
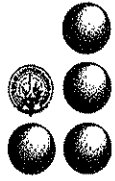


INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

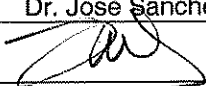

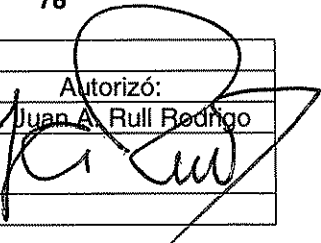
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS

JULIO 2006

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 1
	Índice		DE: 117

INDICE



PRESENTACIÓN	3
I. OBJETIVO DEL MANUAL	4
II. MARCO JURÍDICO	5
III. PROCEDIMIENTOS	7
1.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	8
2.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO	15
3.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE RADIOLOGÍA Y/O GABINETES	20
4.- PROCEDIMIENTO PARA EL INTERNAMIENTO EN URGENCIAS	25
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA	31
6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA MÉDICA O TRASLADO	36
7.- PROCEDIMIENTO PARA LA SALIDA DE PACIENTES EN URGENCIAS	41
8.- PROCEDIMIENTO PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS	46
9.- PROCEDIMIENTO PARA EL RESGUARDO DE PERTENENCIAS	55
10.- PROCEDIMIENTO PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS, EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR CADA SERVICIO	60
11.- PROCEDIMIENTO PARA ASEGURAR QUE TODO PACIENTE A QUIEN SE LE REALICE UN METODO DE DIAGNÓSTICO INVASIVO HA SIDO INFORMADO DEL MISMO, DE SUS RIESGOS Y HA AUTORIZADO A TRAVÉS DE UN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO	65
12.- PROCEDIMIENTO PARA LA GENERACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y ENVASADO DE RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS	70
13.- PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE RESIDUOS EN LAS ÁREAS GENERADORAS DE RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS	78

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 2
	Índice		DE: 117

14.- PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR QUE EL EQUIPO CONTRA INCENDIOS SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO	83
15.- PROCEDIMIENTO PARA LA EVACUACIÓN EN CASO DE SISMO	88
16.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE INCENDIO	94
17.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE BOMBA	99
18.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE FUGA DE GAS	104
19.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE INUNDACIÓN	110

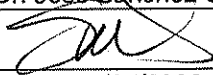
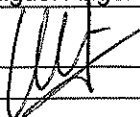
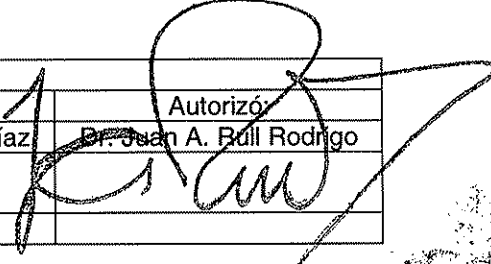
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		


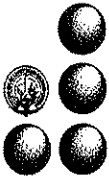
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 3
	Presentación		DE: 117

PRESENTACIÓN

El presente documento integra los procedimientos que permiten ejercer las funciones asignadas a esta unidad de manera más eficiente y oportuna ya que es responsable de un alto porcentaje de los ingresos de pacientes al área de hospitalización.

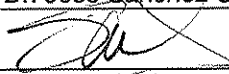
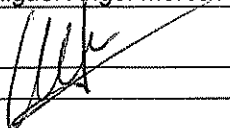
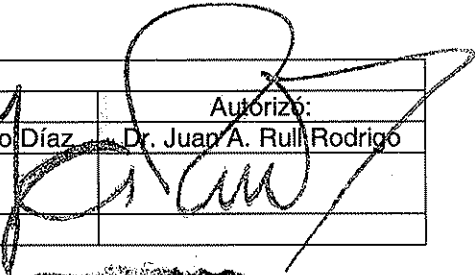
El titular del departamento será el responsable de difundir y actualizar esta herramienta administrativa.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA : 4
	I. Objetivo del manual		DE: 117

I. OBJETIVO DEL MANUAL

Identificar los procedimientos administrativos que se realizan en el servicio para darles difusión entre el personal asignado a su área, u otra autoridad que desee conocerlos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 5
	II. Marco jurídico		DE: 117

II. MARCO JURÍDICO

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

LEYES:

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

Ley de Planeación
D.O.F. 05-I-1983

Ley General de Salud.
D.O.F. 7-II-1984 y sus Reformas.

