa evalúa la solicitud del paciente cuando requiera de cambio de Médico Especialista de manera integral (revisando su expediente clínico, realizando una entrevista con los Médicos Especialistas involucrados en la petición y con el Paciente y/o Responsable Legal).
27. El Jefe del Departamento de Consulta Externa elabora una nota informativa en el expediente clínico del paciente para autorizar el cambio de Médico y los motivos por los cuales se realiza.
28. El Jefe del Departamento de Consulta Externa verifica en el sistema informático vigente que se haya realizado el cambio autorizado de Médico Especialista.
29. La Asistente de Consulta Externa informa al Paciente y/o Responsable Legal de forma sencilla y clara sobre los casos en que procede el cambio de Médico Especialista.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 27

30. El Jefe del Departamento de Consulta Externa informa al Paciente o Responsable Legal las causas por las que no procede el cambio de Médico Especialista.

#### DE LA RECEPCION DE INCONFORMIDADES




31. La Asistente de Consulta Externa es responsable de orientar en un primer momento al Paciente y/o Responsable Legal en relación a cualquier inconformidad.
32. La Asistente de Consulta Externa, dependiendo de la inconformidad, canaliza al Paciente y/o Responsable Legal al área correspondiente.
33. La Asistente de Consulta Externa y/o Secretaria de la Consulta Externa, dependiendo de la inconformidad, entrega el formato de Petición Ciudadana (**Anexo 1**) y solicita su llenado.
34. El Jefe del Departamento de Consulta Externa, solventa los requerimientos enviados por el Órgano Interno de Control en relación a las inconformidades presentadas por el Paciente y/o Responsable Legal.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 Tramitar y Entregar Copia de Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de la Consulta Externa	1	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud verbal de los resultados de sus estudios ( <b>Política 1</b> )
Secretaria de la Consulta Externa	2	Entrega la solicitud de información clínica ( <b>Formato 1</b> ) al Paciente y/o Responsable Legal y solicita el llenado con los datos requeridos.
Secretaria de la Consulta Externa	3	Verifica los datos contenidos en la solicitud con el Paciente y/o Responsable legal. ( <b>Política 7</b> )  ¿Están completos los datos?  No: Complementa los datos.  Si: Registra en bitácora la solicitud del Paciente y/o Responsable Legal
Secretaria de la Consulta Externa	4	Registra en bitácora la solicitud del Paciente y/o Responsable Legal.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 27

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de la Consulta Externa	5	<p>Revisa en el sistema informático vigente la disponibilidad de la información solicitada de acuerdo a la petición del Paciente y/o Responsable Legal.</p> <p>¿Se encuentran disponibles los resultados de laboratorio y/o gabinete?</p> <p>No: Entrega el talón desprendible de la solicitud (<b>Política 9</b>).</p> <p>Sí: Entrega la impresión de los resultados de laboratorio y/o gabinete al Paciente y/o Responsable Legal.</p>
Secretaria de la Consulta Externa	6	<p>Solicita firma del Paciente y/o Responsable Legal en la bitácora al entregar los resultados.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b></p>

#### 4.2 Tramitar y Entregar Resumen de la Nota Quirúrgica




RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de la Consulta Externa	1	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud verbal de nota quirúrgica.
Secretaria de la Consulta Externa	2	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de información clínica ( <b>Formato 1</b> ), y solicita el llenado con los datos requeridos.
Secretaria de la Consulta Externa	3	<p>Verifica los datos contenidos en la solicitud con el Paciente y/o Responsable legal. (<b>Política 12</b>)</p> <p>¿Están completos los datos?</p> <p>No: Complementa los datos.</p> <p>Sí: Registra en bitácora la solicitud del Paciente y/o Responsable Legal (<b>Política 13</b>)</p>
Secretaria de la Consulta Externa	4	Entrega el talón desprendible de la solicitud al Paciente y/o Responsable Legal ( <b>Política 9,14 y 16</b> )

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 7
			<b>DE:</b> 27

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de la Consulta Externa	5	<p>Solicita el expediente clínico del Paciente y revisa si se encuentra la nota quirúrgica correspondiente.</p> <p>¿Encontró la nota quirúrgica?</p> <p>No: Elabora el comunicado solicitando al Director de Cirugía la nota quirúrgica y su resumen.</p> <p>Sí: Elabora el comunicado solicitando al Director de Cirugía el resumen de la nota quirúrgica.</p>
Jefe del Departamento de Consulta Externa	6	<p>Revisa el comunicado de la solicitud de la nota y/o resumen quirúrgico.</p> <p>¿Está correcto?</p> <p>No: Devuelve a la Secretaria de la Consulta Externa para su corrección.</p> <p>Sí: Firma el comunicado y entrega a la Secretaria de la Consulta Externa.</p>
Secretaria de la Consulta Externa	7	Envía a la Dirección de Cirugía el comunicado.
Secretaria de la Consulta Externa	8	Recibe la nota y/o resumen quirúrgico de la Dirección de Cirugía.
Secretaria de la Consulta Externa	9	Integra copia del resumen y/o nota quirúrgica al expediente clínico del Paciente.
Secretaria de la Consulta Externa	10	Regresa el expediente clínico al Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
Secretaria de la Consulta Externa	11	Solicita al Paciente y/o Responsable Legal el talón desprendible de la solicitud y entrega el resumen de la nota quirúrgica. <b>(Política 5)</b>
Secretaria de la Consulta Externa	12	Solicita firma del Paciente y/o Responsable Legal en la bitácora al entregar la nota quirúrgica.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 27

