

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



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



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

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA**

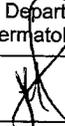
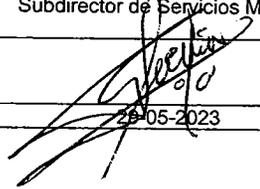
**MAYO 2023**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Índice</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 15

## 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>15</b>
1. OTORGAR CONSULTAS E INTERCONSULTAS DERMATOLÓGICAS	
2. FORMAR DE RECURSOS HUMANOS	
3. REALIZAR PROYECTOS Y/O PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	

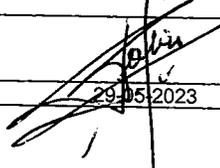
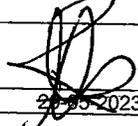
## AUTORIZACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Introducción</b>		<b>HOJA:</b> 2
			<b>DE:</b> 15

## INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de uniformar y documentar las acciones que se realizan en las diferentes unidades administrativas del Instituto y orientar a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades. El Departamento de Dermatología ha emitido el presente manual de procedimientos, que ha sido elaborado con el propósito de ofrecer la descripción de sus actividades que se siguen en la realización de sus funciones, estableciendo políticas de operación, normas y lineamientos, así como los formatos y anexos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Objetivo del Manual</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 15

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 4
			<b>DE:</b> 15

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D. O. F. 5-II-1917 y sus reformas

### TRATADOS Y DISPOSICIONES INTERNACIONALES

Buenas Prácticas Clínicas (BPC ICH) de la Conferencia Internacional de Armonización.  
29-XI- 2017

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.  
D.O.F. 12-V-1981 fe de erratas 18-VI-1981

Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, Consejo de Europa.  
Elaborado en Oviedo España 1997, publicado en BOE 20-X-1997

Declaración de Helsinki.  
Publicado en junio 1964 (enmienda octubre 1975)

Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos.  
Publicado en 19-X-2005

Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos.  
Fecha de adopción 11-XI-1997

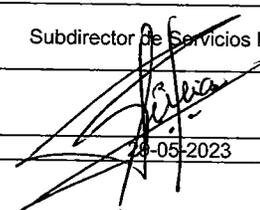
Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos.  
Publicada en: XI-2016

Recomendaciones para investigación en Salud Pública. Declaración ministerial relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública.  
Fecha de adopción: 14-XI-2001

### LEYES

Ley General de Salud.  
D.O.F. 07-II-1984 y sus reformas

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.  
D.O.F. 26-V-2000 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 5
			<b>DE:</b> 15

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 29-XII-1976 y sus reformas

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 14-V-1986 y sus reformas

Ley de Planeación.  
D.O.F. 05-I-1983 y sus reformas

Ley General para el Control del Tabaco.  
D.O.F. 30-V-2008 y sus reformas

Ley General de Protección Civil.  
D.O.F. 06-VI-2012 y sus reformas

Ley General de Archivos.  
D.O.F. 15-VI-2018

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 04-I-2000 y sus reformas

Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos.  
D.O.F. 19-V-2021

Ley Federal Del Trabajo.  
D.O.F. 01-IV-1970 y sus reformas

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B del Artículo 123 Constitucional.  
D.O.F. 28-XII-196 y sus reformas

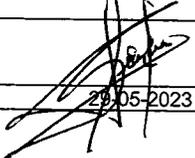
Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 04-V-2015 y sus reformas

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 09-V-2016 y sus reformas

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

Ley General del Sistema Nacional Anticorrupción.  
D.O.F. 18-VII-2016 y sus reformas

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.  
D.O.F. 11-VI-2003 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullas Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 15

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-V-2011 y sus reformas

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
D.O.F. 25-VI-2002 y sus reformas

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.  
D.O.F. 02-VIII-2006 y sus reformas

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
D.O.F. 01-II-2007 y sus reformas

Ley Federal de Austeridad Republicana.  
D.O.F. 19-XI-2019.

Ley General de Bienes Nacionales.  
D.O.F. 20-V-2004 y sus reformas

Ley de Ciencia Y Tecnología.  
D.O.F. 5-VI-2002 y sus reformas

Ley de Infraestructura de la Calidad.  
D.O.F. 01-VII-2020

Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 24-XII-1996 y sus reformas

Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 01-VII-2020

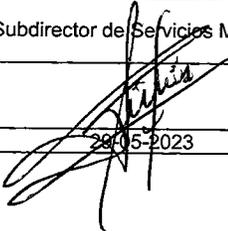
Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos.  
D.O.F. 8-10-2003 y sus reformas

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

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 04-VIII-1994 y sus reformas

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.  
D.O.F. 01-XII-2005 y sus reformas

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
D.O.F. 30-III-2006 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 7
			<b>DE:</b> 15

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.  
D.O.F. 31-XII-2004 y sus reformas

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2022.  
D.O.F. 29-XI-2021

### CÓDIGOS

Código Penal Federal.  
D.O.F. 14-VIII-1931 y sus reformas

Código Nacional de Procedimientos Penales.  
D.O.F. 05-III-2014 y sus reformas

Código Civil Federal.  
D.O.F. 26-V-1928 y sus reformas

Código Federal de Procedimientos Civiles.  
D.O.F. 24-II-1943 sentencia de la SCJN 17-XI-2021

Código de Ética de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 08-II-2022

Código de Ética y de Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición 30-VI-2020.

### REGLAMENTOS

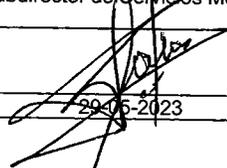
Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 26-I-1990 y sus reformas

Reglamento de Insumos para la Salud.  
D.O.F. 04-II-1998 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.  
D.O.F. 13-V-2014

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

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 8
			<b>DE:</b> 15

Reglamento de la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.  
D.O.F. 28-VII-2010 y sus reformas

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.  
D.O.F. 31-V-2009 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.  
D.O.F. 13-V-2014 y sus reformas

Reglamento de La Ley General de Salud En Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.  
D.O.F. 14-V-1986 y sus reformas

Reglamento de La Ley General de Salud En Materia de Investigación Para La Salud.  
D.O.F. 06-I-1987 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.  
D.O.F. 20-II-1985 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.  
D.O.F. 26-III-2014

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Sanidad Internacional.  
D.O.F. 18-11-1985, fe de erratas 10-VII-1985

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 23-XI-1994 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 22-V-1998 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos Productos y Servicios.  
D.O.F. 18-I-1988 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.  
D.O.F. 14-I-1999 y sus reformas

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.  
D.O.F. 27-I-2017 y sus reformas

Reglamento de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios.  
D.O.F. 13-IV-2004

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>			<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>			<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>			<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 15	

## ACUERDOS

Acuerdo por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud.

D.O.F. 17-IV-1990.

Acuerdo que establece los Lineamientos que deberán observarse en los establecimientos públicos que presten servicios de atención médica para regular su relación con los fabricantes y distribuidores de medicamentos y otros insumos para la salud, derivada de la promoción de productos o la realización de actividades académicas, de investigación o científicas.

D.O.F. 12-VIII-2008

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.

D.O.F. 04-V-2016.

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados Garanticen Condiciones de Accesibilidad que Permitan el Ejercicio de los Derechos Humanos de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a Grupos Vulnerables.

D.O.F. 04-V-2016.

Acuerdo que tiene por objeto emitir el Código de Ética de los servidores públicos del Gobierno Federal, las Reglas de Integridad para el ejercicio de la función pública, y los Lineamientos generales para propiciar la integridad de los servidores públicos y para implementar acciones permanentes que favorezcan su comportamiento ético, a través de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés.

D.O.F. 20-VIII-2015 y sus reformas

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones Generales para la Integración y Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética y se establecen las unidades hospitalarias que deben contar con ellos, de conformidad con los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Bioética.

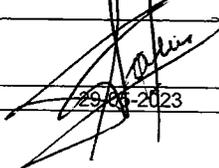
D.O.F. 31-X-2012 y sus reformas

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos que establecen los procedimientos internos de atención a solicitudes de acceso a la información pública.

D.O.F. 12-II-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para determinar los catálogos y publicación de información de interés público, y para la emisión y evaluación de políticas de transparencia proactiva.

D.O.F. 15-IV-2016 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 15

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos generales en materia de clasificación y desclasificación de la información, así como para la elaboración de versiones públicas.  
D.O.F. 15-IV-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.  
D.O.F. 04-V-2016

Acuerdo del consejo nacional del sistema nacional de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales, por el que se aprueban los lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción iv del artículo 31 de la ley general de transparencia y acceso a la información pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la plataforma nacional de transparencia.  
D.O.F. 04-V-2016 y sus reformas

Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones y el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno.  
D.O.F. 03-XI-2016 y sus reformas

Acuerdo que tiene por objeto emitir las Disposiciones Generales en las materias de Archivos y de Gobierno Abierto para la Administración Pública Federal y su Anexo Único.  
D.O.F. 15-V-2017

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.  
D.O.F. 26-I-2018

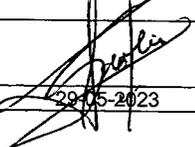
Acuerdo por el que se establecen las Disposiciones Generales para la Realización del Proceso de Fiscalización.  
D.O.F. 05-XI-2020

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Calidad en la Atención Médica, para el ejercicio fiscal 2022.  
D.O.F. 29-XII-2021

### NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-008-SCFI-2002, Sistema general de unidades de medida.  
D.O.F. 27-XI-2002

Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.  
D.O.F. 17-II-2003 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 15

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.  
D.O.F. 20-XI-2009

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-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.  
D.O.F. 12-XII-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo- funciones y actividades.  
D.O.F. 22-XII-2009

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

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil, colores, formas y símbolos a utilizar.  
D.O.F. 23-XII-2011 y sus reformas

Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.  
D.O.F. 23-III-2012.

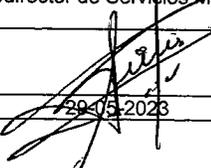
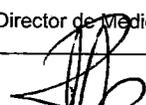
Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.  
D.O.F. 04-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.  
D.O.F. 15-X-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que Establece los Criterios para la Ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.  
D.O.F. 04-I-2013

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-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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullas Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 15

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.  
D.O.F. 19-II-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.  
D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.  
D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-141-SSA1/SCFI-2012. Etiquetado para productos cosméticos preenvasados. Etiquetado sanitario y comercial.  
D.O.F. 19-IX-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.  
D.O.F. 07-VIII-2014

Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015. En Igualdad Laboral y No Discriminación.  
D.O.F. 19-X-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de fármacos y medicamentos, así como de remedios herbolarios.  
D.O.F. 07-VI-2016.

Norma Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.  
D.O.F. 19-VII-2017 y sus reformas

Norma Oficial Mexicana NOM-189-SSA1/SCFI-2018, Productos y servicios. Etiquetado y envasado para productos de aseo de uso doméstico.  
D.O.F. 13-XII-2018

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.  
D.O.F. 09-VII-2020

Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención.  
D.O.F. 23-X-2018

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-06-2023	29-06-2023	29-06-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 15

**PLANES Y PROGRAMAS**

Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 27-XI-2020 nota aclaratoria 28-I-2021

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.  
D.O.F. 12-VI-2017

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de La Gestión Pública 2019-2024.  
D.O.F. 30-VIII-2019

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.  
D.O.F. 17-VIII-2020

**DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS**

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 06-III-2020 nota aclaratoria 03-III-2021

Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de autorización VIII-2016

Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil.  
D.O.F. 13-VII-2018

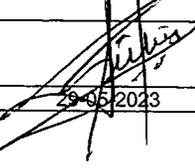
Manual de Identidad Gráfica 2018-2024.  
Fecha de publicación 30-I-2020

Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 07-V-2019

Guía para identificar y prevenir conductas que puedan constituir conflicto de interés de los servidores públicos.  
Fecha de publicación I-2017

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición: IV-2018

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.  
D.O.F. 03-I-2020 nota aclaratoria 07-IV-2020

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 15

Protocolo de Actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la Atención de Presuntos Actos de Discriminación.  
D.O.F. 18-VII-2017

Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública. 2021.  
Fecha de autorización: I-2020

Declaratoria de igualdad laboral y no discriminación en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición 25-III-2020

Pronunciamiento de Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual en el ámbito laboral del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición 20-III-2020

Políticas, Bases y Lineamientos en Materia de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha de expedición: VIII-2018

Reglas de integridad para el ejercicio de la Función Pública.  
D.O.F. 20-VIII-2015 y sus reformas

## LINEAMIENTOS

Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 03-VII-2015

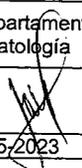
Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 22-II-2016

Lineamientos Para Analizar Valorar y Decidir el Destino Final de Documentación de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 16-III-2016

Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.  
D.O.F. 26-I-2018

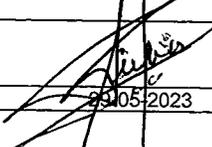
Lineamientos de Racionalidad y Austeridad Presupuestaria 2021.  
D.O.F. 26-II-2021

Lineamientos para la aplicación de recursos autogenerados y/o ingresos propios del Instituto Nacional De Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 07-V-2019

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

<b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>			<b>REV:</b> 01
	<b>Procedimientos</b>			<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 15

### III.PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 30

## 1. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONSULTAS E INTERCONSULTAS DERMATOLÓGICAS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullas Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 2
			<b>DE:</b> 30

## 1.0 PROPÓSITO

Proporcionar atención médica en consultas de primera vez, subsecuentes e interconsultas a las personas beneficiarias con padecimientos dermatológicos a fin de emitir un diagnóstico y proporcionar un tratamiento integral colaborando en la recuperación del estado de salud de estos.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Dermatología en atender a personas beneficiarias con padecimientos dermatológicos, al Departamento de Consulta Externa en programar las citas de primera vez y subsecuentes, a las unidades de hospitalización, Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias y Terapia Intensiva en solicitar las interconsultas.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a personas beneficiarias en recibir la atención médica dermatológica.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. La Dermatóloga o el Dermatólogo, la Médica o el Médico Residente son responsables de verificar los datos de acuerdo con la acción esencial para la seguridad del paciente No. 1 correspondiente a "Identificar correctamente al paciente".
2. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de supervisar las actividades clínicas y/o de destreza de las Médicas o los Médicos Residentes.
3. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de llenar la solicitud del examen anatómico-patológico (**Anexo 1**) tras haber realizado la biopsia y de entregarlo a la Médica o al Médico encargado de sector.

### DE LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTES:

4. La o el Auxiliar de Enfermería del Servicio de Consulta Externa es responsable de realizar actividades que permitan otorgar la consulta a la persona beneficiaria con padecimientos dermatológicos (**Véase Procedimiento 4 del Manual de Procedimientos del Departamento de Consulta Externa.**).
5. La Dermatóloga o el Dermatólogo proporciona la atención médica los lunes en la planta baja de 8:00 a 11:00, los martes y jueves en el primer piso de 8:00 a 11:00 y los viernes en el primer piso de 9:00 a 11:30.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29.05.2023	29.05.2023	29.05.2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 30

6. La Dermatóloga o el Dermatólogo en caso de que la persona beneficiaria requiera de una biopsia es responsable de explicar los beneficios y consecuencias del procedimiento, así como de entregar el consentimiento informado (**Formato 1**).
7. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de elaborar la receta electrónica (**Anexo 2**) en caso de que la persona beneficiaria tenga derecho al programa de gratuidad.

**DE LA INTERCONSULTA:**

8. La Médica o el Médico Residente es responsable de acudir a los sectores de hospitalización y áreas críticas de lunes a viernes en un horario de 6:30 am a 7:30 am y revisar si se requiere interconsulta de dermatología. Los sábados, domingos y días festivos se reciben los requerimientos de interconsultas por llamado en el teléfono de guardia.
9. La Médica o el Médico Residente presenta a la Dermatóloga o al Dermatólogo encargado del piso a las personas beneficiarias que requieren interconsulta y acudirán en conjunto para otorgar la atención dermatológica.
10. La Dermatóloga o el Dermatólogo emitirá las recomendaciones al diagnóstico y tratamiento de la persona beneficiaria mismo que reportará a la Médica o al Médico encargado del sector de hospitalización y junto con la Médica o el Médico Residente realizarán una nota médica de evolución en el expediente clínico electrónico.
11. La Médica o el Médico Residente registra en la base de datos de interconsultas, los siguientes datos de las personas beneficiarias atendidas:
  - a) Nombre completo.
  - b) Fecha de nacimiento.
  - c) Número de registro institucional.
  - d) Fecha en que se realizó la interconsulta.
  - e) Fecha de ingreso de la persona beneficiaria
  - f) Motivo de la interconsulta.
  - g) Realizo biopsia (SI/NO).
  - h) Diagnóstico dermatológico.
12. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de revisar una vez por semana que se estén capturando las interconsultas en la base de datos.