Ley para las personas con discapacidad del D.F.
D.O.F. 19-XII-1995

Ley Federal de Entidades Paraestatales.
D.O.F. 4-XI-1998 y sus Reformas.

Ley de los Institutos Nacional de Salud.
D.O.F. 26-V-2000.

Ley de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos
D.O.F. 31-II-2002

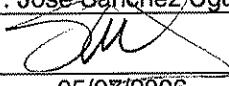
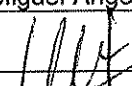
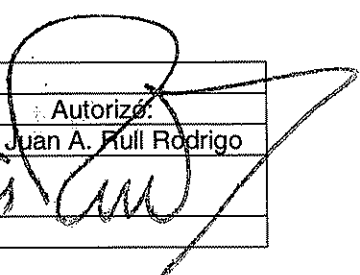
Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos
D.O.F. 13-III-2002.



Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental
D.O.F. 11-VI-2002

REGLAMENTOS:

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
D.O.F. 14-V-1986.

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 6
	II. Marco jurídico		DE: 117

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

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
D.O.F. 05-VII-2001.

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

ACUERDOS:

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

DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS:

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
29-VIII-2000.


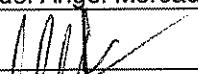
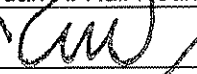
Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.
D.O.F. 30-V-2001.

Programa Nacional de Salud 2001-2006.
D.O.F. 21-IX-2001.

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y Fomento a la Transparencia y el Desarrollo Administrativo 2000-2006.
D.O.F. 22-IV-2002.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS:

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. del Expediente Clínico.
D.O.F. 14-IX-1999.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

III. Procedimientos



REV:

HOJA: 7

DE: 117

III. PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

1.- Procedimiento para la solicitud de atención médica en el servicio de urgencias





REV:

HOJA: 8

DE: 117

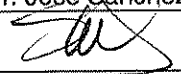
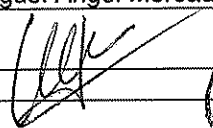
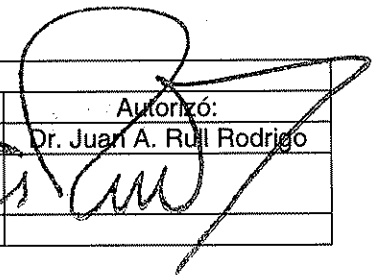
1.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS


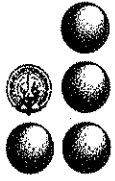
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díez	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA : 9
	1.- Procedimiento para la solicitud de atención médica en el servicio de urgencias		DE: 117

Objetivo Específico.