#### 4.3 Tramitar y Entregar Constancia

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de la Consulta Externa	1	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud verbal de una constancia.
Secretaria de la Consulta Externa	2	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de constancias / formato de aseguradoras ( <b>Formato 2</b> ), y solicita el llenado con los datos requeridos.
Secretaria de la Consulta Externa	3	Verifica los datos contenidos en la solicitud con el Paciente y/o Responsable Legal.  ¿Están completos los datos?  No: Complementa los datos.  Si: Registra en bitácora la solicitud del Paciente y/o Responsable Legal
Secretaria de la Consulta Externa	4	Entrega el talón desprendible de la solicitud ( <b>Formato 2</b> ) al Paciente y/o Responsable Legal. ( <b>Política 9</b> )
Secretaria de la Consulta Externa	5	Solicita el expediente clínico del paciente al Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
Secretaria de la Consulta Externa	6	Entrega la solicitud y expediente clínico del paciente al Jefe del Departamento de Consulta Externa
Jefe del Departamento de Consulta Externa	7	Recibe y revisa la solicitud y decide si procede ( <b>Política 18</b> )  ¿Procede la solicitud?  No: Indica a la Secretaria de Consulta Externa que no procede el trámite.  Si: Solicita a la Secretaria de Consulta Externa elabore la constancia correspondiente para firmarla.
Secretaria de Consulta Externa	8	Elabora la constancia correspondiente y la entrega para firma.
Jefe del Departamento de Consulta Externa	9	Revisa la constancia  ¿Están correctos los datos?  No: Regresa a la Secretaria de la Consulta Externa para su corrección.  Si: Firma la constancia y la entrega a la Secretaria de Consulta Externa

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18




 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 27

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de Consulta Externa	10	Entrega al paciente o Responsable Legal la constancia original.
Secretaria de Consulta Externa	11	Solicita la firma del Paciente y/o Responsable Legal en la bitácora al entregar los documentos.
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

#### 4.4 Tramitar y Entregar el Resumen Clínico

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de la Consulta Externa	1	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud verbal de resumen clínico
Secretaria de la Consulta Externa	2	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal la solicitud de información clínica ( <b>Formato 1</b> ) y solicita el llenado con los datos requeridos.
Secretaria de la Consulta Externa	3	Verifica los datos contenidos en la solicitud con el Paciente y/o Responsable legal.  ¿Están completos los datos?  No: Complementa los datos.  Si: Registra en bitácora la solicitud del Paciente y/o Responsable Legal
Secretaria de la Consulta Externa	4	Entrega el talón desprendible del formato al Paciente y/o Responsable Legal. ( <b>Política 9</b> )
Secretaria de la Consulta Externa	5	Solicita el expediente clínico del paciente al Departamento de Estadística y Archivo Clínico
Secretaria de la Consulta Externa	6	Entrega el expediente clínico al Médico Residente asignado para la elaboración del resumen clínico ( <b>Política 8</b> )
Médico Residente	7	Elabora el resumen clínico ( <b>Política 23</b> )
Médico Residente	8	Entrega a la Secretaria de Consulta Externa el expediente clínico del paciente con el resumen clínico elaborado.
Secretaria de la Consulta Externa	9	Recibe documentación y entrega al Jefe del Departamento de Consulta Externa el expediente clínico del paciente con el resumen clínico elaborado.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 27

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe del Departamento de Consulta Externa	10	<p>Revisa si el resumen clínico está correcto. (<b>Política 24</b>)</p> <p>¿Está correcto el resumen clínico?</p> <p>No: Regresa al Médico Residente para las modificaciones pertinentes</p> <p>Si. Entrega a la Asistente de Consulta Externa (<b>Política 25</b>)</p>
Asistente de Consulta Externa	11	Entrega a la Secretaria de Consulta Externa el resumen y expediente clínico del Paciente.
Secretaria de la Consulta Externa	12	Recibe documentación y entrega al Paciente o Responsable Legal el resumen clínico.
Secretaria de la Consulta Externa	13	Solicita firma del Paciente y/o Responsable Legal en la bitácora al entregar el resumen clínico.
Secretaria de la Consulta Externa	14	Regresa el expediente clínico del paciente al Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

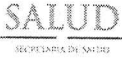


#### 4.5 Atender Solicitud para Tramitar el Cambio de Médico Especialista

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Secretaria de la Consulta Externa	1	Recibe del Paciente y/o Responsable Legal la solicitud verbal para realizar el cambio de Médico Especialista.
Secretaria de la Consulta Externa	2	Entrega al Paciente y/o Responsable Legal la Solicitud para Cambio de Médico ( <b>Formato 3</b> ) y le solicita lo llene con los datos requeridos.
Secretaria de la Consulta Externa	3	<p>Verifica los datos contenidos en la solicitud con el Paciente y/o Responsable legal.</p> <p>¿Están completos los datos?</p> <p>No: Complementa los datos.</p> <p>Si: Registra en bitácora la solicitud del Paciente y/o Responsable Legal</p>
Secretaria de la Consulta Externa	4	Entrega a la Asistente de Consulta Externa la solicitud ( <b>Formato 3</b> ).