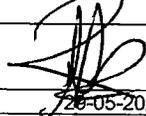
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 30

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

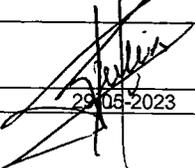
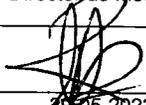
##### 4.1 Consulta de Primera Vez y Subsecuentes.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Dermatóloga o Dermatólogo	1	Recibe el listado de personas beneficiarias que serán atendidas en el servicio de la Unidad del Paciente Ambulatorio (UPA).
Dermatóloga o Dermatólogo	2	Explora clínicamente a la persona beneficiaria.
Dermatóloga o Dermatólogo	3	<p>Valora si la persona beneficiaria requiere exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete.</p> <p>¿Requiere de exámenes de laboratorio o estudios de gabinete?</p> <p>No: Informa el diagnóstico a la persona beneficiaria. <b>Pasa a la actividad 4</b></p> <p>Si: Realiza el llenado de la solicitud de exámenes de laboratorio (<b>Anexo 3</b>) y/o estudios de gabinete mediante la solicitud general (radiología e imagen) (<b>Anexo 4</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	4	<p>Evalúa si la persona beneficiaria requiere de una biopsia.</p> <p>¿Requiere de una biopsia?</p> <p>No: <b>Pasa a la actividad 6.</b></p> <p>Si: Entrega y explica el consentimiento informado (<b>Formato 1</b>) para firma (<b>Política 6</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	5	<p>Revisa que el consentimiento informado este firmado por la persona beneficiaria y el familiar o persona responsable.</p> <p>¿El consentimiento informado está firmado?</p> <p>No: Cancela la biopsia. <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Si: Realiza la biopsia y llena la solicitud del examen anatómopatológico (<b>Anexo 1</b>) (<b>Política 3</b>).</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	28-05-2023	28-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 30

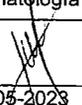
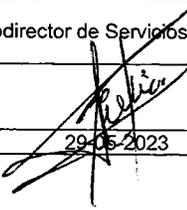
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Dermatóloga o Dermatólogo	6	<p>Analiza y determina si la persona beneficiaria requiere atención de otras especialidades en el Instituto.</p> <p>¿Requiere atención de otras especialidades?</p> <p>No: Entrega la receta médica o receta electrónica y explica el tratamiento a seguir (<b>Política 7</b>) (<b>Formato 3</b>) (<b>Anexo 2</b>). <b>Pasa a la actividad 7</b></p> <p>Si: Solicita interconsulta a otras especialidades mediante el formato de programación de citas (<b>Formato 2</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	7	Determina la fecha de la siguiente consulta de la persona beneficiaria.
Dermatóloga o Dermatólogo	8	Entrega el formato de programación de citas ( <b>Formato 2</b> ) a la persona beneficiaria para su programación.
Dermatóloga o Dermatólogo	9	<p>Elabora la nota de seguimiento en el expediente clínico electrónico.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 30

#### 4.2 Otorgar Interconsulta

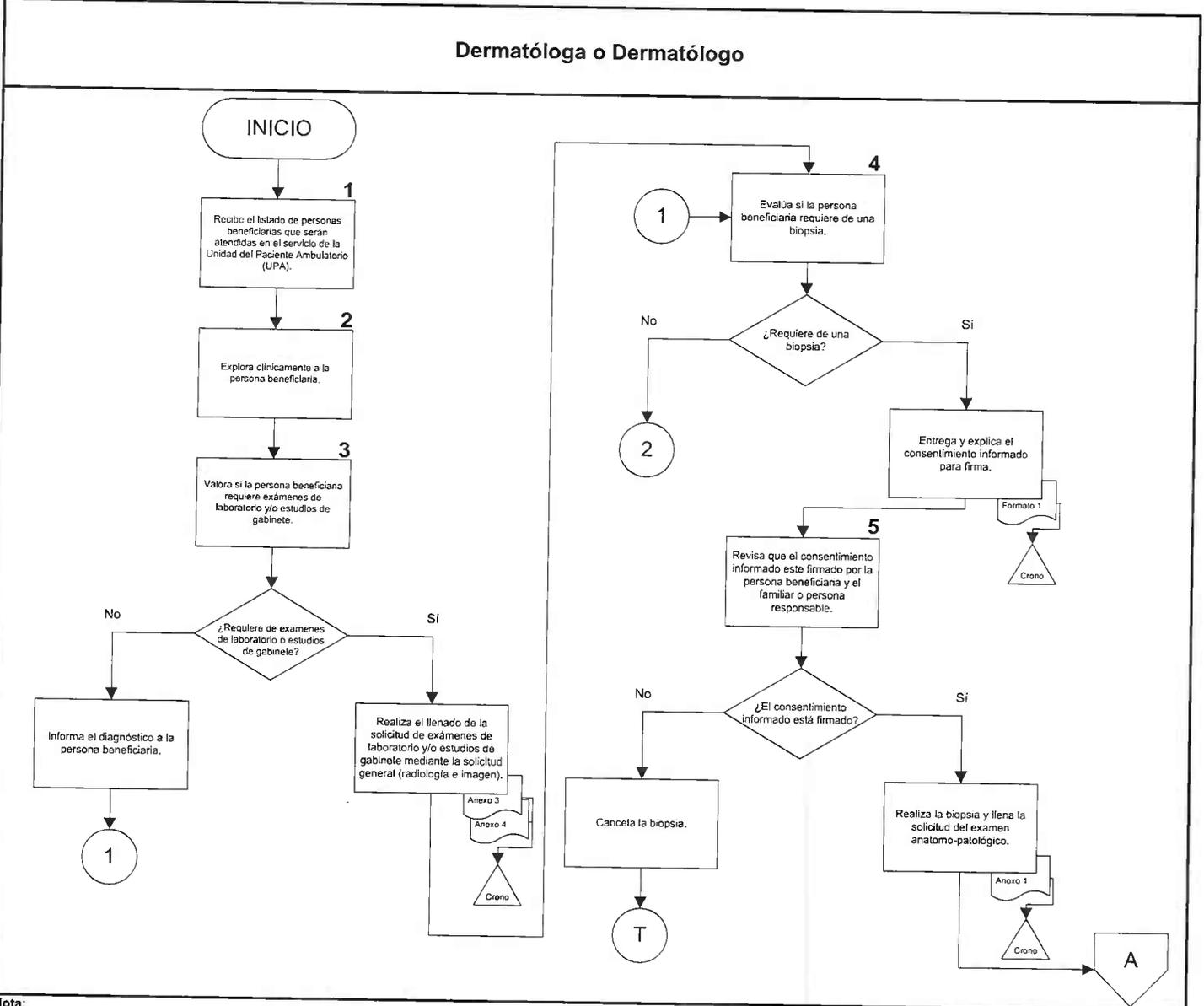
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médico o Médica Residente	1	<p>Revisa con la Médica o el Médico encargado del sector de hospitalización si se requiere interconsulta de Dermatología (<b>Política 8</b>).</p> <p>¿Se requiere interconsulta?</p> <p>No: Informa a la Dermatóloga o el Dermatólogo. <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Si: Acude a revisar a la persona beneficiaria y le informa los hallazgos a la Dermatóloga o el Dermatólogo (<b>Política 11 y 12</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	2	<p>Recibe la solicitud verbal y realiza la valoración clínica de la persona beneficiaria en conjunto con la Médica o el Médico Residente (<b>Política 9</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	3	<p>Evalúa si la persona beneficiaria requiere de exámenes de laboratorio o estudios de gabinete.</p> <p>¿Requiere de exámenes de laboratorio o estudios de gabinete?</p> <p>No: Informa el diagnóstico a la persona beneficiaria. <b>Pasa a la actividad 4</b></p> <p>Sí: Solicita a la Médica o al Médico encargado del sector los exámenes de laboratorio a través de la solicitud de exámenes de laboratorio (<b>Anexo 3</b>) y/o estudios de gabinete mediante la solicitud general (radiología e imagen) (<b>Anexo 4</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	4	<p>Evalúa si la persona beneficiaria requiere de una biopsia.</p> <p>¿Requiere de una biopsia?</p> <p>No: Informa a la Médica o el Médico encargado del sector. <b>Pasa a la actividad 6</b></p> <p>Si: Realiza la biopsia y llena la solicitud de examen anatómopatológico (<b>Anexo 1</b>) (<b>Política 3</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	5	<p>Informa a la Médica o el Médico encargado de sector sobre el tratamiento a seguir (<b>Política 10</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	6	<p>Realiza las notas médicas de evolución en el expediente clínico electrónico.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.1 Consulta de Primera Vez y Subsecuentes.**



**Nota:**  
 Formato 1: Consentimiento informado.  
 Anexo 1: Solicitud de examen anatómico-patológico.  
 Anexo 3: Solicitud de exámenes de laboratorio.  
 Anexo 4: Solicitud general (radiología e imagen).

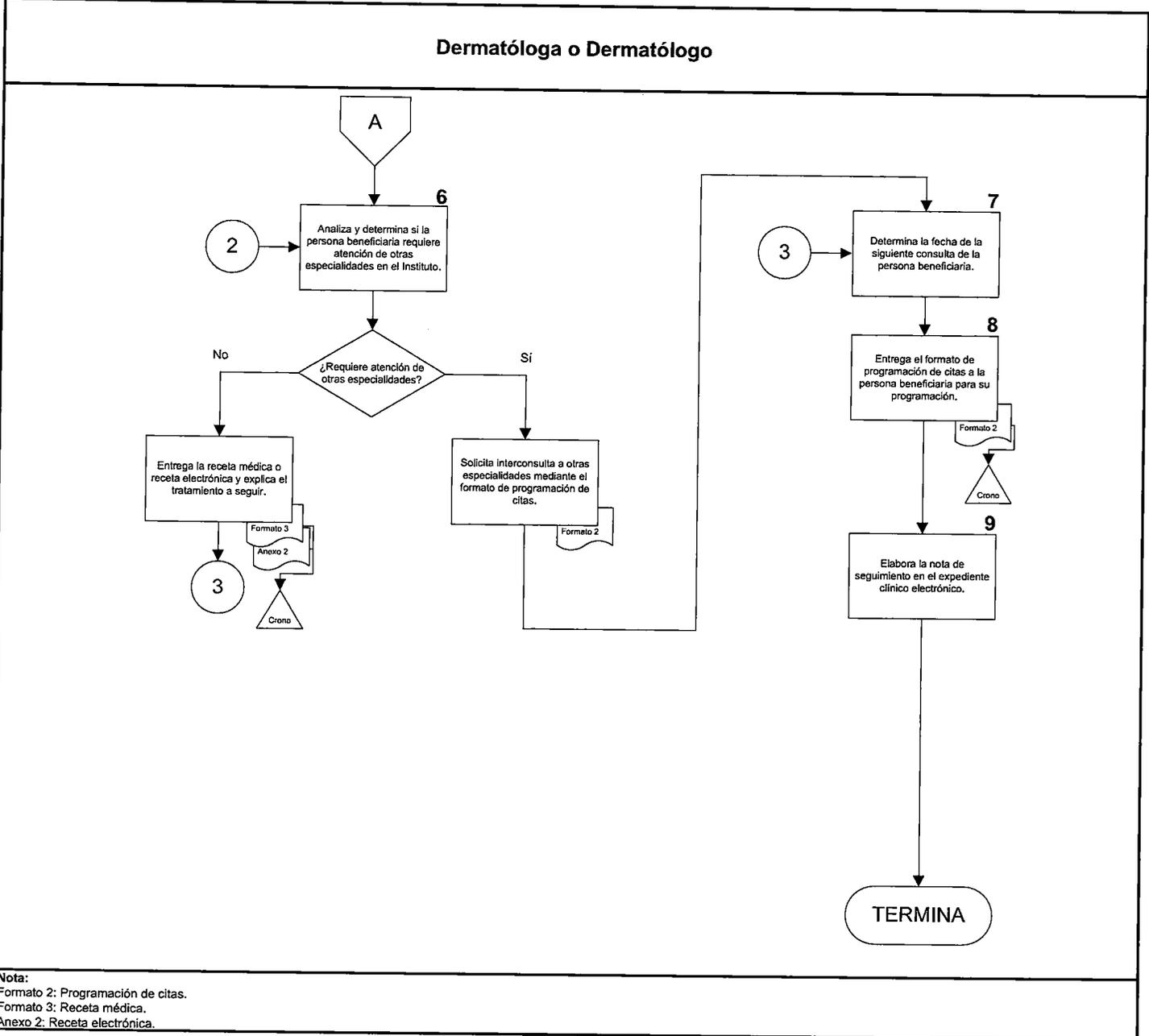
**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.1 Consulta de Primera Vez y Subsecuentes.**



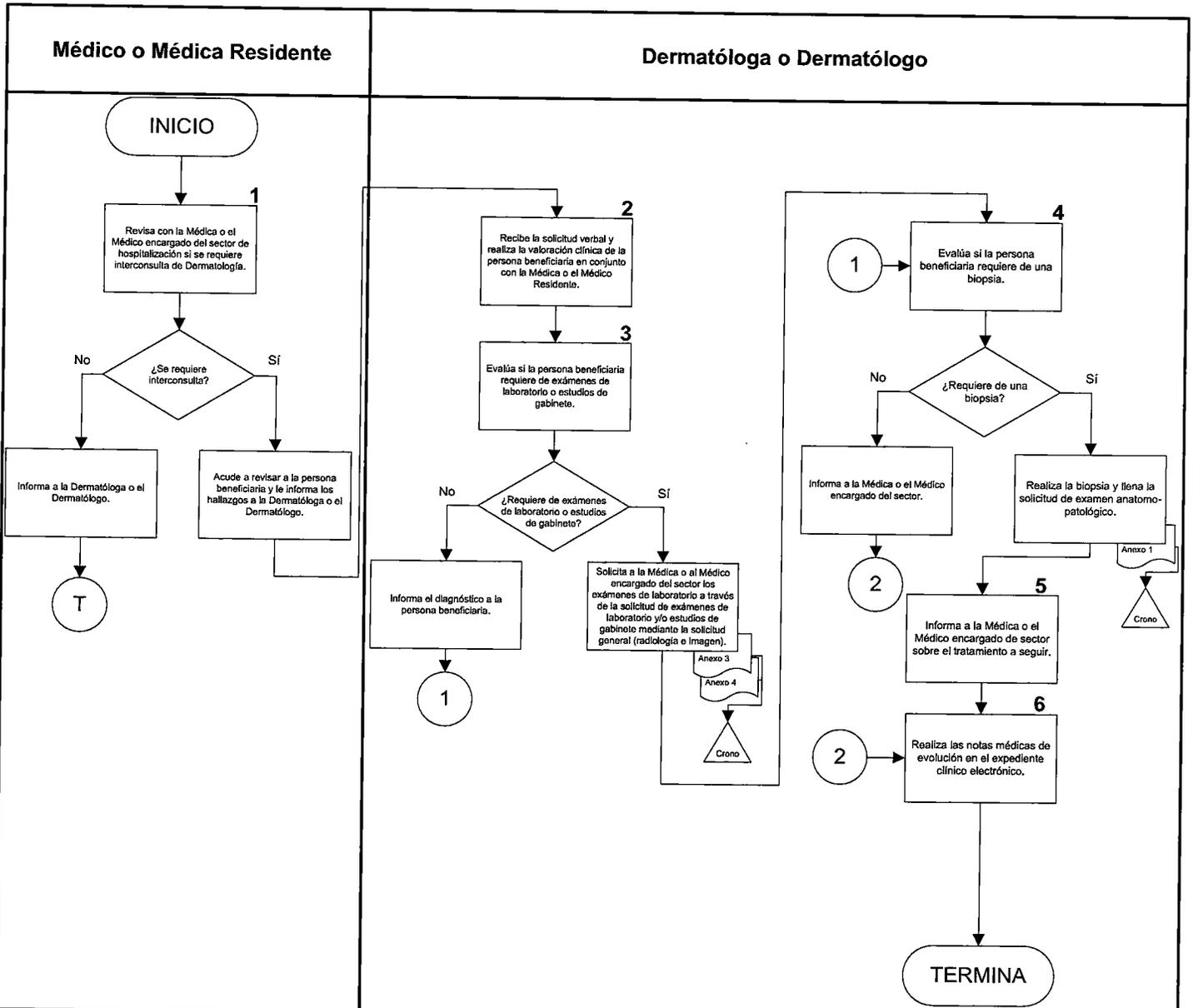
**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.2 Otorgar Interconsulta.**



**Nota:**  
Anexo 1: Solicitud de examen anatómo-patológico.  
Anexo 3: Solicitud de exámenes de laboratorio.  
Anexo 4: Solicitud general (radiología e imagen).

**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 10
			<b>DE:</b> 30

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1: Consentimiento informado.	5 años	Departamento de Dermatología	4S.3
Formato 2: Programación de citas.	No aplica	Persona beneficiaria	No aplica
Formato 3: Receta médica.	No aplica	Persona beneficiaria	No aplica
Anexo 1: Solicitud de examen anatómo-patológico.	6 años	Departamento de Patología	4S.4
Anexo 2: Receta electrónica.	No aplica	Persona beneficiaria	No aplica
Anexo 3: Solicitud de exámenes de laboratorio.	No aplica	Persona beneficiaria	No aplica
Anexo 4: Solicitud general (radiología e imagen).	No aplica	Persona beneficiaria	No aplica

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Biopsia:** Toma de un fragmento de piel o mucosa bajo anestesia local para su estudio histopatológico.
- 7.2. Estudios de gabinete:** Estudios que no están relacionados con el análisis de muestras biológicas del organismo de las personas beneficiarias, sino con imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento de ciertos órganos o sistemas a través de este medio.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	29-05-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

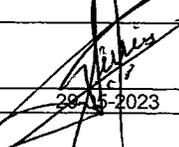
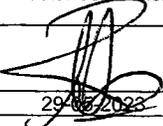
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 30

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

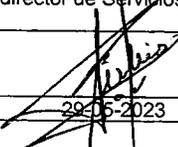
### FORMATO 9.1: CONSENTIMIENTO INFORMADO.