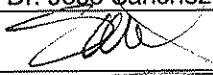
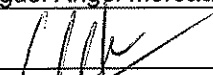
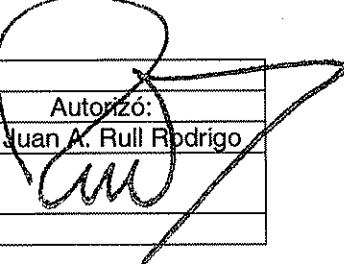
Conocer la gestión administrativa específica que realizan los pacientes y personal del Instituto para recibir y dar atención en el Departamento de Urgencias.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 10
	1.- Procedimiento para la solicitud de atención médica en el servicio de urgencias		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Toda persona ya sea paciente institucional o bien paciente de primera vez, pueden y deben ser valorados de manera irrestricta en el Departamento de Urgencias.
2. En la recepción (el personal administrativo, en todos los turnos), deberá obtener los datos generales del paciente y en caso de ser paciente institucional deberá solicitar su expediente clínico.
3. El médico de guardia en recepción (residente de 2° ó 3° año de Medicina Interna) será el encargado de realizar el interrogatorio y valoración clínica de tamizaje, indicando el procedimiento que deberá seguir el paciente.
4. Bajo ninguna circunstancia se deberá realizar el interrogatorio médico al paciente o familiar en la barra de recepción.
5. Todo paciente que acude al servicio de urgencias será sujeto de una nota de consulta en el formato respectivo, con copia para el servicio. El original se integrará al expediente.
6. En caso de que el Instituto no tenga los recursos necesarios que permitan la resolución del problema, se deberá transferir al paciente a otra Institución.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

1.- Procedimiento para la solicitud de atención médica en el servicio de urgencias



REV:

HOJA: 11

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Paciente, familiar y/o acompañante	1	En la entrada principal se registra y deja una identificación a cambio de un gafete, que entrega el personal de vigilancia.
Departamento de Urgencias	2	De manera visual el personal medico o de enfermería en la barra determina el estado de gravedad del paciente o bien los acompañantes dan referencias de su estado. ¿El paciente por su gravedad, requiere de atención inmediata? Si El paciente pasa al área de resucitación y choque o a otra área para su atención inmediata. No El paciente seguirá con el procedimiento habitual.
	3	El personal administrativo de la barra en recepción toma los datos del paciente (nombre, edad, sexo, domicilio etc.) Los cuales son proporcionados por el paciente, familiar y/o acompañante. Una vez tomados los datos se le pide al paciente, familiar y/o acompañante, pase a pagar la consulta.
Paciente, familiar y/o acompañante	4	Pasan a pagar a la caja del área de urgencias la consulta correspondiente y esperan turno de evaluación.
	5	¿El paciente tiene número de expediente en el instituto? Si Se solicita el expediente al archivo clínico. No Continúa el procedimiento. ¿El expediente esta disponible? Si Se envía a urgencias. No Se avisa a urgencias

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

1.- Procedimiento para la solicitud de atención médica en el servicio de urgencias



REV:

HOJA: 12

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	6	<p>El personal médico responsable da acceso al paciente al consultorio correspondiente para realizar interrogatorio y su valoración clínica de tamizaje, donde dependiendo de la gravedad y tipo de padecimiento se continuará la evaluación.</p> <p>¿El paciente se encuentra grave?</p> <p>Si Se le proporciona atención para estabilizarle y posteriormente canalizarle.</p> <p>No Continúa en la siguiente decisión.</p> <p>¿El padecimiento por el que se presenta corresponde a las especialidades del instituto?</p> <p>Si Continúa con él procedimiento en la actividad no 7.</p> <p>No Pasa a la actividad no 11.</p>
	7	<p>El médico del paciente, diagnóstica y en su caso solicita la colaboración de otros especialistas (se conectará con el proc. No 5), decidiendo así el flujo del enfermo o el tratamiento adecuado al padecimiento.</p> <p>¿El padecimiento es de riesgo agudo considerable y se requiere de atención inmediata y observación?</p> <p>Si Continúa con el proceso</p> <p>No Se da instrucción médica y en su caso receta por escrito al paciente. Pasa a la actividad no 11.</p> <p>¿El paciente requirió de una consulta con interrogatorio y exploración?</p> <p>Si Continúa con el proceso.</p> <p>No El médico firma el recibo de pago de consulta para la devolución del dinero.</p>

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

1.- Procedimiento para la solicitud de atención médica en el servicio de urgencias



REV:

HOJA: 13

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	8	El paciente es trasladado al área de observación y se esperan indicaciones médicas.
	9	El médico, de acuerdo a la valoración hecha del paciente requiere de estudios de laboratorio, radiología y/o gabinetes (se conecta con el proc. No 2 o 3 respectivamente)
	10	El médico llena un formato de salida y lo entrega a la enfermera, junto con la receta médica en su caso y avisa al paciente que se presente en la barra de admisión de urgencias.
	11	<p>La enfermera llena el formato de cargos y entrega junto con el formato de salida, receta e indicaciones al personal administrativo de la barra.</p> <p>Se conecta con el procedimiento número 7.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>

CONTROL DE EMISIÓN

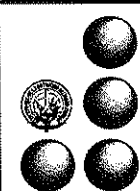
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

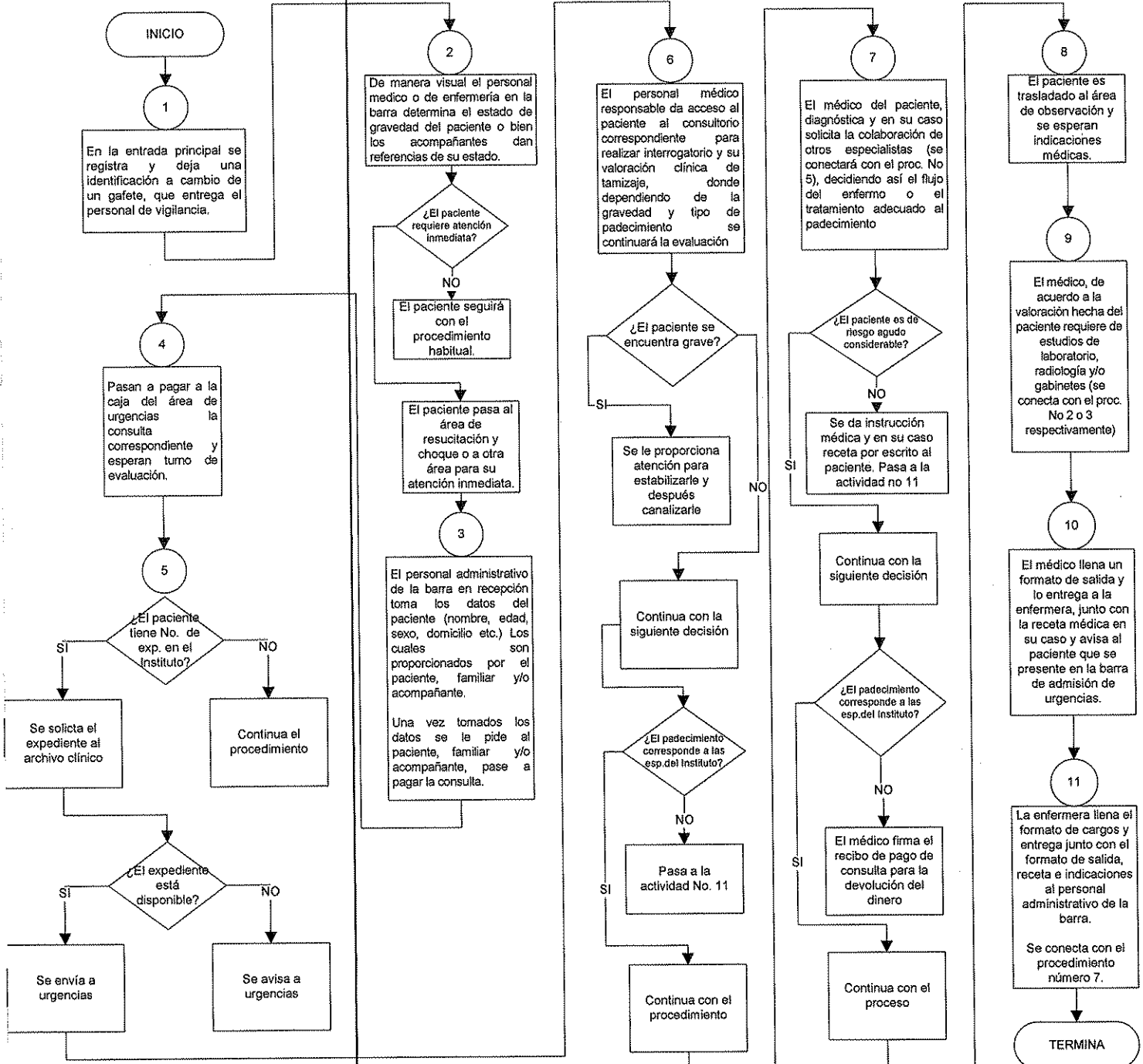
1.- Procedimiento para la solicitud de atención médica en el servicio de urgencias