#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 11
			<b>DE:</b> 27

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Asistente de Consulta Externa	5	Recibe solicitud para cambio de Médico Especialista y solicita el expediente clínico del Paciente al Departamento de Estadística y Archivo Clínico
Asistente de Consulta Externa	6	Entrega solicitud y expediente clínico del paciente al Jefe del Departamento de Consulta Externa.
Jefe del Departamento de Consulta Externa	7	<p>Recibe documentos y analiza el caso conjuntamente con los médicos involucrados para autorizar el cambio. <b>(Política 26)</b></p> <p>¿Procede el cambio de Médico Especialista?</p> <p>No: Informa al Paciente y/o Responsable Legal de la no procedencia del cambio.</p> <p>Si: Autoriza el cambio de Médico Especialista e informa a la Asistente de Consulta Externa. <b>(Política 27 y 28)</b></p>
Asistente de Consulta Externa	8	Informa vía telefónica o presencial al Paciente y/o Responsable Legal acerca de la autorización a su petición y registra en la bitácora la atención de la solicitud.
Asistente de Consulta Externa	9	Entrega el expediente clínico del paciente y resguarda la solicitud para el cambio de médico en el archivo del departamento
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

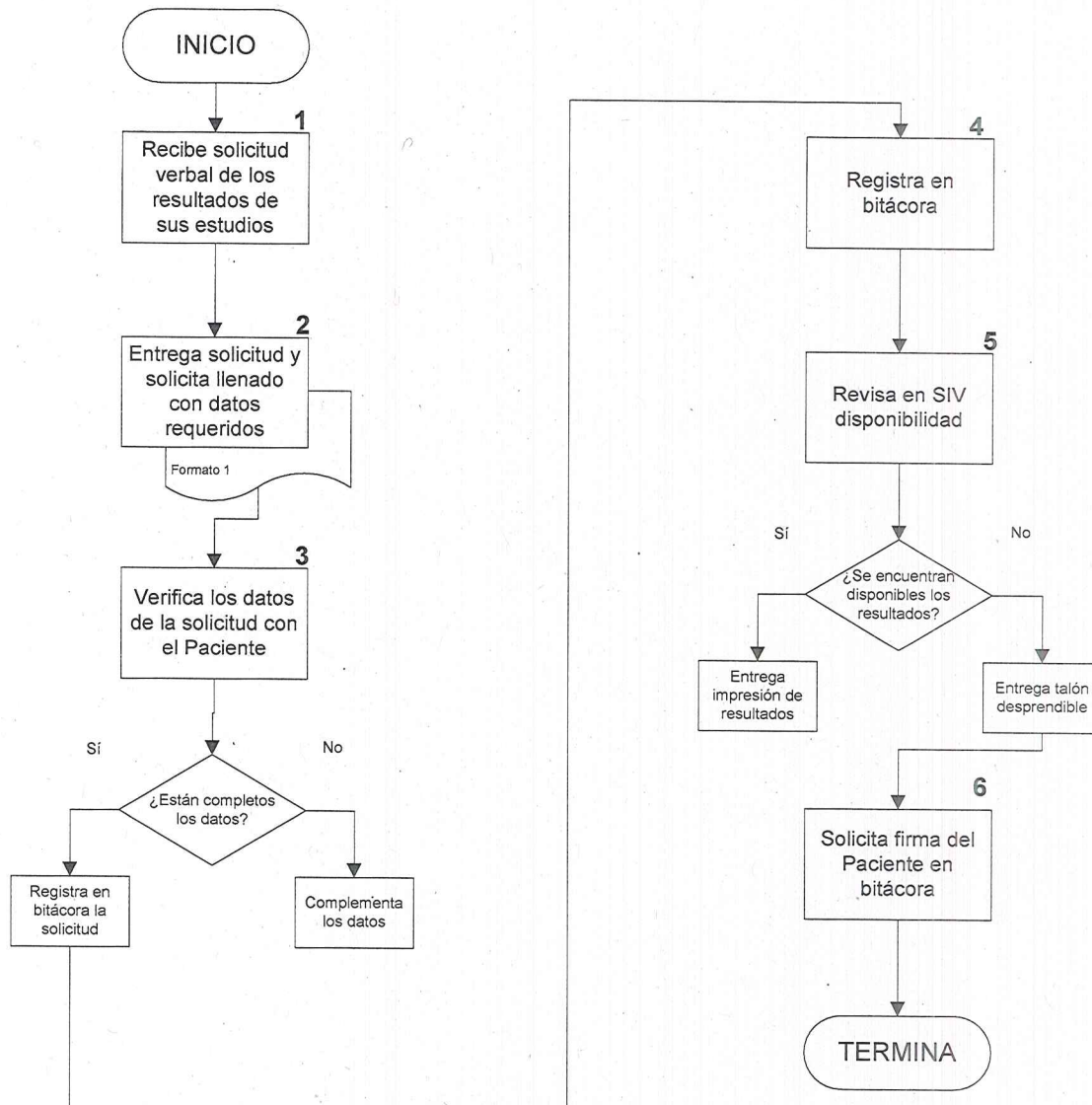
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