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Tlalpan, Ciudad de México a _____	Día en que se realiza la toma de biopsia.
2	de:	Mes en el que realiza la toma de biopsia.
3	del _____	Año en el que realiza la toma de biopsia.
4	Nombre (s) 1	Nombre(s) de la persona beneficiaria.
5	Primer Apellido	Primer apellido de la persona beneficiaria.
6	Segundo Apellido	Segundo apellido de la persona beneficiaria.
7	Fecha de nacimiento: DÍA, MES Y AÑO	Día, mes y año de nacimiento de la persona beneficiaria.
8	Expediente / Registro	Número de registro de la persona beneficiaria en el Instituto.
9	Yo	Nombre de la persona beneficiaria o del familiar más cercano en vínculo (cónyuge, concubina o concubinario, hijos o padres y hermanos) que vaya a firmar el consentimiento.
10	En mi carácter de	Persona beneficiaria, cónyuge, concubina, concubinario, hijos, padres o hermanos de la persona beneficiaria (no se admite la firma de personas ajenas a los familiares por no permitirlo la Ley General de Salud).
11	Identificándome con	Identificación oficial como credencial del INE, pasaporte vigente, cartilla militar, cédula profesional o licencia para conducir.
12	SI / NO	Elegir si autoriza o no la realización de la toma de biopsia.
13	Se realice en	La leyenda en "mi persona" o nombre de la persona beneficiaria.
14	Acto médico consistente en:	Nombre del estudio se realizará.
15	Profesional de la salud	Nombre de la Médica o el Médico Residente y/o Médica o el Médico Especialista que realizará la toma de biopsia.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 30

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
16	Número de Cédula Profesional	Número de cédula profesional de la Médica o el Médico Residente y/o Médica o el Médico Especialista que realizará la toma de biopsia.
17	Diagnóstico y tratamiento	Describir brevemente el padecimiento de la persona beneficiaria (síntoma principal, enfermedad relacionada con el acto médico a realizar). No se pasará por alto el llenado del consentimiento informado de la persona beneficiaria o de su representante legal o familiar más cercano en vínculo para cada uno de los procedimientos que entrañen un alto riesgo para la persona beneficiaria, tal y como lo ordena el artículo 80 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
18	Los beneficios son:	Efectos favorables para la persona beneficiaria en caso de realizarse el estudio.
19	Los riesgos son	Peligro o posibilidad de desarrollar alguna enfermedad o complicación después o durante del estudio. Está asociado con el procedimiento en sí (por ejemplo, efectos secundarios de los medicamentos) y/o con la fragilidad o debilidad de la persona beneficiaria.
20	Las alternativas diagnósticas, terapéuticas o quirúrgicas para mi condición médica son:	Opciones o solución adicional que es posible elegir, pero que se considera menos efectiva o favorable en la salud objeto del presente consentimiento.
21	Nombre completo de la	Nombre completo de la persona beneficiaria.
22	Firma y/o huella digital	La firma de la persona beneficiaria, o bien, en caso de no poder firmar plasmar su huella digital.
23	Incapacidad transitoria o permanente: SI / NO	Indicar si la persona beneficiaria cuenta o no con alguna incapacidad, ya sea transitoria o permanente.
24	Debido a	Mencionar la causa o circunstancia que imposibilita a la persona beneficiaria a firmar por sí mismo el consentimiento y que obedece a una incapacidad mental o física presente en el momento de su elaboración.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 30

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
25	Familiar, tutor o persona responsable	Nombre completo del familiar, tutor o persona responsable de la persona beneficiaria.
26	Firma y/o huella digital	Firma del familiar tutor o persona responsable de la persona beneficiaria, o bien, su huella digital en caso de no poder firmar.
27	Profesional de salud que da la información.	Nombre completo de la Médica o el Médico que proporciona la información relacionada al estudio endoscópico que realizará.
28	Firma y/o huella digital	La firma de la Médica o el Médico que proporciona la información relacionada al estudio endoscópico que realizará, o bien, su huella digital en caso de no poder firmar.
29	Testigos: Nombre completo	Nombre completo de la servidora o servidor público de la salud del Instituto que fungirá como responsable en caso de presentarse una urgencia con la persona beneficiaria y no se encuentren el familiar y/o tutor responsable del mismo.
30	Firma y/o huella digital	La firma de la Médica o Médico que fungirá como responsable en caso de presentarse una urgencia con la persona beneficiaria y no se encuentren el familiar y/o tutor responsable del mismo.
31	Testigos: Nombre completo	Nombre completo de la Médica o el Médico del Instituto que fungirá como responsable en caso de presentarse una urgencia con la persona beneficiaria y no se encuentren el familiar y/o tutor responsable del mismo.
32	Firma y/o huella digital	Firma de la Médica o el Médico que fungirá como responsable en caso de presentarse una urgencia con la persona beneficiaria y no se encuentren el familiar y/o tutor responsable del mismo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

## Departamento de Dermatología

### 1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas



INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN

CÓDIGO:  
M.P./0.2.1.4

REV: 01

HOJA: 14

DE: 30

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

INCMSZ

Tlalpán, Ciudad de México, a 1 de 2 del 3

Identificación del Paciente:

Nombre(s):	<u>4</u>	Primer Apellido:	<u>5</u>	Segundo Apellido:	<u>6</u>
Fecha de nacimiento:	DÍA: <u>7</u>	MESES: <u>8</u>	AÑO: <u>9</u>	Expediente/Registro:	<u>8</u>
Edad: <u>9</u> años		Carácter de: <u>10</u>			
Identificación de: <u>11</u>		Uso de facultades mentales: <u>12</u>		Si no, ¿cómo se realiza? <u>13</u>	
El/la médico/a responsable es: <u>14</u>					
Número de Cédula Profesional: <u>15</u>		El profesional de salud de este Instituto me ha explicado e informado de forma satisfactoria, clara, oportuna y en lenguaje sencillo, los riesgos, beneficios y alternativas de diagnóstico y/o tratamiento de:			
<u>16</u>					
<u>17</u>					
<u>18</u>					
<u>19</u>					
<u>20</u>					
Nombre completo del paciente: <u>21</u>					
Firma y/o huella digital: <u>22</u>					
Familiar, tutor o persona responsable: <u>25</u>					
Firma y/o huella digital: <u>26</u>					
Profesional de salud que da la información: <u>27</u>					
Firma y/o huella digital: <u>28</u>					
Testigos:					
Nombre completo: <u>29</u>		Firma y/o huella digital: <u>30</u>			
Nombre completo: <u>31</u>		Firma y/o huella digital: <u>32</u>			

Escencia Secretaría Número 15-AAA-09-012-0002

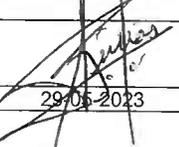
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 30

Guía de llenado.

- [1] Nombre del paciente o del familiar más cercano en vínculo (cónyuge, concubina o concubinario, hijos o padres y hermanos) que vaya a firmar el consentimiento.
- [2] Paciente, cónyuge, concubina, concubinario, hijos, padres o hermanos del paciente (no se admite la firma de personas ajenas a los familiares por no permitirlo la Ley General de Salud).
- [3] Identificación oficial como Credencial para Votar, Pasaporte Vigente, Cédula Militar, Cédula Profesional o Licencia para Conducir.
- [4] en "mi persona" o nombre del paciente.
- [5] Describir brevemente el padecimiento del paciente (síntoma principal, enfermedad relacionada con el acto médico a realizar). No se debe pasar por alto que debe recibir el consentimiento informado del paciente o de su representante legal o familiar más cercano en vínculo para cada uno de los procedimientos que entrañen un alto riesgo para el paciente, tal y como lo ordena el artículo 50 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- [6] Beneficio: Trazado lo técnico que se refiere a un efecto favorable para el paciente en un acto médico, el cual puede haber sido buscado o ser insperado.
- [7] Riesgo: Peligro o posibilidad de desarrollar alguna enfermedad o complicación después o durante el acto médico. Está asociado con el procedimiento en sí (por ejemplo, efectos secundarios de los medicamentos) o con la fragilidad o debilidad del paciente.
- [8] Alternativa: Opción o solución adicional que es posible elegir, pero que se considera menos efectiva o favorable en la salud que el acto médico objeto del presente consentimiento.
- [9] Mencionar la causa o circunstancia que impidió al paciente a firmar el documento por sí mismo, que puede tener su origen en una incapacidad mental o física presente.
- [9] Mencionar la causa o circunstancia que impidió al paciente a firmar por sí mismo el consentimiento y que obedece a una incapacidad mental o física presente en el momento de su elaboración.

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 30

**FORMATO 9.2: PROGRAMACIÓN DE CITAS.**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	CITA A	Nombre de la especialidad a la que se programará la cita.
2	TIEMPO	Tiempo en el que la Médica o el Médico solicita la cita.
3	MÉDICO	Nombre completo de la Médica o el Médico que atendió a la persona beneficiaria.
4	INTECONSULTAS: A _____	Indica (cuando sea requerido) la interconsulta a otra especialidad.
5	MÉDICO	Nombre completo de la Médica o el Médico que atenderá a la persona beneficiaria.



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

Subdirección de Servicios Paramédicos  
Departamento de Consulta Externa

**Programación de Citas**

CANCELADO

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

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

MÉDICO: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

**INTERCONSULTAS**

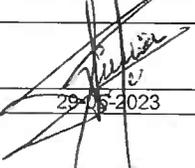
A: \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 1ª. VEZ

MÉDICO: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ SUBSEC.

A: \_\_\_\_\_ 1ª. VEZ

MÉDICO: \_\_\_\_\_ SUBSEC.

20009550

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 30

**FORMATO 9.3: RECETA MÉDICA.**

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
1	FECHA:	Día, mes y año de expedición de la receta.
2	PACIENTE:	Nombre completo de la persona beneficiaria.
3	MÉDICO:	Nombre completo de la Médica o el Médico que expide la receta.
4	CED. PROF:	Número de cédula profesional de la Médica o el Médico que expide la receta.



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

FECHA: 1

PACIENTE: 2

CANCELADO

MÉDICO: 3

CED. PROF: 4

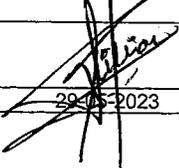
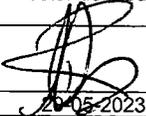


Avenida Vator de Quince No. 15, Colonia Belisario Domínguez, Sección XVI, Delegación Tlalpan, Código Postal 14080, México, Distrito Federal. Tel. (52) 54870900 www.incmnsz.mx

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 30

### ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 30

**ANEXO 1: SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMO-PATOLÓGICO.**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico  
Departamento de Patología  
SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

Nombre completo de la persona beneficiaria: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Reg. No: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ C. Externa: \_\_\_\_\_

Pieza operatoria: \_\_\_\_\_

Biopsia directa ( ) Coágulo ( ) Líquido para examen citológico ( ) de: \_\_\_\_\_

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

Biopsias anteriores: Sí ( ) No ( )

Diagnóstico anatomopatológico anterior: \_\_\_\_\_

Datos clínicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_ Interesa especialmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Solicita \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29/05-2023	29/05-2023	20/05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 30

**ANEXO 2: RECETA ELECTRÓNICA.**

Receta Gratuita Consulta Externa

Folio Receta: 0

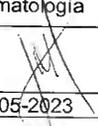
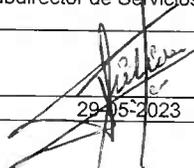
Expediente:

Nombre:

Expediente:  Temporal. Medicamento Surtido

Nombre:   
 Primer Apellido:   
 Segundo Apellido:   
 CURP:    
 Fecha de Nacimiento:   
 Sexo:  Masculino  Femenino

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 21
			<b>DE:</b> 30

Receta Gratuita Consulta Externa

Paciente: Expediente:

Nombre:

Expediente: Temporal 

Paciente Médico Notas del Médico Constantes Básicas Diagnósticos Medicamentos Posología

Nombre \*

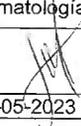
Primer Apellido \*

Segundo Apellido \*

Sel. Cédula Instrucción de compra el título

CANCELADO

**Folio Receta**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 22
			<b>DE:</b> 30

Receta Gratuita Consulta Externa

Paciente: Expediente:  Nombre:

Expediente:  Temporal:  Medicamento Surtido:

Folio Receta:

Paciente Médico Notas del Médico Constantes Básicas Diagnósticos Medicamentos Psicología

Subjetivo:  Objetivo:  Plan:

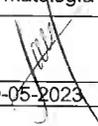
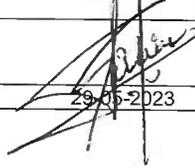
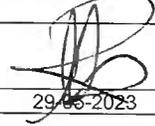
Edo. de Salud:  Análisis Pronóstico:

Especialidad:  ¿Realizo procedimiento?  Sí  No

Area:

Señ.	Subjetiva	Objetivo	Análisis Pronóstico	Especialidad	Estado Salud	Realizo Procedimier

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P.J0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 30

Receta Gratuita Consulta Externa

Paciente

Expediente:

Nombre:

Expediente:  Temporal:  Medicamento Surtido

Paciente Médico Notas del Médico Constantes Básicas Diagnósticos Medicamentos Psicología

Peso (Kg):

Talla (cm):

Presión Sistólica (MmHg):

Presión Diastólica (MmHg):

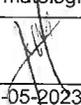
Frecuencia Cardíaca (Lpm):

Frecuencia Respiratoria (Rpm):

Temperatura (C):

CANCELADO

**Folio Receta**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 30

Receta Gratuita Consulta Externa

Paciente:

Expediente:

Nombre:

Excedente:  Temporal:  

Paciente Médico Notas del Médico Constantes Básicas Diagnósticos Medicamentos Fisiología

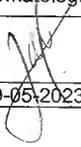
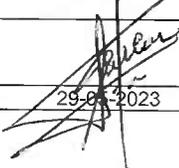
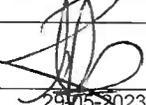
Diagnostico:  Clave del Diagnostico:

Observaciones:

¿Es presuntivo?  Si  No      ¿Es primera vez?  Si  No

¿Es motivo de Consulta?  Si  No     

Sl	Clave Diagnostico	Diagnostico	Clave Medicamento	Status	Motivo Consulta	Primera vez	presuntivo
<b>CANCELADO</b>							

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 30

Receta Gratuita Consulta Externa

Faciente:  Expediente:  

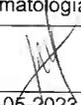
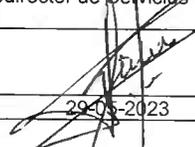
Nombre:

Expediente:  Temporal:  

Paciente Medico Notas del Medico Constantes Básicas Diagnósticos Medicamentos Psicología

Captura de Medicamentos

CMS	Descripción	Dosis	Vía Administración	Cont.	Diagnóstico	Existencia
CANCELADO						

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> <b>01</b>
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> <b>26</b>
			<b>DE:</b> <b>30</b>

Receta Gratuita Consulta Externa

Paciente:

Expediente:  

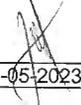
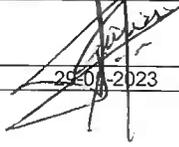
Nombre:

Expediente:      Temporal:  

Paciente   Médico   Notas del Médico   Constantes Básicas   Diagnósticos   Medicamentos   Psicología  
 Modo de Administración de Medicamentos

Medicamento	Observaciones / Duración del tratamiento
CANCELADO	

Incluir impresión     Imprimir y Guardar

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

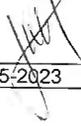
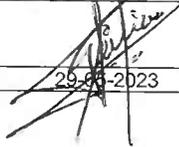
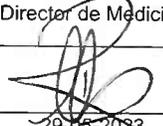






	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>1. Procedimiento para Otorgar Consultas e Interconsultas Dermatológicas</b>		<b>HOJA:</b> 30
			<b>DE:</b> 30



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

<b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 19

## 2. PROCEDIMIENTO PARA PARA FORMAR RECURSOS HUMANOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

<b>SALUD</b> <small>SECRETARÍA DE SALUD</small> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>			<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>			<b>HOJA:</b> 2
				<b>DE:</b> 19

## 1.0 PROPÓSITO

Colaborar en la formación de las Médicas y los Médicos en el curso de pregrado, posgrado en la especialidad y servicio social de las diferentes instituciones educativas públicas y privadas.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Dermatología en proporcionar el curso de pregrado, posgrado y servicio social y a la Dirección de Enseñanza en avalar la estancia de las alumnas y los alumnos que están inscritos en los cursos.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a instituciones académicas públicas y privadas con las que el Instituto tiene convenio en el cumplimiento del programa académico.

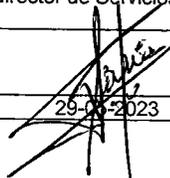
## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. La Jefa del Departamento de Dermatología (Profesora Titular de la Especialidad), la Dermatóloga o el Dermatólogo (Profesora o Profesor adjunto de la Especialidad) son responsables de enviar a las y los aspirantes al Departamento de Educación Médica y continúe con los trámites de ingreso al instituto.