REV:
HOJA: 14
DE: 117


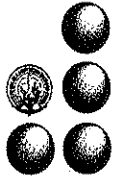
Paciente, familiar y/o acompañante

Departamento de Urgencias



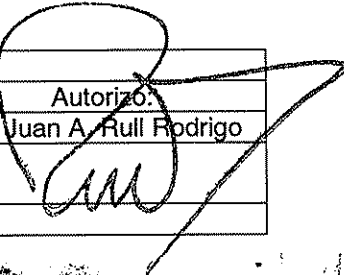



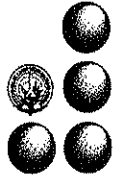
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 15
	2.- Procedimiento para la solicitud de estudios de laboratorio		DE: 117


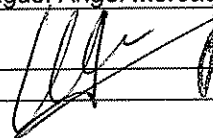
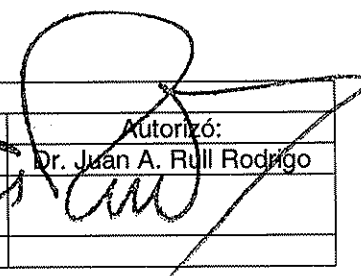
2.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO


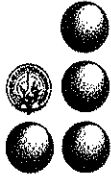
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 16
	2.- Procedimiento para la solicitud de estudios de laboratorio		DE: 117

Objetivo Especifico.


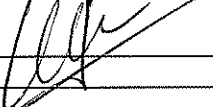
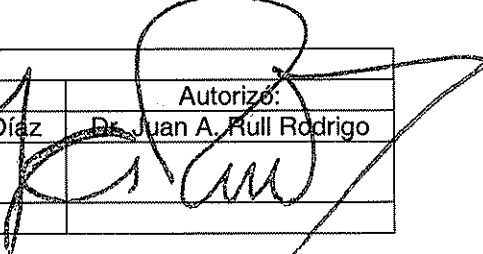
Otorgar apoyo al médico en el servicio de urgencias para verificar su diagnóstico o descartarle a través de estudios de química clínica.


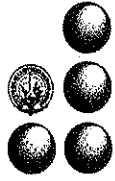
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 17
	2.- Procedimiento para la solicitud de estudios de laboratorio		DE: 117


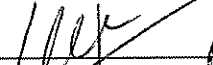
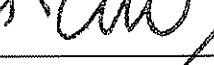
Políticas y/o Normas de Operación.