5.1 Tramitar y Entregar copia de Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete

Secretaria de la Consulta Externa



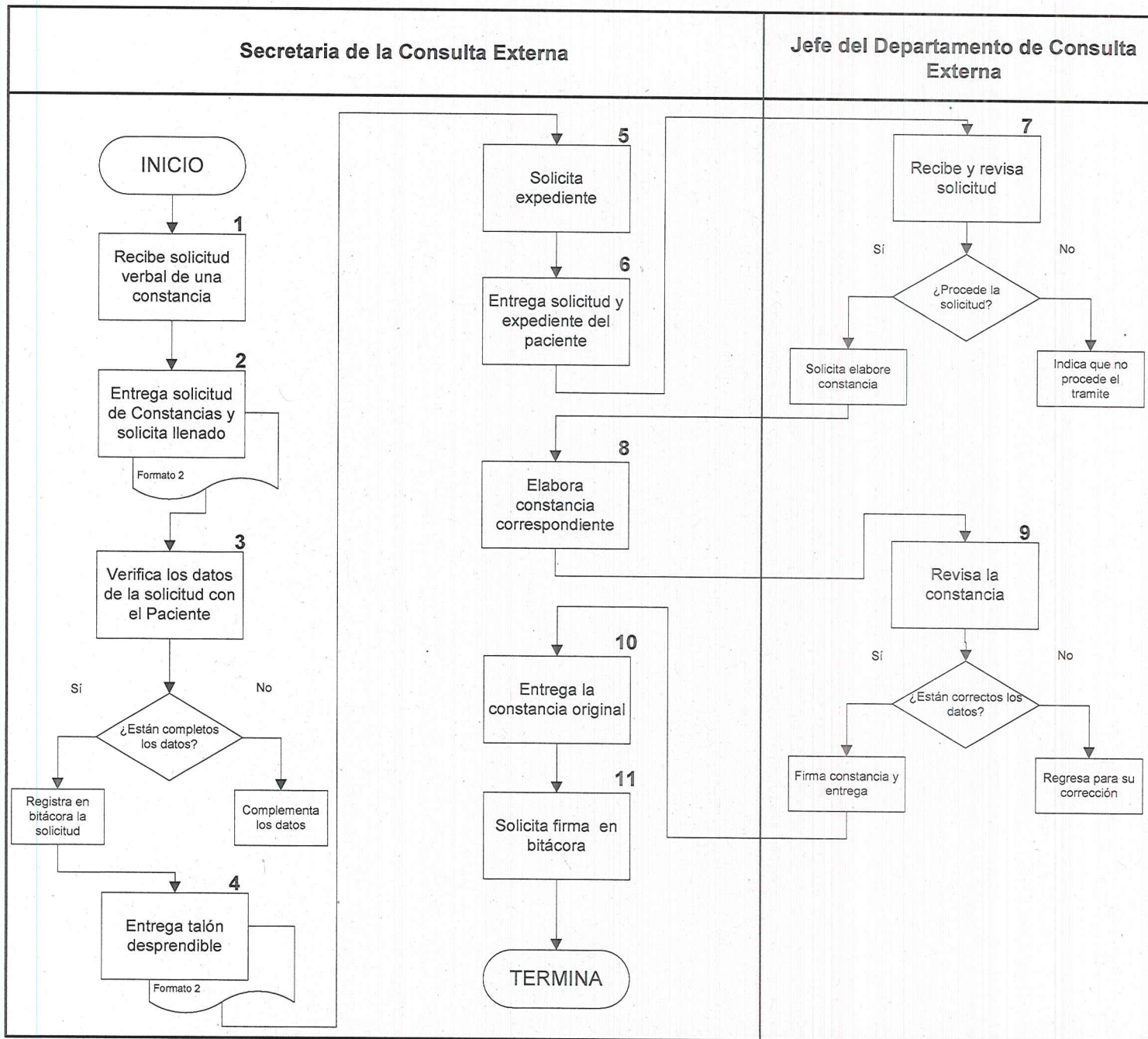
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18



## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.3 Tramitar y Entregar Constancia