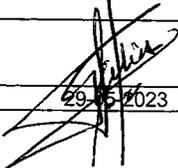
### DE LA REALIZACIÓN DE CURSOS DE POSGRADO:

2. La Profesora Titular de la Especialidad, la Profesora o el Profesor adjunto de la Especialidad son responsables de enviar a las y los aspirantes al Departamento de Educación Médica y continúe con los trámites de ingreso al instituto.
3. La Profesora Titular de la Especialidad, la Profesora o el Profesor adjunto de la Especialidad al elegir a las o los aspirantes del curso de especialidad en Dermatología, consideran los siguientes criterios de admisión:
  - a) La o el aspirante cuente con un promedio igual o mayor a 9.0 en la Licenciatura de Medicina.
  - b) La o el aspirante cuente con al menos dos años de residencia de medicina interna.
  - c) La o el aspirante apruebe el examen de conocimientos de medicina que coordina la Dirección de enseñanza.
  - d) Resultados de la o el aspirante en la entrevista de Departamento de Dermatología.
  - e) Evaluación del Curriculum Vitae.
  - f) Contar con el 80% de conocimientos del idioma inglés.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 19

4. La Profesora Titular de la Especialidad, la Profesora o el Profesor Adjunto de la Especialidad son responsables de elaborar y firmar la minuta de acuerdo del Comité de Selección de Residentes en el INCMNSZ (**Anexo 1**).
5. La Profesora Titular de la Especialidad, la Profesora o Profesor adjunto de la Especialidad son responsables de elaborar el horario y actividades a realizar durante la estancia de las alumnas y los alumnos del curso de especialidad en Dermatología y de informar las responsabilidades a cubrir dentro del Departamento.
6. La Profesora Titular de la Especialidad, la Profesora o el Profesor Adjunto de la Especialidad indican a las alumnas y los alumnos que se presenten en la Dirección de Enseñanza y obtengan información sobre los documentos necesarios del registro al curso de especialidad en Dermatología.
7. La Profesora Titular de la Especialidad, la Profesora o el Profesor Adjunto de la Especialidad es responsable de supervisar las actividades de las alumnas y los alumnos de posgrado en las consultas y procedimientos realizados a las personas beneficiarias.
8. La Profesora Titular de la Especialidad) y la Profesora o el Profesor Adjunto de la Especialidad evalúan a las alumnas y los alumnos mediante exámenes, presentaciones de casos, cirugías, etc., obteniendo las calificaciones de cada una o uno de ellos.
9. La Secretaria es responsable de recibir y enviar del Departamento de Educación Médica el oficio y formato de evaluación de desempeño de residentes de especialidad (**Anexo 2**).
10. La Profesora Titular de la Especialidad es responsable de anotar las calificaciones de las alumnas y los alumnos de forma trimestral en el formato de evaluación de desempeño de residentes de especialidad (**Anexo 2**) y de capturar las calificaciones en el portal web de la Institución académica correspondiente.
11. La Profesora Titular de la Especialidad, la Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad informan a la Dirección de Enseñanza si la alumna o el alumno acreditó el curso en especialidad en Dermatología y promoverlo al siguiente grado o titulación. En caso de no haber acreditado el curso se da de baja a la alumna o el alumno.
12. La Profesora Titular de la Especialidad comunica mediante oficio al Departamento de Educación Médica y a la Institución académica correspondiente la baja de la alumna o el alumno que ha reprobado el curso de la especialidad en Dermatología.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

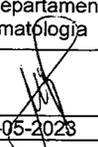
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 19

**DE LA REALIZACIÓN DE CURSOS DE PREGRADO:**

13. La Profesora o Profesor adjunto de la Especialidad es responsable de asistir a las reuniones trimestrales del Coordinador Externo de Pregrado.
14. La Profesora o Profesor o adjunto de la Especialidad recibe vía correo electrónico del Coordinador Externo de Pregrado el listado de las alumnas y los alumnos que forman parte del curso de pregrado.
15. La Profesora o Profesor o Adjunto de la Especialidad es responsable de elaborar el calendario de actividades académicas y clínicas que realizarán las alumnas y los alumnos del curso de pregrado.
16. La Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad es responsable de supervisar a las alumnas y los alumnos de pregrado que asisten a las consultas a observar siguiendo los programas de estudios vigentes.
17. La Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad es responsable de supervisar las actividades clínicas y/o de destreza de las alumnas y los alumnos.
18. La Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad es responsable de evaluar a las alumnas y los alumnos de acuerdo a los criterios de desempeño de la Institución académica correspondiente.
19. La Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad es responsable de anotar mensualmente la calificación de las alumnas y los alumnos ya sea aprobatoria o reprobatoria en el formato de evaluación de la Institución académica correspondiente.
20. La Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad es responsable de hacer llegar el formato de evaluación al Coordinador Externo de Pregrado.

**DEL SERVICIO SOCIAL:**

21. Las servidoras y servidores públicos del Departamento de Dermatología que sean miembros activos del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) son responsables de aceptar a la alumna o el alumno que desea realizar servicio social.
22. La Jefa del Departamento de Dermatología, la Dermatóloga o el Dermatólogo (Miembros activos del SNI) al elegir a la o el aspirante de servicio social considera los siguientes criterios de aceptación:
  - a) Licenciatura en medicina.
  - b) Disponibilidad de horario.
  - c) Total de créditos cubiertos.
  - d) Promedio igual o mayor a 9.0.
  - e) Análisis de información, síntesis y redacción.
  - f) Contar con el 80% de conocimientos del idioma inglés.
  - g) Contar con conocimientos básicos en la realización de proyectos de investigación (opcional).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 19

23. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de informar a la o el aspirante de servicio social que fue aceptado o bien que las vacantes disponibles se encuentran ocupadas.

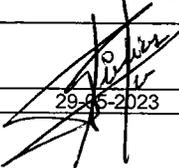
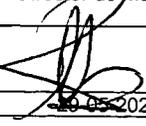
24. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de elaborar y entregar la carta de aceptación de servicio social (**Formato 1**) a la alumna o el alumno.

25. La Dermatóloga o el Dermatólogo son responsables de resguardar la documentación de las alumnas o los alumnos que realizan el servicio social.

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 Realizar cursos de posgrado.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefa del Departamento de Dermatología (Profesora Titular de la Especialidad), Dermatóloga o Dermatólogo (Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad)	1	Recibe la solicitud de las y los aspirantes de posgrado de instituciones educativas públicas y privadas que desean realizar el curso de especialidad en Dermatología.
Profesora Titular de la Especialidad, Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	2	<p>Revisa que el perfil de las o los aspirantes de posgrado cumplan con los criterios de admisión al curso de especialidad en Dermatología (<b>Política 3</b>).</p> <p>¿La o el aspirante cumple con los criterios de admisión?</p> <p>No: Informa vía correo electrónico a la o el aspirante que incumple con los criterios de admisión. <b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Sí: Informa vía correo electrónico a la o el aspirante que fue admitido para iniciar el curso de especialidad en Dermatología.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 19

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Profesora Titular de la Especialidad, Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	3	Proporciona a la alumna o el alumno las instrucciones para su registro en la Dirección de Enseñanza.
Profesora Titular de la Especialidad, Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	4	Envía la minuta de acuerdo del Comité de Selección de Residentes en el INCMNSZ ( <b>Anexo 1</b> ) a la Dirección de Enseñanza ( <b>Política 4</b> ).
Profesora Titular de la Especialidad, Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	5	Envía vía correo electrónico a las alumnas y los alumnos el calendario de actividades, guardias y vacaciones ( <b>Política 5</b> ).
Profesora Titular de la Especialidad, Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	6	Asesora a las alumnas y los alumnos en las actividades que realizan durante el curso de especialidad en dermatología ( <b>Política 7</b> ).
Profesora Titular de la Especialidad	7	Anota las calificaciones de las alumnas y los alumnos en el formato de evaluación de desempeño de residentes de especialidad ( <b>Anexo 2</b> ) ( <b>Política 10</b> ).
Profesora Titular de la Especialidad	8	Captura las calificaciones de las alumnas y los alumnos en el portal web de la Institución académica correspondiente y entrega el formato de evaluación de desempeño de residentes de especialidad ( <b>Anexo 2</b> ) ( <b>Política 10</b> ) a la Secretaría.
Secretaria	9	Entrega el formato de evaluación de desempeño de residentes de especialidad ( <b>Anexo 2</b> ) al Departamento de Educación Médica ( <b>Política 9</b> ).  <b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		CÓDIGO: M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		REV: 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		HOJA: 7
			DE: 19

#### 4.2 Realizar cursos de pregrado.

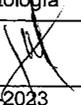
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Dermatóloga o Dermatólogo (Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad)	1	Recibe vía correo electrónico del Coordinador Externo de Pregrado el listado de las alumnas y los alumnos que realizarán el curso de pregrado ( <b>Política 14</b> ).
Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	2	Recibe a las alumnas y los alumnos de las instituciones académicas públicas y privadas que están inscritos en el curso de pregrado.
Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	3	Elabora el calendario de actividades y lo envía mediante correo electrónico a las alumnas y los alumnos ( <b>Política 15</b> ).
Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	4	Imparte las clases correspondientes al curso de pregrado.
Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	5	Asesora a las alumnas y los alumnos que realizan el curso de pregrado ( <b>Política 16 y 17</b> ).
Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad	6	<p>Evalúa a las alumnas y los alumnos del curso de pregrado (<b>Política 18</b>).</p> <p>¿La alumna o el alumno aprobó el curso?</p> <p>No: Informa que la alumna o el alumno obtuvo una calificación reprobatoria. <b>Pasa a la actividad 6</b></p> <p>Si: Informa que la alumna o el alumno obtuvo calificación aprobatoria (<b>Política 19 y 20</b>).</p>
Secretaria	7	<p>Entrega el formato de evaluación al Coordinador Externo de Pregrado.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	28-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 19

#### 4.3 Realizar servicio social.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Dermatóloga o Dermatólogo	1	Recibe la solicitud de la o el aspirante y le proporciona la información general de las actividades y proyectos de investigación del Departamento.
Dermatóloga o Dermatólogo	2	<p>Revisa que la o el aspirante cumpla con los criterios de aceptación del Departamento (<b>Política 22</b>).</p> <p>¿Cumple con los criterios de aceptación?</p> <p>No: Informa a la alumna o el alumno que incumple con los criterios de aceptación para realizar el servicio social (<b>Política 23</b>). <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Sí: Informa de manera verbal a la alumna o el alumno que si cumple con los criterios de aceptación para realizar el servicio social y la investigación a desarrollar.</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	3	Elabora la carta de aceptación de servicio social ( <b>Formato 1</b> ) de la alumna o el alumno, firma y la entrega a la Jefa del Departamento ( <b>Política 24</b> ).
Jefa del Departamento de Dermatología	4	<p>Revisa los datos de la carta.</p> <p>¿Es correcta?</p> <p>No: Indica las correcciones a realizar a la Dermatóloga o el Dermatólogo. <b>Regresa a la actividad 3</b></p> <p>Si: Firma la carta de aceptación de servicio social (<b>Formato 1</b>) y la entrega a la Dermatóloga o al Dermatólogo.</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	5	Entrega la carta de aceptación de servicio social ( <b>Formato 1</b> ) a la alumna o el alumno y le indica que acuda al Departamento de Educación Médica.
Dermatóloga o Dermatólogo	6	Asesora las actividades de la alumna o el alumno durante el desarrollo del proyecto de investigación.
Dermatóloga o Dermatólogo	7	Solicita a la alumna o el alumno que elabore un informe final de actividades sobre el proyecto de investigación en el que participó.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 19

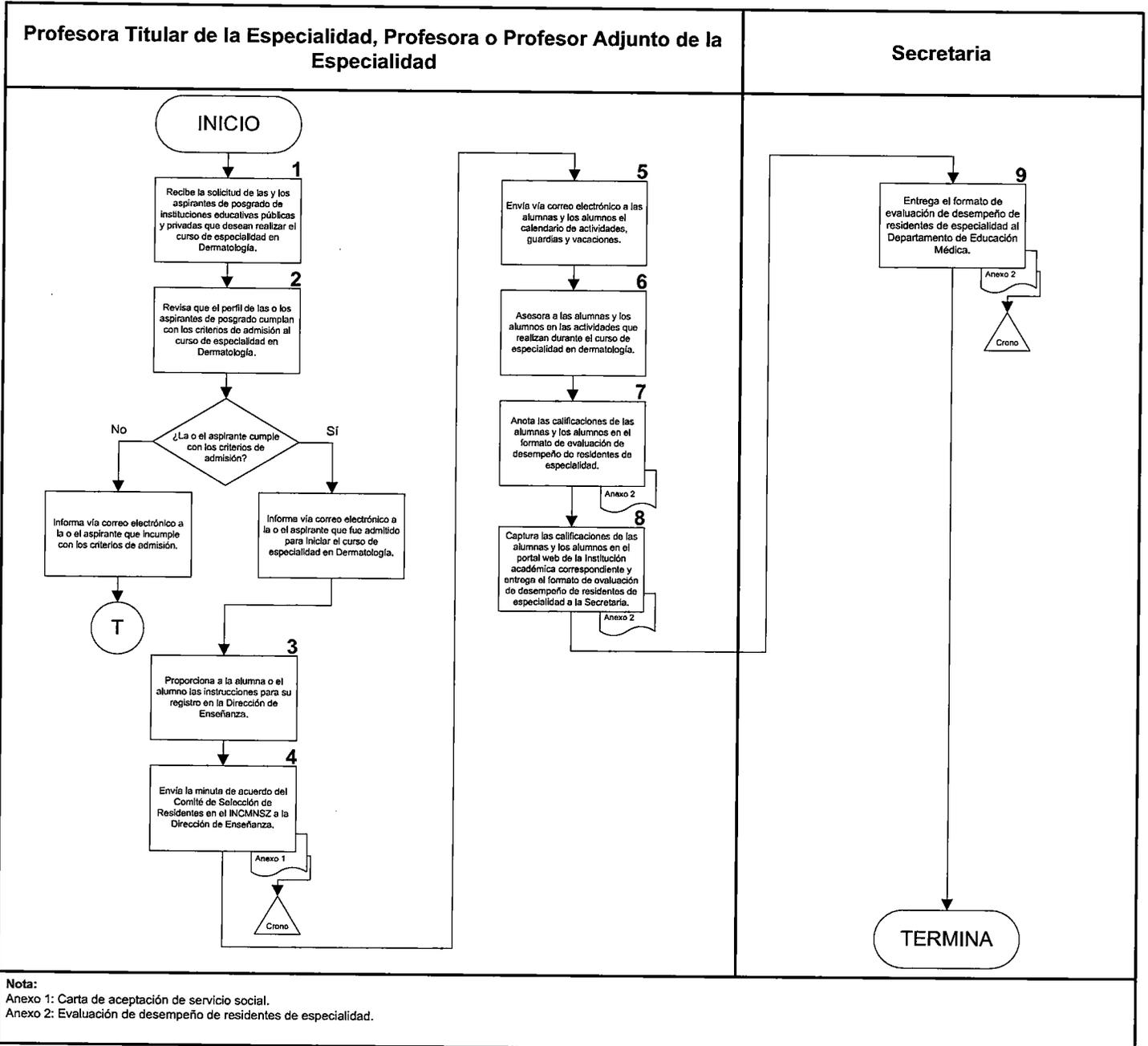
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Dermatóloga o Dermatólogo	8	<p>Revisa el informe final de actividades realizadas durante el proyecto de investigación elaborada por la alumna o el alumno.</p> <p>¿El informe está completo?</p> <p>No: Regresa el informe a la alumna o el alumno con sus comentarios para su corrección.</p> <p>Sí: Firma la carta de termino de servicio social.</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	9	<p>Entrega la carta de termino a la alumna o el alumno y le indica que acuda al Departamento de Educación Médica.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-03-2023	29-03-2023	29-03-2023



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.1 Realizar Cursos de Posgrado.**