1. Brindar apoyo permanente con estudios de laboratorio los 365 días del año las 24 hrs. del día a los pacientes del servicio de urgencias.
2. Las solicitudes para estudios de laboratorio se harán de forma escrita y serán llenadas por un médico de urgencias (el responsable de la consulta o médico interno de pregrado).
3. Los resultados de los estudios de laboratorio podrán ser solicitados por el médico responsable del servicio de urgencias o por el médico interno en forma personal o vía sistema interno de cómputo.
4. El médico de urgencias es el responsable de analizar y discutir personalmente todos los resultados de los mismos.
5. En el caso de ser paciente de primera vez, durante el turno matutino se requiere la autorización de la Dirección Médica para realizar los estudios de laboratorio.
6. No podrá negarse o suspenderse la atención médica de urgencias, por no poder realizar de manera inmediata el pago correspondiente de los servicios. En este caso los familiares deberán pasar al área de cuentas corrientes para definir la manera en que posteriormente se realizará el pago.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 18
	2.- Procedimiento para la solicitud de estudios de laboratorio		DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	1	El médico responsable define que estudios son requeridos.
	2	El médico responsable o médico interno llena los formatos de cargos, la solicitud de estudios y es firmada por el médico responsable.
	3	El personal del laboratorio o médicos internos o enfermera, toman las muestras y se traslada (mediante tubo neumático o en persona) al Laboratorio Central.
Departamento de Química Clínica (laboratorio central)	4	Se reciben las solicitudes y muestras, registrando la hora de recepción en la libreta de control después de haber comprobado la calidad de muestra.
	5	<p>Una vez procesada la muestra se obtiene una impresión del mismo como respaldo de la información.</p> <p>¿Está en funcionamiento el sistema?</p> <p>SI: Los resultados se capturan en el "SIPAM" y se imprimen.</p> <p>NO: Se imprimen dos tantos, directo de los equipos de análisis; uno para el expediente que se envía al departamento de estadística y archivo clínico y otro para ser recogido por el servicio de urgencias.</p>
Departamento de Urgencias	6	El médico responsable consulta los resultados vía sistema, o en su caso envía a recoger los resultados en el Laboratorio Central.
	7	<p>El médico responsable con base en este informe define el tratamiento y flujo del paciente.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>

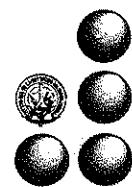
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