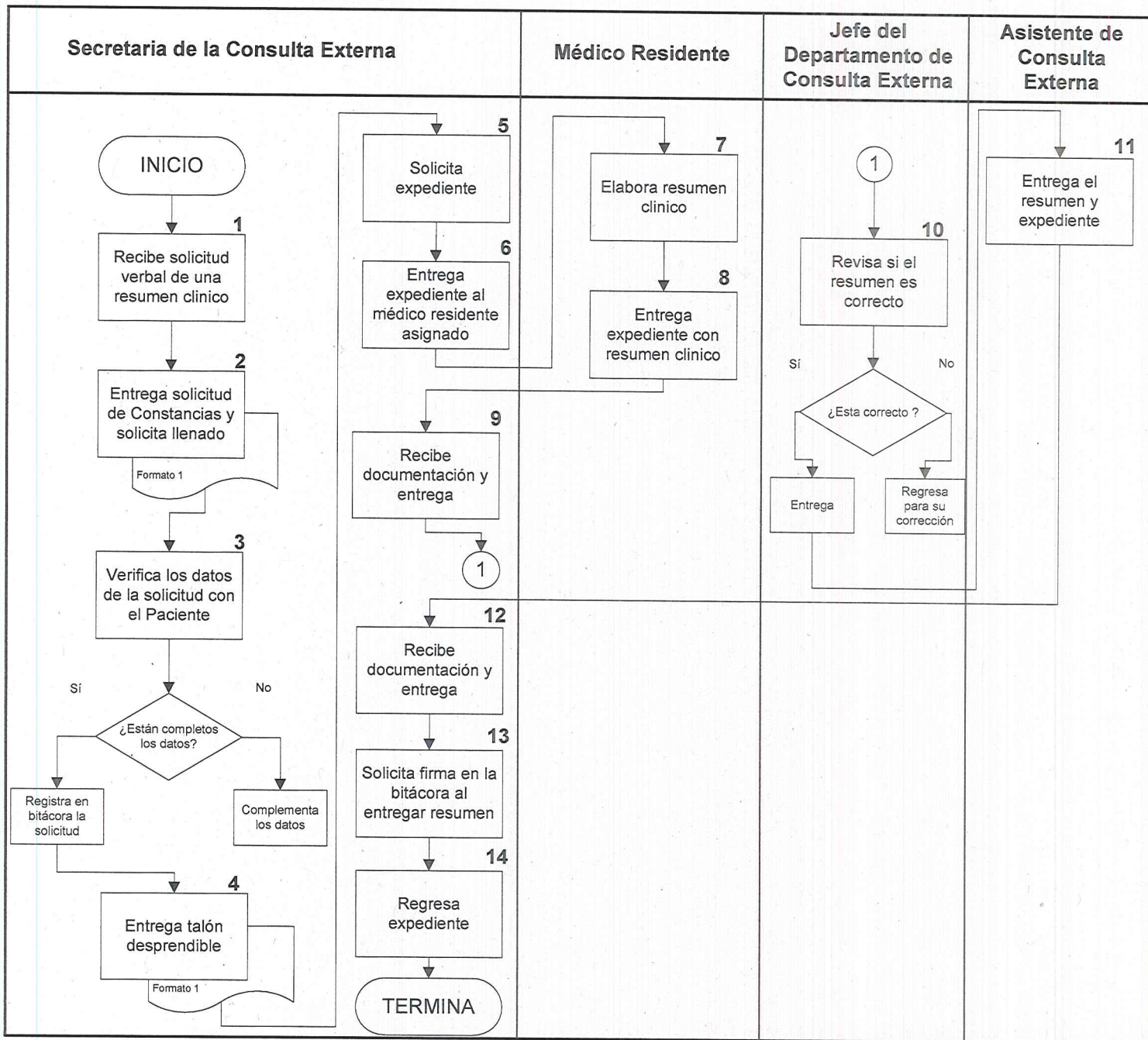


### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

#### 5.4 Tramitar y Entregar el Resumen Clínico



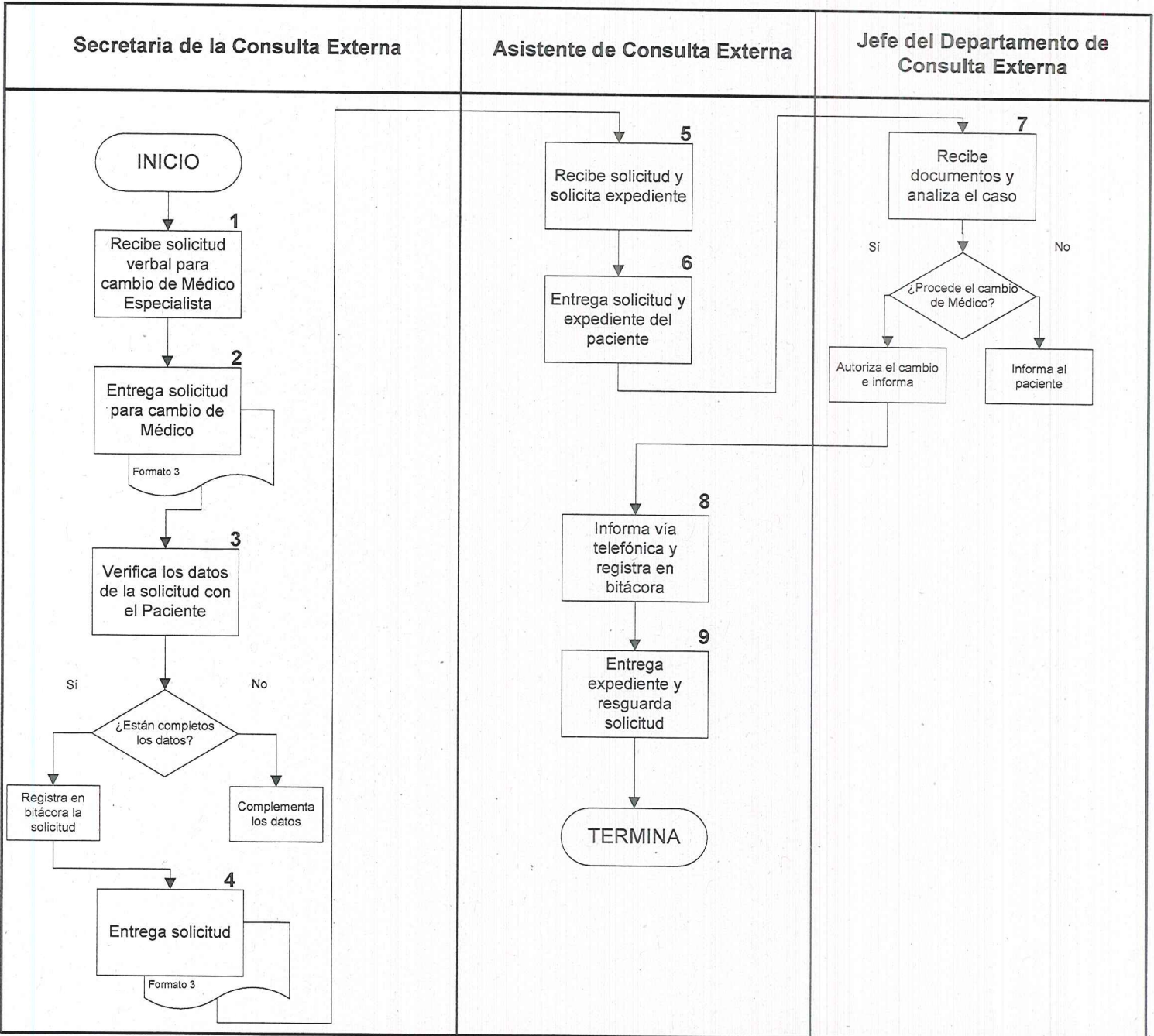
#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18