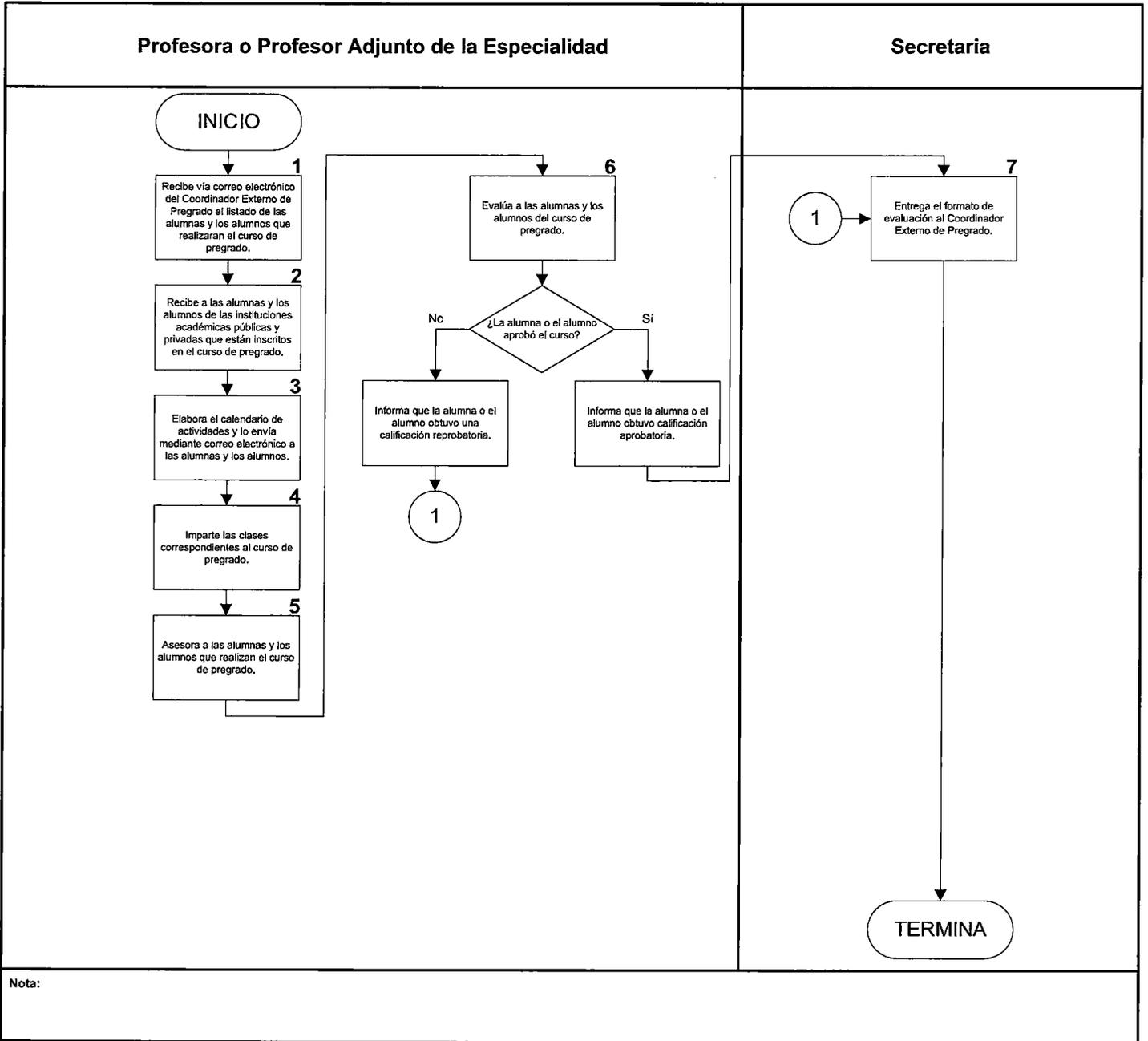


**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

#### 5.2 Realizar Cursos de Pregrado.

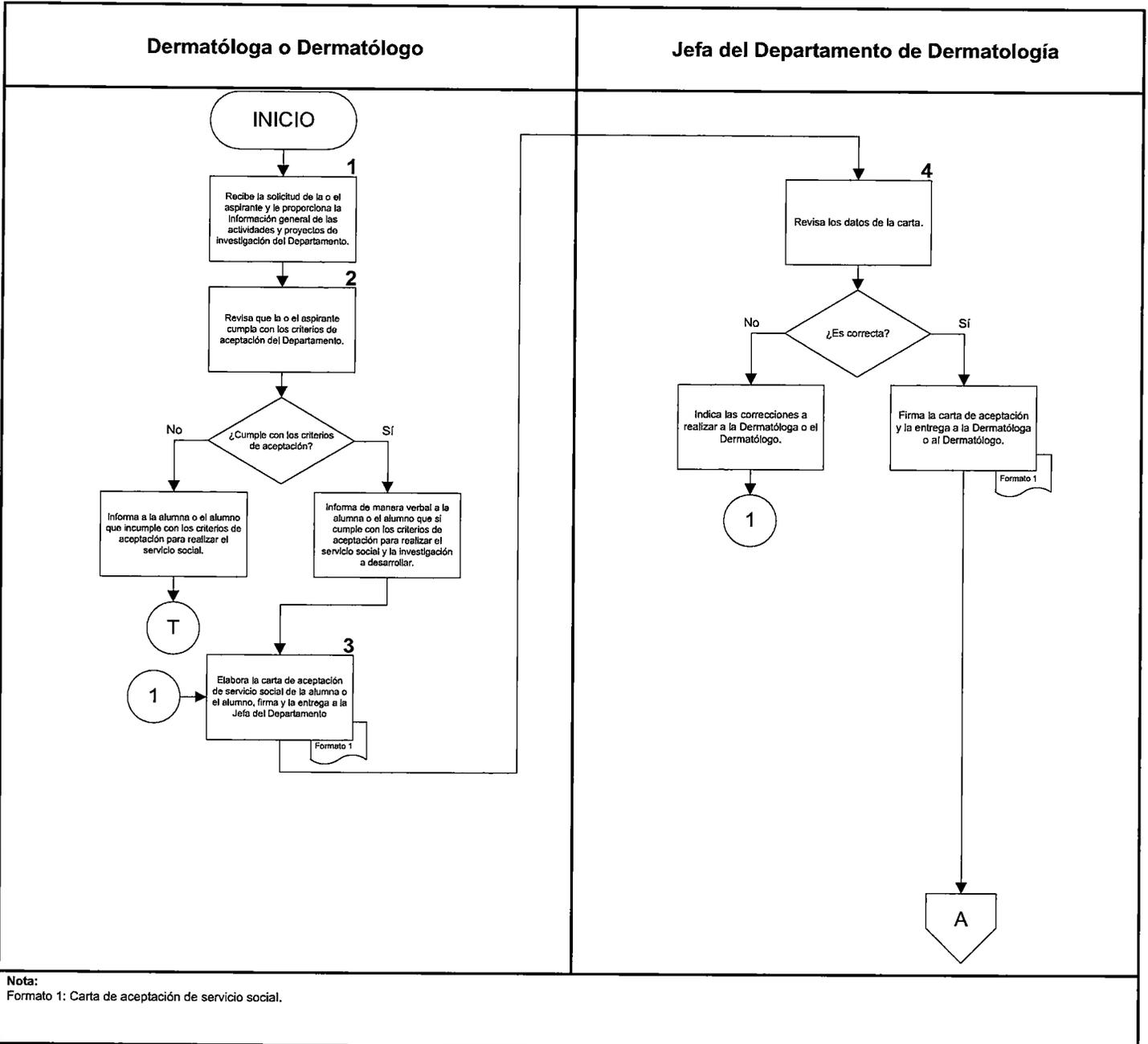


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.3 Realizar Servicio Social.**



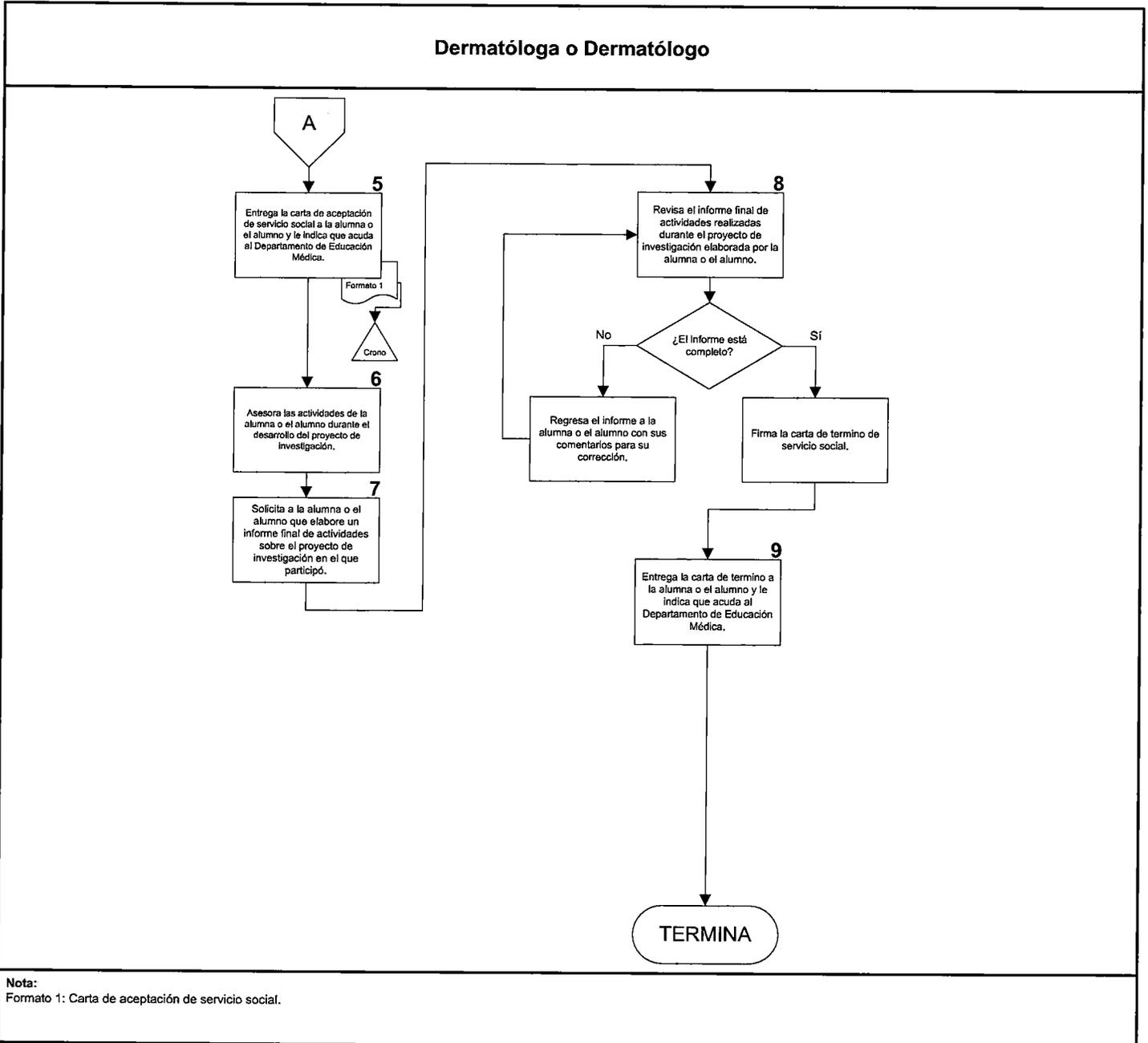
**Nota:**  
Formato 1: Carta de aceptación de servicio social.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rívea Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

**5.3 Realizar Servicio Social.**



**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 19

## 6.0 REGISTRO

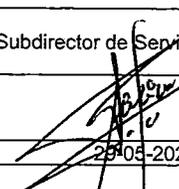
Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1: Carta de aceptación de servicio social	6 años	Dirección de Enseñanza	3S.4
Anexo 1: Minuta de acuerdo del Comité de Selección de Residentes en el INCMNSZ	2 años	Departamento de Educación Médica	3S.2
Anexo 2: Evaluación de desempeño de residentes de especialidad	2 años	Departamento de Educación Médica	3S.2

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Coordinador Externo de Pregrado:** Persona responsable de coordinar los cursos de pregrado con las Instituciones académicas con las que se tiene convenio.
- 7.2. Profesora o Profesor Adjunto de la Especialidad:** La Dermatóloga o el Dermatólogo encargado de impartir el curso de especialidad de la posgrado y/o el curso de pregrado.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	29-05-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

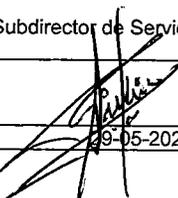
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 19

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 9.1: CARTA DE ACEPTACIÓN DE SERVICIO SOCIAL

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Ciudad de México a,	Día, mes y año de elaboración.
2	Director de Enseñanza	Nombre completo de la Directora o Director de Enseñanza.
3	Nombre	Nombre completo de la alumna o el alumno que realizará el servicio social.
4	Fecha de inicio del servicio social	Día, mes y año de inicio del periodo.
5	Fecha de término del servicio social	Día, mes y año de termino de periodo.
6	Protocolo de investigación clínica titulado	Nombre del protocolo de investigación clínica.
7	Vigencia hasta el	Día, mes y año del término de vigencia del protocolo de investigación clínica.
8	Atentamente	Firma de la Jefa del Departamento de Dermatología.
9	Atentamente	Firma de la Dermatóloga o del Dermatólogo a cargo de la alumna o el alumno.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 17
		<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b>	<b>DE:</b> 19

**ANEXOS**

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>2. Procedimiento para Formar Recursos Humanos</b>		<b>HOJA:</b> 18
			<b>DE:</b> 19

**ANEXO 1: MINUTA DE ACUERDO DEL COMITÉ DE SELECCIÓN DE RESIDENTES EN EL INCMNSZ.**



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

**MINUTA DE ACUERDO  
DEL COMITÉ DE SELECCIÓN DE RESIDENTES EN EL INCMNSZ**

El día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ los integrantes del Subcomité de Selección de Residentes (en adelante) han decidido aceptar a los siguientes personas para iniciar la especialidad (curso) de: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos	Observaciones

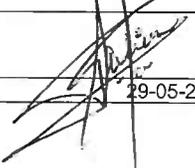
**CANCELADO**

**FIRMAS DE ACUERDO DE INTEGRANTES**

Participantes:

Dr. (a) _____ Profesor (a) Titular del Curso y Vocal del Subcomité por la Especialidad	Dr. (a) _____ Profesor (a) Adjunto (a) del Curso y Vocal del Subcomité por la Especialidad
Dr. (a) _____ Integrante del grupo evaluador (evaluador de nivel) (integrante) por la Especialidad	Dr. (a) _____ Integrante del grupo evaluador (evaluador de nivel) (integrante) por la Especialidad
Dr. _____ Director de Medicina y Presidente del Comité de Selección de Residentes	Dr. _____ Jefe del Depto. de Etimología Médica y Secretario del Comité de Selección de R.

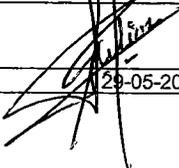
Firma \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 27

### 3. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR PROYECTOS Y/O PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 27

## 1.0 PROPÓSITO

Realizar investigación que aporte conocimientos con evidencia científica proponiendo alternativas de solución a las diversas enfermedades dermatológicas a fin de mejorar la salud de las personas beneficiarias.

## 2.0 ALCANCE

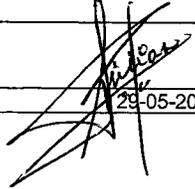
**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Dermatología, en realizar y registrar los proyectos de investigación clínica, a la Dirección de Investigación en la recepción, al Comité de Investigación y de Ética en Investigación en aprobar los registros de los proyectos y/o protocolos y a las unidades administrativas del Instituto que colaboren en los proyectos y/o protocolos de investigación a realizar.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a las instituciones públicas y privadas.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

- La Jefa del Departamento de Dermatología es responsable de vigilar que cada Dermatóloga o Dermatólogo, realice el registro del proyecto de investigación que se desarrollarán dentro del Departamento y que solicite la autorización correspondiente a los Comités.
- La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de solicitar y revisar la clave de acceso al sistema informático vigente a la Dirección de Investigación antes de registrar el proyecto.
- La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de llenar los siguientes formatos:
  - Solicitud de evaluación de protocolos de investigación (**Anexo 1**).
  - Modelo de formato de consentimiento informado para participar como sujeto de investigación clínica en el marco del algún proyecto de investigación en el INCMNSZ (**Anexo 2**).
  - Declaración de los investigadores (**Anexo 3**).
  - Conflicto de intereses (**Anexo 4**).
- La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de adjuntar los formatos en el sistema informático vigente, de imprimirlos, copiar estos en CD y entregarlos a la Dirección de Investigación.
- La Dermatóloga o Dermatólogo es responsable de realizar el registro de proyectos de investigación en el sistema informático vigente e imprimir la forma única para el registro de proyectos (**Anexo 5**) de acuerdo con los lineamientos de los Comités que corresponda.
- La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de tramitar ante la autoridad respectiva, los recursos financieros disponibles de acuerdo al presupuesto autorizado del mismo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 3
		<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b>	<b>DE:</b> 27

7. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de entregar el informe semestral con los avances de los proyectos de investigación a la Jefa del Departamento de Dermatología.
8. La Dermatóloga o Dermatólogo es responsable de informar a la Dirección de Investigación sobre los avances de los proyectos de Investigación y las publicaciones que de ella emanen.
9. La Jefa del Departamento de Dermatología es responsable de revisar los manuscritos y de determinar si son aceptables y suficientes a fin de autorizar que la Dermatóloga o el Dermatólogo continúe con la publicación de los mismos.

#### DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN COLABORACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES

10. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de gestionar el apoyo de recursos materiales y/o financieros en las instituciones públicas y/o privadas de acuerdo a los proyectos de investigación a desarrollar en el Departamento.
11. La Dermatóloga o el Dermatólogo es el primer contacto con otras instituciones públicas y privadas cuando solicitan un proyecto de investigación que cubra sus necesidades.

#### DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN COLABORACIÓN CON OTROS DEPARTAMENTOS DEL INSTITUTO

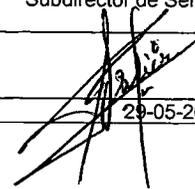
12. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de solicitar el apoyo a las servidoras y servidores públicos de otros Departamentos del Instituto cuando el proyecto de investigación a realizar sea multidisciplinario.