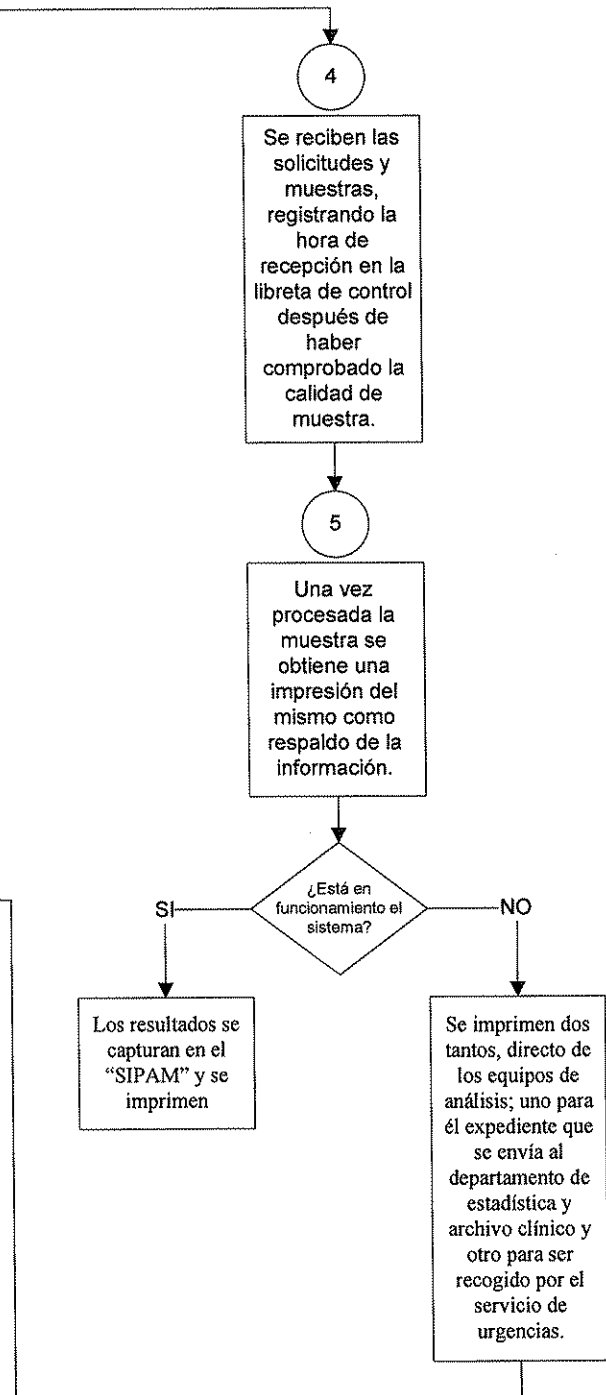
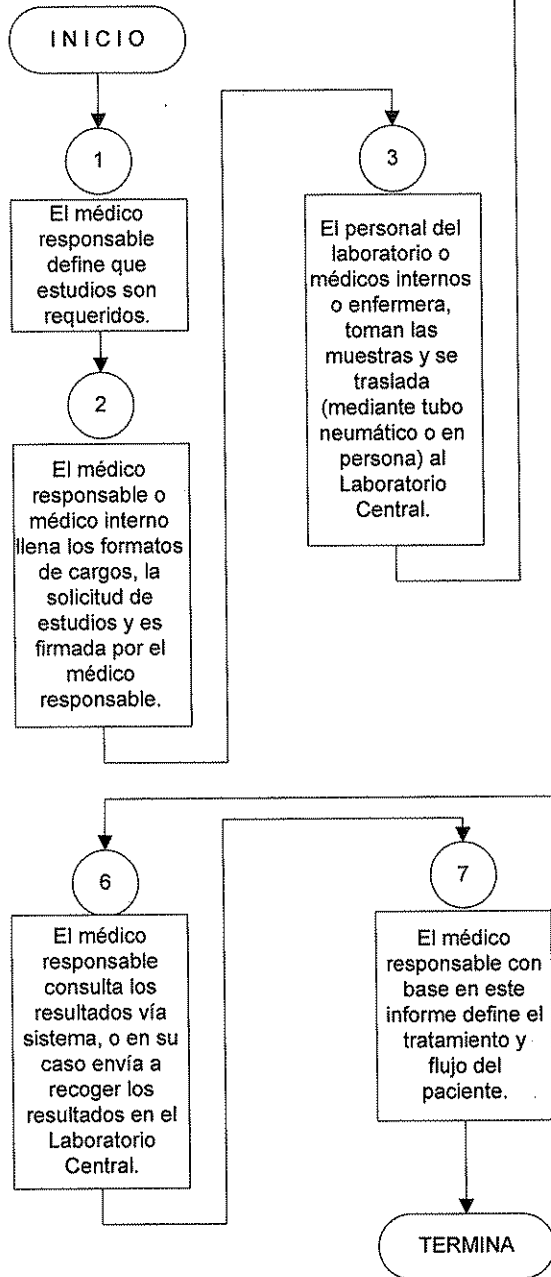
2.- Procedimiento para la solicitud de estudios de laboratorio



REV:
HOJA: 19
DE: 117



Departamento de Urgencias

Departamento de Química Clínica (laboratorio central)


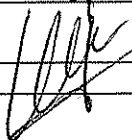
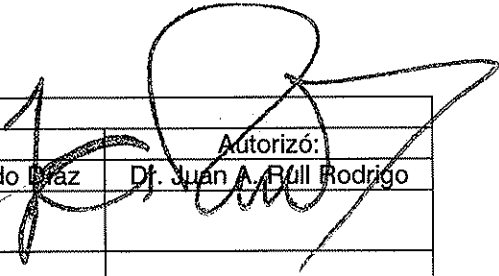


CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 20
	3.- Procedimiento para la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes		DE: 117

3.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS DE RADIOLOGÍA Y/O GABINETES

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Braz	Dr. Juan A. Bull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

3.- Procedimiento para la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes



REV:


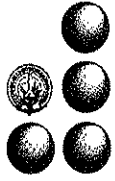
HOJA: 21

DE: 117

Objetivo Específico.