5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

5.5 Atender Solicitud para Tramitar el Cambio de Médico Especialista



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 27

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de Conservación	Responsable de Conservarlo	Código de Registro o Identificación Única
Formato 1 Solicitud de Información Clínica	6 años	Departamento de Consulta Externa	4S.6
Formato 2 Solicitud de Constancias / Formato de Aseguradoras	6 años	Departamento de Consulta Externa	4S.6
Formato 3 Solicitud para Cambio de Médico	6 años	Departamento de Consulta Externa	4S.6
Anexo 1 Petición Ciudadana	2 años	Área de Responsabilidades y Quejas	10C.10

Nota: todos los formatos de atención médica se considerara su tiempo de conservación a partir de la última cita médica del Paciente

## 7.0 GLOSARIO

**7.1. Inconformidad:** Que no está conforme con una decisión o una situación o no la admite.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN




Número de Revisión	Fecha de la Actualización	Descripción del Cambio
01	31-01-18	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS


### FORMATO 9.1: SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Reg.	El número de expediente del Paciente
3	Tel:	El número telefónico del Paciente o Responsable Legal
4	a) Resumen Clínico	Información específica que el Paciente necesita que contenga el resumen

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 27

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
5	b) Copia de Nota Quirúrgica	La fecha en la cual se realizó la cirugía que corresponde a la nota quirúrgica que requiere el Paciente, también se especifica el tipo de cirugía a la que se refiere la solicitud
6	c) Estudios	Especificar si el requerimiento es de laboratorio y/o gabinete, así como la fecha en que el Paciente se realizó dichos estudios
7	Favor de anotar las interpretaciones requeridas en caso de ser de gabinete:	Especificar el tipo de interpretaciones que el Paciente requiere de los estudios de gabinete que se realizó
8	Nombre y firma del / de la Paciente o Responsable Legal	El nombre completo y firma del Paciente y/o Responsable Legal
9	Identificación oficial	Tipo de identificación oficial que el Paciente o Responsable Legal presenta para el trámite
10	Fecha de Recepción de la Solicitud	La fecha en la que el Paciente y/o Responsable Legal realiza la solicitud
11	Nombre de la Persona que Recibe	El nombre de la Secretaria de Consulta Externa que da trámite a la solicitud
12	Recibió	El nombre de la Secretaria de Consulta Externa que da trámite a la solicitud
13	Fecha	La fecha en la que el Paciente y/o Responsable Legal realiza la solicitud
14	Fecha de Entrega Probable	La fecha en la que se hará entrega de lo solicitado por el Paciente y/o Responsable Legal

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18





# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Consulta Externa

### 5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.3.1

REV: 01

HOJA: 19

DE: 27

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
"SALVADOR ZUBIRÁN"  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS  
DEPTO. DE CONSULTA EXTERNA

SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA

Nombre: \_\_\_\_\_ 1 Reg. \_\_\_\_\_ 2 Tel.: \_\_\_\_\_ 3

SOLICITUD DE:

4 a) Resumen Clínico  
Datos que interesan especialmente \_\_\_\_\_

5 b) Copia de Nota Quirúrgica  
Fecha de Cirugía \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Tipo de Cirugía \_\_\_\_\_

6 c) Estudios \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
- Copias de laboratorio  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
- Copias interpretación de estudios de gabinete  \_\_\_\_\_  
(Rx, Endoscopia, Biopsias, etc.)

7 Favor de anotar las interpretaciones requeridas en caso de ser de gabinete:  
Estudios \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CANCELADO**

ESTA SOLICITUD SÓLO PUEDE SER FIRMADA POR EL/LLA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS.

8 \_\_\_\_\_ 9 \_\_\_\_\_  
Nombre y firma del/la Paciente o Responsable legal Identificación oficial

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 10 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE: 11 \_\_\_\_\_

---

SOLICITUD DE CONSTANCIA/FORMATO DE ASEGURADORA

TALÓN PARA EL PACIENTE

RECIBIÓ 12 \_\_\_\_\_ FECHA 13 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
FECHA DE ENTREGA PROBABLE 14 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_




**ATENCIÓN:** ESTA SOLICITUD SERÁ VALORADA Y AUTORIZADA, EN SU CASO, CON BASE EN LOS ELEMENTOS MÉDICOS PRESENTES EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

ANTES DE PASAR A RECOGERLA, FAVOR DE LLAMAR AL 54-87-09-00 EXTS. 5428, 5429 Y 5432 DE 07:30 A 16:30 HRS. PARA CONFIRMAR SI YA ESTÁ LISTO SU DOCUMENTO.

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE MOSTRAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL/LLA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL AL MOMENTO DE RECOGER EL DOCUMENTO DE LUNES A VIERNES, DE 07:30 A 16:30 HRS.  
EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ ENTREGAR A UN TERCERO QUE DEBERÁ MOSTRAR AUTORIZACIÓN ESCRITA POR EL/LLA PACIENTE ACOMPAÑADA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE AMBAS PERSONAS

#### CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 27



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**  
**SALVADOR ZUBIRÁN**  
**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS**  
**DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**  
**INFORMACIÓN SOBRE PREPARACIÓN DE RESÚMENES CLÍNICOS**

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, proporciona el servicio de elaboración de Resúmenes Clínicos a pacientes que han sido atendidos en la institución, con las siguientes normas:

1. Debido al carácter privado de la información contenida en el expediente, es indispensable que la solicitud del resumen sea firmada por el/la paciente o su representante legal. Si no se cumple este requisito es imposible proporcionar la información solicitada.
2. El resumen no podrá ser entregado si no se acredita debidamente la personalidad del solicitante mediante una identificación oficial vigente. (En casos excepcionales se podrá entregar a un tercero que deberá mostrar autorización escrita por el/la paciente acompañada de la identificación oficial de ambas personas).
3. El resumen se prepara como un condensado de información que contiene un listado de los diagnósticos establecidos, las intervenciones quirúrgicas practicadas, los problemas pendientes de resolución y las recomendaciones de tratamiento.
4. NO se elaborarán resúmenes por calificación de incapacidad laboral u otros trámites laborales.
5. El tiempo mínimo de espera entre la recepción de la solicitud y la entrega del resumen es de 15 días hábiles.
6. El intervalo entre dos resúmenes clínicos no podrá ser menor de 6 meses, excepto cuando el/la paciente haya sido hospitalizado(a) en el Instituto en este intervalo, lo cual podría justificar un nuevo resumen antes de este tiempo.


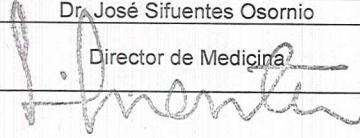
**CONTROL DE EMISIÓN**




	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	31-01-18	31-01-18	31-01-18


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 27

**FORMATO 9.2: SOLICITUD DE CONSTANCIAS / FORMATO DE ASEGURADORAS**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente
2	Reg.	El número de expediente del Paciente
3	Tel:	El número telefónico del Paciente o Responsable Legal
4	a) Constancias	Elegir el tipo de constancia que solicita el Paciente y/o Responsable Legal
5	b) Llenado de formato de Aseguradoras:	Corresponde a tramites de la Subdirección de Servicios Paramédicos
6	Fecha(s) de la atención de interés	Corresponde a tramites de la Subdirección de Servicios Paramédicos
7	Problema o tratamiento que motiva la solicitud	Corresponde a tramites de la Subdirección de Servicios Paramédicos
8	Nombre y firma del / de la Paciente o Responsable Legal	El nombre completo y firma del Paciente y/o Responsable Legal
9	Identificación oficial	Tipo de identificación oficial que el Paciente o Responsable Legal presenta para el trámite
10	Fecha de recepción de la solicitud	La fecha en la que el Paciente y/o Responsable Legal realiza la solicitud
11	Nombre de la persona que recibe	El nombre de la Secretaria de Consulta Externa que da trámite a la solicitud
12	Vo.Bo	El Visto Bueno de la Subdirectora de Servicios Paramédicos
13	Recibió	El nombre de la Secretaria de Consulta Externa que da trámite a la solicitud
14	Fecha	La fecha en la que el Paciente y/o Responsable Legal realiza la solicitud
15	Fecha de Entrega Probable	La fecha en la que se hará entrega de lo solicitado por el Paciente y/o Responsable Legal

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</p>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 27



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN  
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS  
DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

**SOLICITUD DE CONSTANCIAS / FORMATO DE ASEGURADORAS**

Nombre: \_\_\_\_\_ 1      Reg: \_\_\_\_\_ 2      Tel: \_\_\_\_\_ 3

**A) Constancias: 4**

Solicito se me otorgue constancia de atención en esta Institución para el siguiente propósito:

\_\_\_\_\_ 1. Autorización para uso de vidrios polarizados en mi vehículo de transporte

\_\_\_\_\_ 2. Autorización para trámite de placa para discapacitados

\_\_\_\_\_ 3. Solicitud de oxígeno

\_\_\_\_\_ 4. Otro (especifique)

**B) Llenado de formato de Aseguradoras: 5**

- Seguro de Vida (defunción)       - Reembolso Gastos Médicos

**IMPORTANTE PRECISAR:**

Fecha(s) de la atención de interés \_\_\_\_\_ 6

Problema o tratamiento que motiva la solicitud \_\_\_\_\_ 7

ESTA SOLICITUD SOLO PUEDE SER REALIZADA POR EL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS.

\_\_\_\_\_ 8      \_\_\_\_\_ 9

Nombre y firma del/la Paciente o Responsable legal      Identificación oficial

---

FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD: 10 \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE: 11 \_\_\_\_\_      Vo. Bo. 12 \_\_\_\_\_

SUBDIRECTORA DE SERVICIOS PARAMÉDICOS

**SOLICITUD DE CONSTANCIA / FORMATO DE ASEGURADORA**

**TALÓN PARA EL PACIENTE**

RECIBIO: 13      FECHA: 14      FECHA DE ENTREGA PROBABLE: 15


**ATENCIÓN:** ESTA SOLICITUD SERÁ VALORADA Y AUTORIZADA, EN SU CASO, CON BASE EN LOS ELEMENTOS MÉDICOS PRESENTES EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO.

ANTES DE PASAR A RECOGERLA, FAVOR DE LLAMAR AL: 54-87-09-00 EXTS. 5428, 5429 Y 5432 DE 07:30 A 16:30 HRS. PARA CONFIRMAR SI YA ESTÁ LISTO SU DOCUMENTO.

RECUERDE QUE ES INDISPENSABLE MOSTRAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL DEL/LA PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL AL MOMENTO DE RECOGER EL DOCUMENTO DE LUNES A VIERNES, DE 07:30 A 16:30 HRS.

EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ ENTREGAR A UN TERCERO QUE DEBERÁ MOSTRAR AUTORIZACIÓN ESCRITA POR EL/LA PACIENTE ACOMPAÑADA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE AMBAS PERSONAS




CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 27

**FORMATO 9.3: SOLICITUD PARA CAMBIO DE MÉDICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Paciente:	El o los Nombre(s) y Apellidos del Paciente y/o Responsable Legal que solicita el cambio de Médico
2	Registro:	El número de expediente del Paciente
3	Teléfono	El número telefónico del Paciente o Responsable Legal
4	Pasa a Consulta de:	La especialidad de la cual se solicita el cambio de Médico
5	Médico actual:	El nombre del especialista que atiende la consulta de la cual el Paciente y/o Responsable Legal solicita el cambio
6	Desea consultar con:	El nombre del Médico con el cual el Paciente y/o Responsable Legal solicita la consulta médica en lo futuro
7	Motivo:	El motivo por el cual el Paciente y/o Responsable Legal solicita el cambio de médico
8	Atendió:	El nombre de la Secretaria de Consulta Externa que da trámite a la solicitud
9	Fecha	La fecha en que se da inicio al trámite de la solicitud
10	Hora	La hora en la que se registra en la bitácora la solicitud

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 24
			<b>DE:</b> 27



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MEDICAS  
Y NUTRICION  
SALVADOR ZUBIRAN

### Jefatura de Consulta Externa

#### SOLICITUD PARA CAMBIO DE MEDICO

Paciente: \_\_\_\_\_ 1

Registro: \_\_\_\_\_ 2

Teléfono: \_\_\_\_\_ 3

Pasa a Consulta de: \_\_\_\_\_ 4

Médico actual: \_\_\_\_\_ 5

Desea consultar con: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ 6

Motivo: \_\_\_\_\_ 7


\_\_\_\_\_ 7




\_\_\_\_\_ 7

Atendió: \_\_\_\_\_ 8

\_\_\_\_\_ 9      \_\_\_\_\_ 10  
 Fecha      hora




CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18


 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 27

## ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 26
			<b>DE:</b> 27

**ANEXO 1: PETICIÓN CIUDADANA**



SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

ÓRGANO INTERNO DE CONTROL EN EL  
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

PETICIÓN CIUDADANA

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA PERSONA QUE EXTIENDE LA PRESENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

REGISTRO No.: \_\_\_\_\_

CALLE: \_\_\_\_\_ No EXT. \_\_\_\_\_ No INT. \_\_\_\_\_

COL: \_\_\_\_\_ DELEG.: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

LUGAR, DÍA Y HORA EN LA QUE SUCEDIERON LOS HECHOS: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LA PETICIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(FIRMA)

CANCELADO

ESTA HOJA DEBERÁ DEPOSITARSE EN LOS BUZONES O EN EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL UBICADO EN LA PLANTA ALTA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ESTE INSTITUTO. PARA INFORMES FAVOR DE COMUNICARSE AL TEL. 54-87-49-00 EXT. 2558 Y 2559. PARA QUE ESTA PETICIÓN PROCEDA DEBERÁN ESTAR COMPLETOS LOS DATOS SOLICITADOS EN ESTE FORMATO.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**

**Departamento de Consulta Externa**

**5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Pacientes del Instituto**



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

**CÓDIGO:**  
M.P./0.2.3.1

**REV:** 01

**HOJA:** 27




**DE:** 27

"Los datos personales por usted proporcionados serán protegidos en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI, y se registrarán en el Sistema Electrónico de Atención Ciudadana cuya finalidad es supervisar, controlar y dar seguimiento a la atención que se brinde a la sugerencia presentada, lo anterior con fundamento en el Artículo 39, Fracción VI y XI del Reglamento Interno de la Secretaría de la Función Pública".

**CANCELADO**

**CONTROL DE EMISIÓN**

	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	31-01-18	31-01-18	31-01-18

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 2

El presente documento fue autorizado por el Comité de Mejora Regulatoria Interna en la Primera Sesión Ordinaria de fecha 15 de febrero de 2018

## AUTORIZACIÓN

### ELABORADO POR:


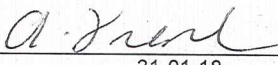
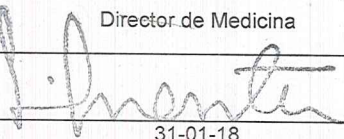




\_\_\_\_\_  
Dra. Judith González Sánchez.  
Jefa del Departamento de Consulta Externa.

### REVISADO POR:



\_\_\_\_\_  
Dra. Alicia Josefina Frenk Mora.  
Subdirectora de Servicios Paramédicos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 2

**REVISIÓN METODOLÓGICA:**



C.P. Miguel Ángel Lima Alarcón.  
Jefe del Departamento de Organización y Modernización Administrativa.

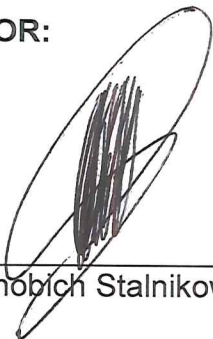


C. Verónica Elena Cervantes Navarro.  
Analista Especializado de Organización y Modernización.



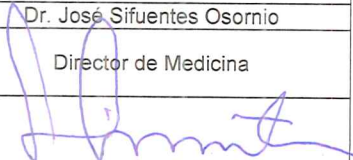


Pas LIA Perla Donaji Cedillo Miralrio  
Analista Especializado de Organización y Modernización.

**AUTORIZADO POR:**



Dr. David Kershenovich Stalnikowitz.  
Director General.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. José Sifuentes Osornio
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	31-01-18	31-01-18	31-01-18