#### DE LOS CONVENIOS CON OTRAS INSTITUCIONES

13. La Dermatóloga o el Dermatólogo es responsable de acudir con las servidoras y servidores públicos del Departamento de Asesoría Jurídica cuando se realice un convenio con otras instituciones públicas o privadas, nacionales o Internacionales, de acuerdo con los proyectos y/o protocolos de investigación.

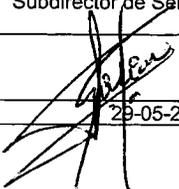
### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefa del Departamento de Dermatología	1	Recibe de la Dermatóloga o del Dermatólogo la propuesta del proyecto de investigación para su validación y autorización.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

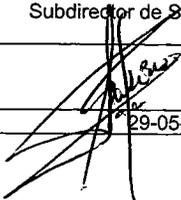
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 27

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefa del Departamento de Dermatología	2	<p>Revisa la propuesta del proyecto de investigación.</p> <p>¿El proyecto se apega a las líneas de investigación del Departamento?</p> <p>No: Indica las correcciones a realizar a la Dermatóloga o al Dermatólogo. <b>Regresa a la actividad 1</b></p> <p>Sí: Autoriza el proyecto y entrega a la Dermatóloga o al Dermatólogo para tramitar el registro y autorización de los Comités correspondientes (<b>Política 1</b>).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	3	Solicita a las servidoras y servidores públicos de la Dirección de Investigación la clave de acceso al sistema informático vigente para registrar el proyecto de investigación ( <b>Política 2</b> ).
Dermatóloga o Dermatólogo	4	Prepara la información para el registro del proyecto de investigación en el sistema informático vigente ( <b>Política 4</b> ).
Dermatóloga o Dermatólogo	5	Registra el proyecto en el sistema informático vigente e imprime la forma única para el registro de los proyectos ( <b>Anexo 5</b> ) ( <b>Política 5</b> ).
Dermatóloga o Dermatólogo	6	<p>Verifica la existencia de los recursos financieros y/o materiales del Departamento para realizar el proyecto de investigación (<b>Política 6</b>)</p> <p>¿El Departamento cuenta con recursos disponibles?</p> <p>No: Solicita a las colaboradoras y los colaboradores el apoyo para la adquisición de los materiales y suministros a ocupar.</p> <p>Sí: Reúne los materiales y suministros disponibles del Departamento.</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	7	Lleva a cabo el proyecto y/o protocolo de investigación ( <b>Política 7 y 8</b> ).
Dermatóloga o Dermatólogo	8	<p>Analiza los resultados obtenidos.</p> <p>¿Son suficientes y aceptables?</p> <p>No: Considera la necesidad de ampliar el tamaño de muestra, repetir el análisis o incluir algunos estudios complementarios. <b>Regresa a la actividad 7</b></p> <p>Sí: Elabora el o los manuscritos necesarios para la difusión de los resultados del proyecto de investigación (presentación en congresos científicos, publicación en revistas científicas).</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	9	Entrega el o los manuscritos a la Jefa del Departamento de Dermatología para su revisión.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

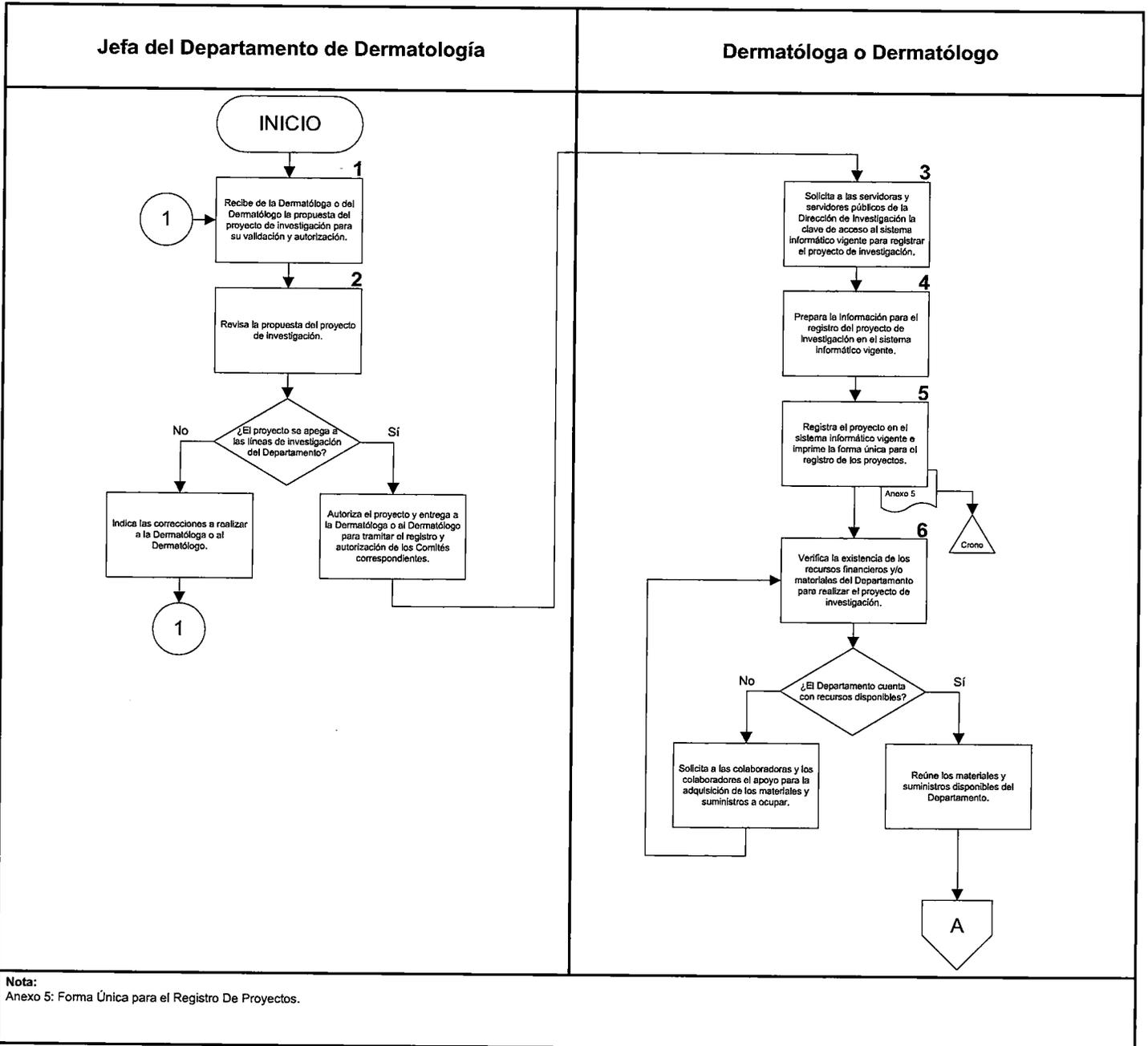
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 27

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefa del Departamento de Dermatología	10	<p>Revisa el o los manuscritos (<b>Política 9</b>).</p> <p>¿Son correctos?</p> <p>No: Regresa a la Dermatóloga o al Dermatólogo para su corrección. <b>Regresa a la actividad 9</b></p> <p>Sí: Autoriza el o los manuscritos para su publicación.</p>
Dermatóloga o Dermatólogo	11	Realiza la publicación en una revista médica científica con registro en el International Standard Serial Number (ISSN).
Dermatóloga o Dermatólogo	12	Ingresa los datos de la publicación en el sistema informático vigente como reporte a la Dirección de Investigación.
Dermatóloga o Dermatólogo	13	Informa la presentación y/o publicación en el informe de actividades del Departamento.
Jefa del Departamento de Dermatología	14	<p>Resguardan el archivo electrónico de la publicación.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



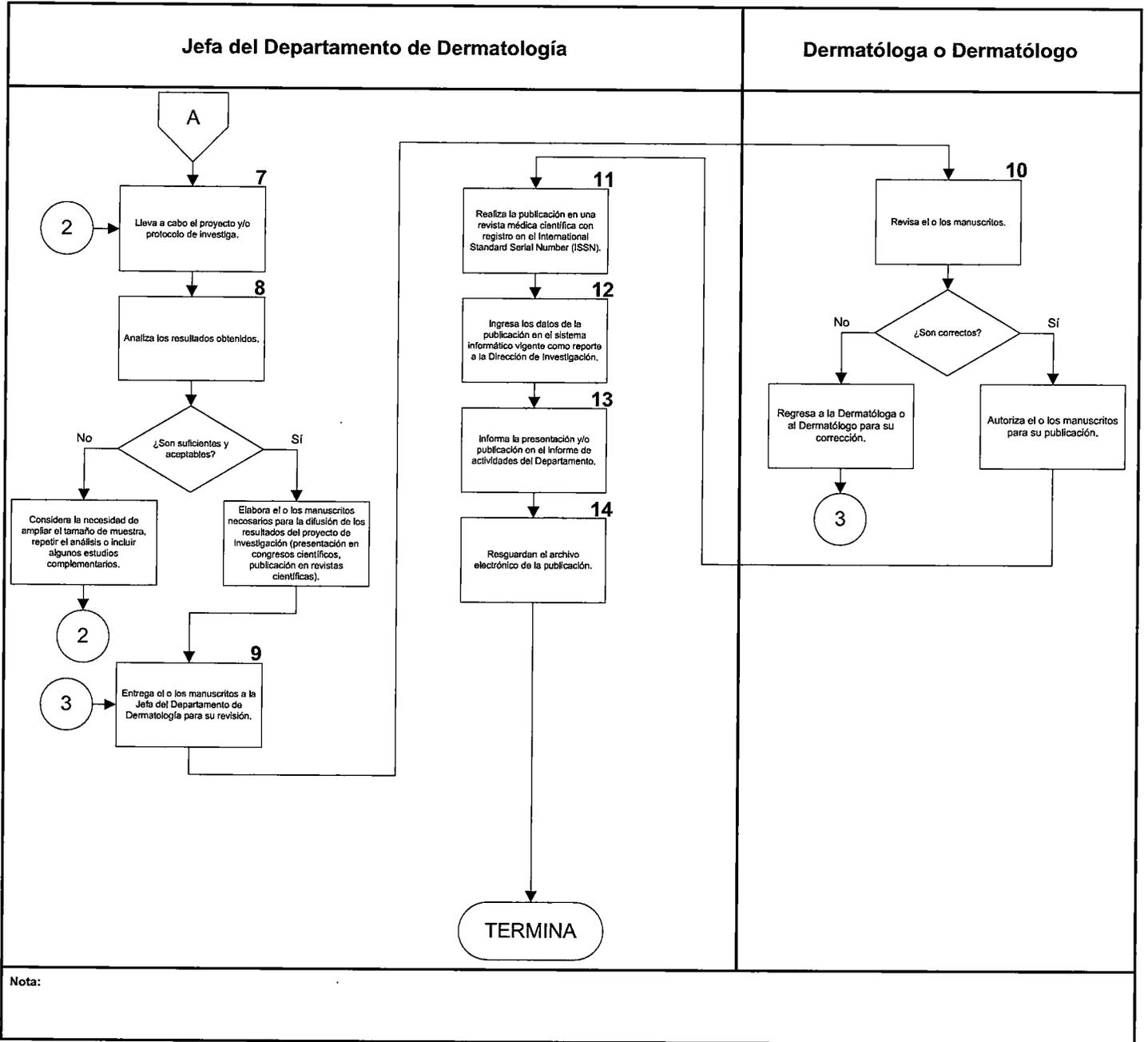
**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**

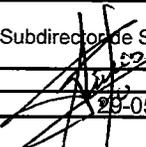
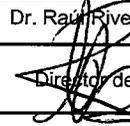


**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 27

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Anexo 1: Solicitud de evaluación de protocolos de investigación.	6 años	Departamento de Dermatología	2S.1
Anexo 2: Modelo de formato de consentimiento informado para participar como sujeto de investigación clínica en el marco del algún proyecto de investigación en el INCMNSZ.	6 años	Departamento de Dermatología	2S.1
Anexo 3: Declaración de los investigadores.	6 años	Departamento de Dermatología	2S.1
Anexo 4: Conflicto de intereses.	6 años	Departamento de Dermatología	2S.1
Anexo 5: Forma Única para el Registro De Proyectos.	6 años	Departamento de Dermatología	2S.1

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. **Colaboradores del proyecto investigación:** del Miembros del grupo de trabajo que invitados por el investigador responsable participan de en una o varias de las etapas del estudio, apoyando al investigador responsable en la redacción y documentación del protocolo de investigación; y en la ejecución del estudio experimental, obteniendo y analizando los resultados del mismo.
- 7.2. **International Standard Serial Number (ISSN):** Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas que identifica todas publicaciones periódicas y recursos continuos, de cualquier soporte, ya sean impresos en papel o en formato digital.

## 8.0 CAMBIOS EN ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	29-05-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente y del Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

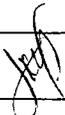
## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

No aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 27

**ANEXOS**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 1: SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.**

	<b>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</b> Comité de Ética en Investigación/Comité de Investigación		Código: Rev. 1 Hoja: 1 de 9
<b>Solicitud de evaluación de protocolos de investigación</b>			

**ÍNDICE**

Identificación	1 a 6	Reclutamiento	26 a 28
Resumen	7	Medicamentos	29 a 32
Marco teórico	8	Seguimiento	33 a 36
Hipótesis y Pregunta	9	Retiro prematuro	37 a 39
Objetivo	10	Muestras biológicas	40 y 41
Metodología	11 a 15	Administración	42 a 33
Tamaño de muestra	16 y 17	Riesgos	45 a 49
Criterios de selección	18 a 20	Beneficios	50 a 52
Análisis estadístico	21	Costos	53 a 55
Grupos de estudio	22 a 25	Referencia	56

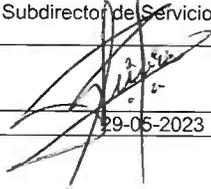
**CANCELADO**

1. Título del proyecto
2. Número y versión del protocolo (incluye fecha de versión)
3. Tipo de investigación. Dar el tipo de estudio en uno de los incisos 1, 2 ó 3. Marcar con EQUIS TODAS las características aplicables a su estudio.
 

TIPO	
1. Eficacia y seguridad terapéuticas	
Estudio controlado y aleatorizado <input type="checkbox"/>	Cohorte <input type="checkbox"/> Casos & Controles <input type="checkbox"/>
2. Estudios sobre marcadores, prevalencia o evaluación de metodologías:	
Marcadores (diagnósticos/ predictivos) <input type="checkbox"/>	Prevalencia <input type="checkbox"/> Metodológicos <input type="checkbox"/>
3. Otro :	

CARACTERÍSTICAS	
4. Grupos de estudio	Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Más de dos <input type="checkbox"/>
5. Transversal <input type="checkbox"/>	Seguimiento <input type="checkbox"/>
6. Retrospectivo <input type="checkbox"/>	Prospectivo <input type="checkbox"/>
7. Observacional <input type="checkbox"/>	De intervención <input type="checkbox"/> Encuesta <input type="checkbox"/>
8. Multicéntrico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. Abierto <input type="checkbox"/>	Ciego Simple <input type="checkbox"/> Doble ciego <input type="checkbox"/> Triple ciego <input type="checkbox"/>
4. Investigadores. 4a. Identificación
 

INVESTIGADOR	Posición institucional	Posición en el proyecto	Teléfono (ext.)	Correo-E

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Chert	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

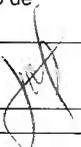
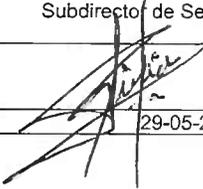
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 11
			<b>DE:</b> 27

<b>4b. Pertinencia del grupo de investigadores con respecto al proyecto.</b>		
Investigador	Pertenencia SIN	Experiencia en estudios de investigación
<b>5. Instituciones participantes</b>		
Institución (Razón social y dirección)	Papel que cumplirá en el proyecto	Otórgó aprobación al proyecto?
Centro coordinador en estudios multicéntricos		
<b>6. Patrocinio</b>		
<b>6a. Organismos patrocinadores</b>		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patrocinador		
<b>6b. Especificar si los investigadores reciben pago (monetario o en especie) por su participación.</b>		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>7. Resumen (Límite 250 palabras) NO REBASAR límite y resumir SIN incluir antecedentes ni utilidad del estudio que deben ir en el Inciso 8.</b>		
<b>8. Marco teórico. Ser conciso y centrarse en conceptos y literatura DIRECTAMENTE pertinentes a la PREGUNTA de investigación</b>		
<b>9. Hipótesis y Pregunta de Investigación. Dar hipótesis alternativa, NO la nula. La Pregunta NO DEBE FALTAR ya que TODO el protocolo debe PLANTEARSE EN FUNCIÓN DE LA PREGUNTA. Basarse en qué quieren saber o conocer, NO en lo que van a hacer. Si posible, frasearla para contestar con contundente Sí/No.</b>		
<b>10. Objetivos. Convertir la Pregunta de Investigación en el Objetivo Principal Único (OPU). Actualmente, el protocolo IDEAL es el que tiene un solo objetivo y una sola variable de desenlace. Si tiene objetivo secundario que corresponde a una Pregunta diferente a la del OPU, plantearlo como Objetivo Exploratorio No Protocolizado que pudiera convertirse en OPU de un 2º protocolo para ser trabajado simultáneamente con el 1º, pero informados separadamente.</b>		
<b>11. Metodología. Proporcionar los métodos a usar para alcanzar el objetivo principal.</b>		
<b>12. Metodología. Describir aparatos e Instrumentos a utilizar.</b>		
<b>13. Metodología. Descripción de cuestionarios que se vayan a usar para alcanzar el objetivo principal.</b>		
<b>14. Metodología. Describir intervención médica en caso de haberla.</b>		
<b>15. Metodología. Desenlaces y variables.</b>		
<b>16. Tamaño de muestra. Plantear en función de la Pregunta de investigación. Proporcionar TODOS los datos que permitan recalcularlo. En estudios exploratorios como los de marcadores diagnósticos o pronósticos, bastan unos 10 ó 20 casos que se pueden aumentar si los primeros datos no son concluyentes. Si no existe información suficiente para sustentar el tamaño de muestra, se puede usar la diferencia mínima a detectar o el poder mínimo para encontrar una diferencia.</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 27

17. Tamaño de muestra. En caso de ser multicéntrico, incluir números global y local de muestra.																				
18. Criterios de inclusión (Criterios de inclusión). En estudios MPM (marcadores/ prevalencia/ metodológico) sólo debe haber dos: 1. Firmar consentimiento . 2. Tener padecimiento o característica de interés.																				
19. Criterios de exclusión (Criterios de exclusión). Exclusivamente para proteger al paciente que llena los C.INC. Causarían menos confusión si se les llamara de NO inclusión pues son aplicables sólo a pacientes que llenan los C.INC. La Food & Drug Adm está solicitando protocolizar las razones para excluir embarazadas, niños y ancianos en estudios terapéuticos de fases avanzadas. Los criterios de exclusión limitan a los estudios MPM (marcadores, prevalencia, metodológico) PERO si se transforman y manejan como posibles variables confusoras, aumentan generalización de resultados y valía del estudio.																				
20. Criterios de eliminación. La protección del paciente es la razón mayor para la eliminación. Sin embargo, la información recolectada no debe ser eliminada ya que se debe rendir cuenta de todo sujeto incluido aunque sólo haya firmado consentimiento.																				
21. Análisis estadístico. Lo importante son los métodos inferenciales (NO los descriptivos) para contestar la PREGUNTA de investigación. NO DEBEN FALTAR los inferenciales pues los organismos colegiados están pidiendo NO USAR estrategias estadísticas que no hayan sido protocolizadas.																				
22. Grupos. Proceso de asignación a grupos de estudio.																				
23. Grupos. Mecanismos para la asignación de los tratamientos.																				
24. Grupos. Descripción de los grupos de tratamiento.																				
25. Grupos. Si se emplea grupo con placebo, incluya su justificación																				
26. Reclutamiento. Potencial de reclutamiento (número de sujetos que se pretende reclutar)																				
27. Reclutamiento..En caso de ser multicéntrico, incluya números global y local de la muestra																				
28. Reclutamiento. Especificar los incentivos que se ofrecerán (incentivo= ofrecimiento que compele a realizar una acción; v. gr.: dar un libro por haber participado). Nota: Una compensación/ Incentivo fuera de proporción se considera una actitud coercitiva.																				
29. Medicamentos. Incluya una tabla para cada medicamento en estudio.																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento 1</th> <th>Incluya la información correspondiente</th> <th>No</th> <th>No aplica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Cumple con "Buenas prácticas de fabricación"?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Forma farmacéutica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Medicamento 1	Incluya la información correspondiente	No	No aplica	Nombre				¿Cumple con "Buenas prácticas de fabricación"?				Forma farmacéutica				Dosis			
Medicamento 1	Incluya la información correspondiente	No	No aplica																	
Nombre																				
¿Cumple con "Buenas prácticas de fabricación"?																				
Forma farmacéutica																				
Dosis																				

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 13
		<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</b>	<b>DE:</b> 27

Intervalo de administración			
Vía de administración			
Velocidad de administración			
Duración del tratamiento			
<b>30. Medicamentos. Terapias concomitantes permitidas.</b>			
<b>31. Medicamentos. Terapias concomitantes prohibidas.</b>			
<b>32. Medicamentos. Criterios de falla y éxito.</b>			
<b>33. Seguimiento .</b>			
	Incluya la información correspondiente	No	No aplica
Número de visitas (incluya horarios)			
Estudios de laboratorio y gabinete a usar			
Duración total del seguimiento			
Opciones de tratamiento a ofrecer al término del estudio			
<b>34. Seguimiento. Enlistar las variables de seguimiento.</b>			
<b>35. Seguimiento. Manejo de sobredosis.</b>			
<b>36. Seguimiento. Terapia de rescate.</b>			
<b>37. Retiro. Criterios para el retiro prematuro de participantes.</b>			
<b>38. Retiro. Procedimientos para el retiro de participantes.</b>			
<b>39. Retiro. Criterios y procedimientos para la suspensión prematura (temporal o definitiva).</b>			
<b>40. Muestras. En caso de tener muestras biológicas, mencione los procedimientos de manejo y etiquetado.</b>			
<b>41. Muestras. Asegurar que las muestras biológicas NO serán utilizadas para líneas celulares permanentes ni inmortales o fines no relacionados al estudio.</b>			
<b>42. Administración. Métodos a usar para recolectar información.</b>			
<b>43. Administración. Monitoreo y auditorías durante el estudio.</b>			
<b>44. Administración. Métodos .a usaos para ponerse en contacto con pacientes..</b>			

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullias Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 14
			<b>DE:</b> 27

45. Riesgos. Molestias posibles resultantes del estudio
46. Riesgos. Riesgos potenciales
47. Riesgos. Métodos de detección de riesgos anticipados
48. Riesgos. Medidas para diagnóstico oportuno y prevención de riesgos
49. Riesgos. Procedimientos a seguir para resolver eventos adversos
50. Beneficios. Beneficios directos esperados. Hay comités que no aprueban protocolos que no tengan algún beneficio directo para participantes.
51. Beneficios. Beneficios indirectos esperados.
52. Beneficios. Ponderación de riesgos contra beneficios del estudio.
53. Costos. Especifique costos (directos/indirectos, monetarios, en tiempo de participación, visitas/traslados) que la investigación necesita.
54. Costos. Especifique si las consultas, exámenes de laboratorio/gabinete y tratamientos médicos/quirúrgicos, generados con motivo del estudio serán o no cubiertos por el paciente/sujeto de investigación.
55. Costos. Informe quién cubrirá los costos asociados a la investigación.
56. Referencias bibliográficas.

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 2: MODELO DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN EL MARCO DEL ALGÚN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL INCMNSZ.**

**MODELO DE FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN EL MARCO DEL ALGÚN  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN EN EL INCMNSZ**

Estimados investigadores e investigadoras:

El "Consentimiento Informado", es un instrumento esencial para preservar el sentido ético de todo proyecto investigación clínica en sujetos humanos. Su finalidad es informar, de manera clara, precisa y comprensible en qué consiste la participación de los potenciales sujetos de investigación (procedimientos, intervenciones, duración, visitas al hospital, etc.); así como hacerles saber los posibles riesgos o beneficios, en su persona y salud, derivados de su participación en el proyecto. Todo ello con el fin de que las personas puedan tomar una decisión verdaderamente informada al momento de elegir si participar o no como sujetos de investigación clínica. Por ello, el Consentimiento Informado debe ser claro a lectores generalmente ajenos al lenguaje médico; es necesario redactarlo con un lenguaje sencillo y poco técnico.

Este documento es una guía para la elaboración del Consentimiento Informado el cual cumple con los requisitos mínimos solicitados por las Buenas Prácticas Clínicas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y otras agencias regulatorias

Constituye tan sólo un modelo de guía para elaborar el Consentimiento Informado de su propio proyecto; por ello deberá ser adaptado por ustedes, con base en las especificaciones particulares de cada proyecto.

Ustedes es libre de adaptar la información de su consentimiento de acuerdo a las características propias del tipo de estudios a desarrollar usando una redacción debe coherente, clara y continua. Tenga en cuenta que su Consentimiento Informado deberá estar redactado para ser comprendido por personas ajenas al ámbito médico y de escolaridad mínima (primaria incompleta).

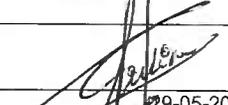
Asimismo, debe ELIMINAR todo el texto (declaraciones y texto orientador) que no apliquen a su estudio, a modo de evitar que el paciente tenga que leer innecesariamente.

Ejemplo: Si el estudio no incluye pruebas a realizar, deberá borrarse TODO el inciso que dice:

Los procedimientos del estudio incluyen la realización de: \_\_\_\_\_ (describir tipo y número de pruebas, la logística de las pruebas)

Se han resaltado en amarillo la mayor parte de las secciones que requieren edición para que sea más sencilla su revisión al momento de trabajarle.

SECRETARÍA DE SALUD Y POLÍTICAS PÚBLICAS, DIRECCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Chert	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023



	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 27

VII. La libertad que tiene de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se afecte su atención y el tratamiento en el Instituto.

VIII. La seguridad de que no se le va a identificar de forma particular y que se mantendrá la confidencialidad de la información relativa a su privacidad.

IX. El compromiso del investigador de proporcionarle la información actualizada que pueda ser obtenida durante el estudio, aunque esto pudiera afectar a su disposición para continuar con su participación.

X. La disponibilidad del tratamiento médico y compensación a que legalmente tiene derecho, en el caso de que ocurran daños causados directamente por la investigación.

**Puede solicitar más tiempo o llevar a casa este formulario antes de tomar una decisión final en los días futuros.**

**INVITACION A PARTICIPAR COMO SUJETO DE INVESTIGACION Y DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

Estimado(a) Sr(a): \_\_\_\_\_

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), a través del grupo de investigación, le invitan a participar como sujeto de investigación en este estudio que tiene como objetivo: \_\_\_\_\_

La duración total del estudio es: \_\_\_\_\_

Su participación en el estudio tendrá una duración de \_\_\_\_\_ (unidad de tiempo).

El número aproximado de participantes es: \_\_\_\_\_

Usted fue invitado al estudio debido a que tiene las siguientes características: \_\_\_\_\_

**PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

El tratamiento que será evaluado es (o en su caso las maniobras del estudio a realizar) \_\_\_\_\_

Será comparado con: \_\_\_\_\_

Su probabilidad para ser asignado a uno de los grupos antes mencionado es: (Si aplica) \_\_\_\_\_

Su participación en el estudio consiste en: \_\_\_\_\_ (describir número, frecuencia y horarios de las visitas, duración de la entrevista, condiciones en que deberá asistir, toma de medicamentos, modificaciones de la alimentación o actividad física, llenado de cuestionarios o cualquier otra acción que el paciente deba realizar).

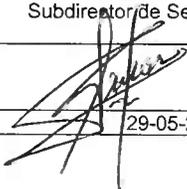
Los procedimientos del estudio incluyen la realización de: \_\_\_\_\_ (describir tipo y número de pruebas, la logística de las pruebas).

Las intervenciones experimentales propuestas son: \_\_\_\_\_

Las intervenciones incluidas en el estudio que son parte de su tratamiento habitual (estandar) requiendo para su condición son: \_\_\_\_\_

Las responsabilidades de los participantes incluyen: \_\_\_\_\_ (Ejemplos: reportar cambios de dirección o del estado de salud, informar cambios en el tratamiento o cualquier otra acción que modifique los resultados del estudio).

3

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Guías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 27

**RIESGOS E INCONVENIENTES**

*Debe describir en detalle los riesgos e inconvenientes para el participante, haciendo comentarios específicos para el embrión, feto, lactante o pareja sexual cuando sea aplicable. Es necesario describir los procedimientos que seguirá el investigador para garantizar la privacidad de los participantes. Ejemplos:*

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, señala que la obtención de muestras biológicas representa un riesgo mínimo dentro de la investigación. Los riesgos de la toma de muestra sanguínea son: posibilidad de sangrado ligero o moretón en el sitio de la punción, mareo o sensación de desmayo y raramente puede producirse punción arterial. El personal que extraerá la muestra sanguínea está entrenado para ello, lo que minimizará los riesgos de complicaciones.

No existe riesgo de ningún tipo en la obtención de la muestra de orina.

Los datos acerca de su identidad y su información médica no serán revelados en ningún momento como lo estipula la ley, por tanto, en la recolección de datos clínicos usted no enfrenta riesgos mayores a los relativos a la protección de la confidencialidad la cual será protegida mediante la codificación de las muestras y de su información.

**BENEFICIOS POTENCIALES**

*Debe explicar los beneficios potenciales. Si no hay beneficios para el participante, debe ser mencionado. Ejemplo:*

Este estudio no está diseñado para beneficiar al participante. Sin embargo, la búsqueda de \_\_\_\_\_ podría permitir desarrollar nuevos blancos terapéuticos y con esto hacer un tratamiento más personalizado de esta enfermedad. Además, gracias a su participación altruista, su comunidad se puede beneficiar significativamente al encontrar nuevas formas de atender esta complicación médica.

**CONSIDERACIONES ECONÓMICAS**

*Debe explicar los gastos anticipados por participar en el estudio, la compensación que el paciente puede recibir por su participación, los procedimientos que debe seguir para obtener la compensación. Ejemplo:*

No se cobrará ninguna tarifa por participar en el estudio ni se le hará pago alguno. El investigador podrá cubrir los gastos de su transporte al Instituto hasta por una cantidad de \_\_\_\_\_ pesos por visita. Para ello, deberá presentar comprobantes o facturas (si corresponde). Por ser parte de la atención médica requerida para su padecimiento, fuera de este estudio, los costos causados por los siguientes rubros serán cubiertos por usted: \_\_\_\_\_

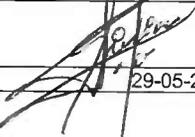
**COMPENSACION**

*Debe explicarse detalladamente la atención que recibirá el/a sujeto de investigación clínica, en caso de eventos adversos; así como el responsable de los costos, junto con las condiciones que eximen de responsabilidad al investigador en caso de ocurrir un evento adverso. Ejemplo:*

Si llegara a presentarse alguna complicación como resultado directo de su participación en este estudio, por parte del protocolo le proporcionaremos el tratamiento inmediato y lo referiremos, si lo amerita, al especialista médico que requiera. El protocolo por su parte puede cubrir la atención

FORMULARIO Y VERSIÓN DEL PROTOCOLO: VERSIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-06-2023	29-05-2023	29-06-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 27

médica de las lesiones que se definan como directamente asociadas al mismo; se tiene contratada una póliza de seguro para ello, con \_\_\_\_\_

**ALTERNATIVAS A SU PARTICIPACIÓN:**  
*Debe señalar que la participación en el estudio es voluntaria. Debe mencionarse el tratamiento estándar para su condición y las alternativas que puede seguir en caso de no participar en el estudio*

**Ejemplo:**  
 Su participación es voluntaria. Por lo que usted puede elegir no participar en el estudio. En caso de decidir no participar, usted seguirá recibiendo el tratamiento o manejo habitual (estándar) para su enfermedad, el cual consiste en: \_\_\_\_\_

**POSIBLES PRODUCTOS COMERCIALES DERIVABLES DEL ESTUDIO:**  
*Debe describir la propiedad de los materiales biológicos y productos resultantes del estudio, mencionando los beneficios que podría obtener el paciente*

**Ejemplo:**  
 Los resultados o materiales obtenidos en el estudio serán propiedad del INCMNSZ. Si un producto comercial es desarrollado como resultado del estudio, tal insumo será propiedad del Instituto o quienes ellos designen. En tal caso, usted no recibirá un beneficio financiero por el mismo.

**ACCIONES A SEGUIR DESPUES DEL TERMINO DEL ESTUDIO:**  
*Debe describir las acciones para cuidar al participante después de que el estudio ha terminado. Se debe mencionar si existe la posibilidad de que el paciente sea contactado después de la conclusión del estudio*

**Ejemplo:**  
 Usted puede solicitar los resultados de sus exámenes clínicos y de las conclusiones del estudio al Dr. \_\_\_\_\_ de INCMNSZ (tel. \_\_\_\_\_). La investigación es un proceso largo y complejo. El obtener los resultados finales del proyecto puede tomar varios meses.

**PARTICIPACIÓN Y RETIRO DEL ESTUDIO:**

Recuerde que su participación es VOLUNTARIA. Si usted decide no participar, tanto su relación habitual con el INCMNSZ como su derecho para recibir atención médica o cualquier servicio al que tenga derecho no se verán afectados\*. Si decide participar, tiene la libertad para retirar su consentimiento e interrumpir su participación en cualquier momento sin perjudicar su atención en el INCMNSZ. Se le informará a tiempo si se obtiene nueva información que pueda afectar su decisión para continuar en el estudio.

El investigador o el patrocinador del estudio puede excluirlo del estudio si \_\_\_\_\_

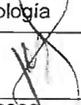
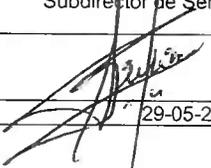
Los procedimientos que serán necesarios si el investigador o el patrocinador lo retiran del estudio son: \_\_\_\_\_

El estudio puede darse por terminado en forma prematura si \_\_\_\_\_

Los procedimientos que serán necesarios si usted termina su participación en el estudio son \_\_\_\_\_

*\*Puede ajustarse, p. ej. en protocolos en los que no se incluyan pacientes con expediente en el Instituto.*

5

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Chert	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 27

**CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE SU INFORMACIÓN**

Su nombre no será usado en ninguno de los reporte públicos del estudio. Las muestras biológicas obtenidas no contendrán ninguna información personal y serán codificadas con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación. Por disposición legal, las muestras biológicas, incluyendo la sangre, son catalogadas como residuos peligrosos biológico-infecciosos y por esta razón durante el curso de la investigación su muestra no podrá ser devuelta. Es posible que sus muestras biológicas, así como su información médica y/o genética, puedan ser usadas para otros proyectos de investigación análogos relacionados con la enfermedad en estudio. No podrán ser usados para estudios de investigación que estén relacionados con condiciones distintas a las estudiadas en este proyecto, y estos estudios deberán ser sometidos a aprobación por un Comité de Ética.

Sus muestras podrán ser almacenadas por los investigadores hasta por \_\_\_\_\_ (tiempo).

Los códigos que identifican su muestra estarán sólo disponibles a los investigadores titulares, quienes están obligados por Ley a no divulgar su identidad. Estos códigos serán guardados en un archivero con llave. Sólo los investigadores tendrán acceso a ellos. El personal del estudio (monitores o auditores) podrá tener acceso a la información de los participantes.

Si bien existe la posibilidad de que su privacidad sea afectada como resultado de su participación en el estudio, su confidencialidad será protegida como lo indica la ley, asignando códigos a su información. El código es un número de identificación que no incluye datos personales. Ninguna información sobre su persona será compartida con terceros sin su autorización, excepto:

- Si es necesario para proteger sus derechos y bienestar (por ejemplo, si ha sufrido una lesión y requiere tratamiento de emergencia); o
- Es solicitado por la ley.

Si usted decide retirarse del estudio, podrá solicitar el retiro y destrucción de su material biológico y de su información. Todas las copias y colección de datos serán guardadas con las mismas medidas de confidencialidad, y sólo los investigadores titulares tendrán acceso a los datos que tienen su nombre. Si así lo desea, usted deberá contactar a \_\_\_\_\_ y expresar su decisión por escrito.

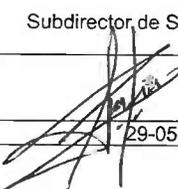
El Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ aprobó la realización de este estudio. Dicho comité es quien revisa, aprueba y supervisa los estudios de investigación en humanos en el Instituto. En el futuro, si identificamos información que consideremos importante para su salud, consultaremos con el Comité de Ética en Investigación para decidir la mejor forma de darle esta información a usted y a su médico. Además, le solicitamos que nos autorice contactarlo, en caso de ser necesario, para solicitarle información que podría ser relevante para el desarrollo de este proyecto.

Los datos científicos obtenidos como parte de este estudio podrían ser utilizados en publicaciones o presentaciones médicas. Su nombre y otra información personal serán eliminados antes de usar los datos.

Si usted lo solicita su médico de cabecera será informado sobre su participación en el estudio.

**[Para estudios genéticos (SOLO SI APLICA):]**

NUMERO Y VERSION DEL PROTOCOLO Y VERSION DEL CONSENTIMIENTO Y FOLIO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 27

[Por su participación en el estudio, podría ser necesario contactar a los miembros de su familia (si aplica). Sus familiares no serán contactados sin su permiso.]

Su material genético no será usado con fines distintos a los mencionados en este documento. Si se tienen células, éstas no se utilizarán para la creación de líneas celulares inmortales. Si el investigador desea usarlos con fines distintos, deberá notificárselo y solicitarle su firma en un documento similar al que usted está leyendo, además de contar con la aprobación del Comité de Ética en Investigación.

Los resultados de estudios genéticos podrían ser causa de discriminación para las personas que tengan alguna anomalía que los predisponga a una enfermedad. Tomaremos las precauciones y acciones necesarias para evitar que su información sea conocida por terceros que pudieran tomar acciones discriminatorias contra usted.

Los resultados de los estudios genéticos no serán incluidos en su expediente del Instituto, a menos que tengan implicaciones para su tratamiento.]

En caso de que el estudio incluya la evaluación de un medicamento o dispositivo experimental, el patrocinador debe informar de inmediato al INCMNSZ los resultados de los monitoreos (revisiones) del estudio que podrían afectar a la seguridad de los participantes, y que podría afectar la disposición para continuar participando o podría alterar la aprobación del Comité de Ética en Investigación para continuar el estudio. Cuando los resultados afectan directamente la seguridad o la atención médica de los participantes el patrocinador o el investigador responsable deberán comunicar los resultados de los estudios de investigación a los participantes.

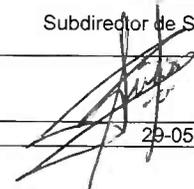
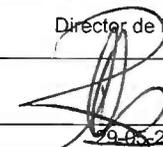
**IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES:**  
En caso de que usted sufra un daño relacionado al estudio, por favor póngase en contacto con \_\_\_\_\_ en el INCMNSZ (teléfono: \_\_\_\_\_).  
Si usted tiene preguntas sobre el estudio, puede ponerse en contacto con \_\_\_\_\_ en el INCMNSZ (teléfono: \_\_\_\_\_).  
Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante en el estudio, puede hablar con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ ([NOMBRE DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA, teléfono: 54870400 ext. 1011]).

**DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído con cuidado este consentimiento informado, he hecho todas las preguntas que he tenido y todas han sido respondidas satisfactoriamente. Para poder participar en el estudio, estoy de acuerdo con todos los siguientes puntos:  
Estoy de acuerdo en participar en el estudio descrito anteriormente. Los objetivos generales, particulares del reclutamiento y los posibles daños e inconvenientes me han sido explicados a mi entera satisfacción.  
Estoy de acuerdo en donar de forma voluntaria mis muestras biológicas (\_\_\_\_\_ cuales?) para ser utilizadas en este estudio. Así mismo, mi información médica y biológica podrá ser utilizada con los mismos fines.  
Estoy de acuerdo, en caso de ser necesario, que se me contacte en el futuro si el proyecto requiere coleccionar información adicional o si encuentran información relevante para mi salud.  
Mi firma también indica que he recibido un duplicado de este consentimiento informado.

Por favor responda las siguientes preguntas: (deje en el documento sólo las preguntas que apliquen a su protocolo de investigación).

MANEJO Y VERSION DEL PROTOCOLO: VERSION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

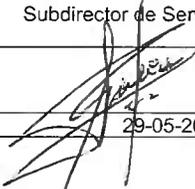
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 27

	SÍ (marque por favor)	NO (marque por favor)
a. ¿Ha leído y entendido el formato de consentimiento informado, en su lengua materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y de discutir este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Ha recibido usted respuestas satisfactorias a todas sus preguntas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha recibido suficiente información acerca del estudio y ha tenido el tiempo suficiente para tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Entiende usted que su participación es voluntaria y que es libre de suspender su participación en este estudio en cualquier momento sin tener que justificar su decisión y sin que esto afecte su atención médica o sin la pérdida de los beneficios a los que de otra forma tenga derecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. <b>SOLO SI APLICA:</b> ¿Autoriza se dé acceso a sus registros médicos para este estudio de investigación y para propósitos regulatorios a _____, sus representantes, los auditores, oficinas regulatorias del estudio, otras agencias gubernamentales de la salud en México y posiblemente otras agencias gubernamentales de la salud en otros países en donde se pueda considerar el estudio en estudio para la aprobación de su comercialización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Entiende los posibles riesgos, algunos de los cuales son aún desconocidos, de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Entiende que puede no recibir algún beneficio directo de participar en este estudio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. <b>SOLO SI APLICA:</b> ¿Ha discutido con otras opciones de tratamiento con el médico participante en el estudio y entiende usted que otras opciones de tratamiento están a su disposición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Entiende que no está renunciando a ninguno de sus derechos legales a los que es sujeto de otra forma como sujeto en un estudio de investigación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Entiende que el médico participante en el estudio puede retirarlo del mismo sin su consentimiento, ya sea debido a que usted no siguió los requerimientos del estudio o si el médico participante en el estudio considera que médicamente su retiro es en su mejor interés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. <b>SOLO SI APLICA</b> ¿Entiende que el estudio puede ser suspendido por el patrocinador del estudio en cualquier momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ¿Entiende que usted recibirá un original firmado y fechado de esta Forma de Consentimiento para sus registros personales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Declaración del paciente:** Yo, \_\_\_\_\_ declaro que es mi decisión participar como sujeto de investigación clínica en el estudio. Mi participación es voluntaria.

FORMULARIO Y PROTOCOLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DEL PATROCINADOR DEL ESTUDIO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 27

Se me ha informado que puedo negarme a participar o terminar mi participación en cualquier momento del estudio sin que sufra penalidad alguna o pérdida de beneficios. Si suspendo mi participación, recibiré el tratamiento médico habitual al que tengo derecho en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y no sufriré perjuicio en mi atención médica ni en futuros estudios de investigación. Yo puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios potenciales derivados de mi participación en este estudio. También puedo obtener los resultados de mis exámenes clínicos si así los solicito.

Si tengo preguntas sobre el estudio, puedo ponerme en contacto con \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_.

Debo informar a los investigadores de cualquier cambio en mi estado de salud (por ejemplo, uso de nuevos medicamentos, cambios en el consumo de tabaco) o en la ciudad donde resido, tan pronto como sea posible.

He leído y entendido toda la información que me han dado sobre mi participación en el estudio. He tenido la oportunidad para discutirlo y hacer preguntas. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. He entendido que recibiré una copia firmada de este consentimiento informado.

Tengo claro que en caso de tener preguntas sobre mis derechos como sujeto de investigación clínica en este estudio, problemas, preocupaciones o dudas, y deseo obtener información adicional, o bien, hacer comentarios sobre el desarrollo del estudio, tengo la libertad de hablar con el presidente del Comité de Ética en Investigación del INCMNSZ (NOMBRE DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA), tel: 54870900, ext. 6101).

\_\_\_\_\_  
Nombre del / de la Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del / de la Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**CANCELADO**

\_\_\_\_\_  
Coloque la huella digital del participante sobre esta línea si no sabe escribir

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante legal (si aplica)

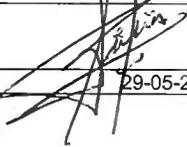
\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Investigador que explicó el documento

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

NOMBRE Y VERSIÓN DEL PROTOCOLO VERSIÓN DEL CONSENTIMIENTO Y FECHA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./O.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 27

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo 1: \_\_\_\_\_ Firma del Testigo 1: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Testigo 2: \_\_\_\_\_ Firma del Testigo 2: \_\_\_\_\_

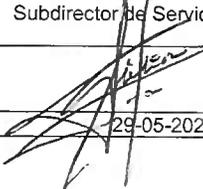
Fecha: \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

(El presente documento es original y consta de \_\_\_\_\_ paginas)

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 25 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 3: DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES.**



Miércoles, 26 de marzo de 2017

**DECLARACIÓN DE LOS INVESTIGADORES**

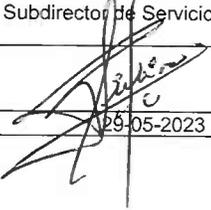
**TÍTULO DEL PROYECTO:**

**Número de Registro CIIBH:**

Los investigadores que participamos en el proyecto arriba mencionado sometemos voluntariamente a evaluación dicho proyecto ante el Comité Institucional de Investigación Biomédica en Humanos y libremente declaramos:

- Que conocemos todos los aspectos del estudio y contamos con la capacidad de llevarlo a buen término.
- Que la revisión minuciosa de los antecedentes científicos del proyecto justifican su realización y nos comprometemos a mantener un estándar científico elevado que permita obtener información útil para la sociedad.
- Que conocemos los riesgos potenciales a los que exponemos a los pacientes invitados a participar los cuales hemos discutido ampliamente con ellos.
- Que pondremos el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación por encima de cualquier otro objetivo.
- Que nos conduciremos de acuerdo con los estándares de comportamiento ético y científico aceptados nacional e internacionalmente según lo establecido por la Ley General de Salud y el Reglamento en Materia de Investigación para la Salud de México, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos de la Organización Mundial de la Salud así como la Declaración de Helsinki.

Nombre del investigador	Firma

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gulías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 27

**ANEXO 4: CONFLICTO DE INTERESES.**



**CONFLICTO DE INTERESES**

TÍTULO DEL PROYECTO: \_\_\_\_\_

Número de Registro C.E.I.: \_\_\_\_\_

¿El investigador incurre en algún de los siguientes Conflictos de Interés? \_\_\_\_\_

En caso de que exista o no el conflicto explicar el por qué. \_\_\_\_\_

CONFLICTO DE INTERESES	SI	NO
El interés es un valor superior a 10.000 dólares EE.UU. cuando se suman a la familia inmediata.		
El interés no se cotiza en la bolsa de valores.		
El valor de los intereses aumenta o disminuirá dependiendo de los resultados de la investigación.		
Es dueño del 5% o más de la compañía que patrocina el estudio o del producto generado (o 1% si participan otros familiares)		
El interés está relacionado con una patente, marca registrada, derecho de autor, o acuerdo de licencia.		

Fecha: \_\_\_\_\_

Investigador Nombre y Firma: \_\_\_\_\_

Recibido: \_\_\_\_\_

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>		<b>REV:</b> 01
	<b>3. Procedimiento para Realizar Proyectos y/o Protocolos de Investigación</b>		<b>HOJA:</b> 27
			<b>DE:</b> 27

**ANEXO 5: FORMA ÚNICA PARA EL REGISTRO DE PROYECTOS.**

**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**

**SALVADOR ZUBIRÁN**

Dirección de Investigación

**FORMA ÚNICA PARA REGISTRO DE PROYECTOS**

**FECHA DE RECEPCIÓN. CLAVE:**

**TÍTULO:**

**OBJETIVO DEL PROYECTO:**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**GENERO BENEFICIADO:**

**INVESTIGADOR RESPONSABLE:**

**DEPARTAMENTO O SERVICIO:**

**TIPO DE INVESTIGACIÓN: INV. CLÍNICA**

**PATROCINADORES:**

Patrocinador	Cantidad
--------------	----------

**VIGENCIA DEL PROYECTO:**

Trimestre 1	Trimestre 2	Trimestre 3	Trimestre 4
-------------	-------------	-------------	-------------

COSTO TOTALES DE LA INVESTIGACIÓN	
Personal:	\$ 0.00
Recursos humanos a cargo	
Equipos:	\$ 0.00
De laboratorio, óptica, transporte, etc.	
Materiales:	\$ 0.00
Reactivos, consumibles, desechos, etc.	
Animales:	\$ 0.00
Adquisición, traslado, procesamiento, etc.	
Estudios:	\$ 0.00
De laboratorio, gabinete, óptica, etc.	
Viajes:	\$ 0.00
Material certificado y control de calidad	

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	
ENCMNSZ	
ALCOBOS	
Investigador responsable	Jefe de Departamento
Centro de Investigación en Biomédica	Centro de Investigación en Alimentos

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</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 segunda sesión ordinaria de fecha 29/05/2023.

**AUTORIZACIÓN**

**ELABORADO POR:**

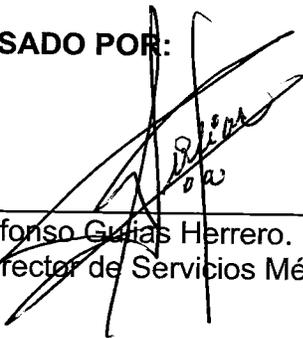


\_\_\_\_\_  
Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit.  
Jefa del Departamento de Dermatología.

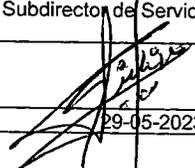
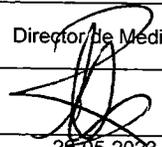


\_\_\_\_\_  
Dra. Amparo Hernández Salazar.  
Dermatóloga.

**REVISADO POR:**



\_\_\_\_\_  
Dr. Alfonso Gullías Herrero.  
Subdirector de Servicios Médicos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.2.1.4
	<b>Departamento de Dermatología</b>			REV: 01
	<b>Autorización</b>			HOJA: 2
			DE: 2	

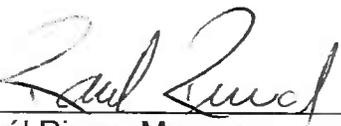
**REVISIÓN METODOLÓGICA:**

  
 C.P. Merit Fabiola Morales.  
 Jefa del Departamento de Organización y Modernización Administrativa.

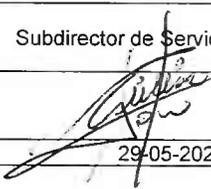
  
 C.P. Remedios Verónica Hernández Tenorio.  
 Coordinadora de Organización y Modernización.

  
 C. Verónica Elena Cervantes Navarro.  
 Analista Especializado de Organización y Modernización.

**AUTORIZADO POR:**

  
 Dr. Raúl Rivera Moscoso.  
 Director de Medicina.

  
 Dr. José Sifuentes Osornio.  
 Director General.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith Guadalupe Domínguez Cherit	Dr. Alfonso Gullías Herrero	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Dermatología	Subdirector de Servicios Médicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	29-05-2023	29-05-2023	29-05-2023