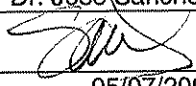
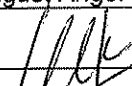
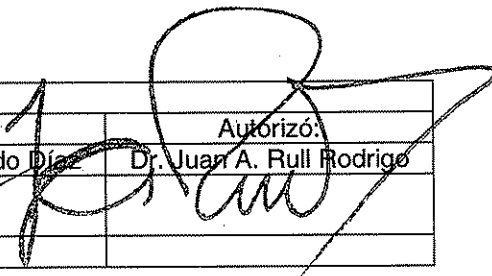
Otorgar apoyo al médico en el servicio de urgencias para verificar su diagnóstico o descartarle, a través de estudios de radiología y/o gabinetes.


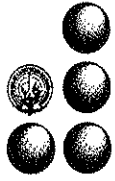
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 22
	3.- Procedimiento para la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes		DE: 117

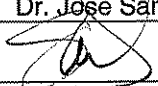

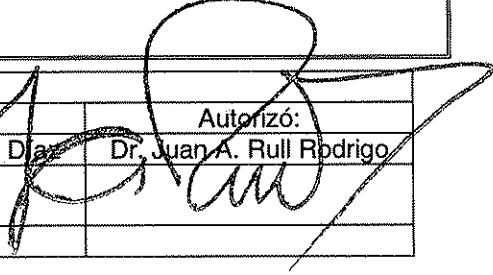
Políticas y/o Normas de Operación.

1. Para realizar los estudios de radiología y/o gabinetes el paciente deberá contar con registro en el Instituto, o una autorización de la Dirección de Medicina.
2. Las solicitudes de estudios de radiología y/o gabinetes deberán estar firmadas por el médico responsable.
3. Todos los estudios deberán ser interpretados y firmados por un médico especialista.
4. Los pacientes deberán ser llevados al departamento de radiología y/o gabinetes por un médico interno, enfermera o residente.
5. No podrá negarse o suspenderse la atención médica de urgencias, por no poder realizar de manera inmediata el pago correspondiente de los servicios. En este caso los familiares deberán pasar al área de cuentas corrientes para definir la manera en que posteriormente se realizará el pago.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 23
	3.- Procedimiento para la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes		DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NUMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	1	El médico responsable define que estudios son requeridos.
	2	El médico responsable o médico interno llena los formatos de cargos, la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes necesarios, y es firmada por el médico responsable.
	3	El médico responsable, médico interno o enfermera, llevan la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes.
Departamento de Radiología y/o gabinetes	4	Se recibe la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes, y el médico residente o el técnico informa en que momento puede recibir al paciente.
Departamento de Urgencias	5	El médico responsable, médico interno o enfermera, trasladan al paciente al departamento correspondiente para realizar los estudios de radiología y/o gabinetes de acuerdo a las indicaciones.
Departamento de Radiología y/o gabinetes	6	Son realizados los estudios de radiología y/o gabinetes que se hallan requerido mediante solicitud previa.
Departamento de Urgencias	7	Una vez realizado(s) el(los) estudio(s), el paciente es trasladado al servicio de urgencias.
Departamento de Radiología y/o gabinetes	8	Los estudios son interpretados y discutidos de manera verbal entre el médico responsable de urgencias y el médico responsable de radiología y/o gabinetes.
	9	Los estudios son interpretados y dictados por un médico adscrito. Una vez mecanografiados son firmados por el mismo y enviados al archivo clínico para su integración al expediente.
Departamento de Urgencias	10	El médico responsable con base en este informe define el tratamiento, permanencia o referencia del paciente. FIN DEL PROCEDIMIENTO

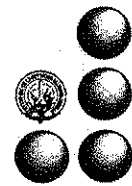
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

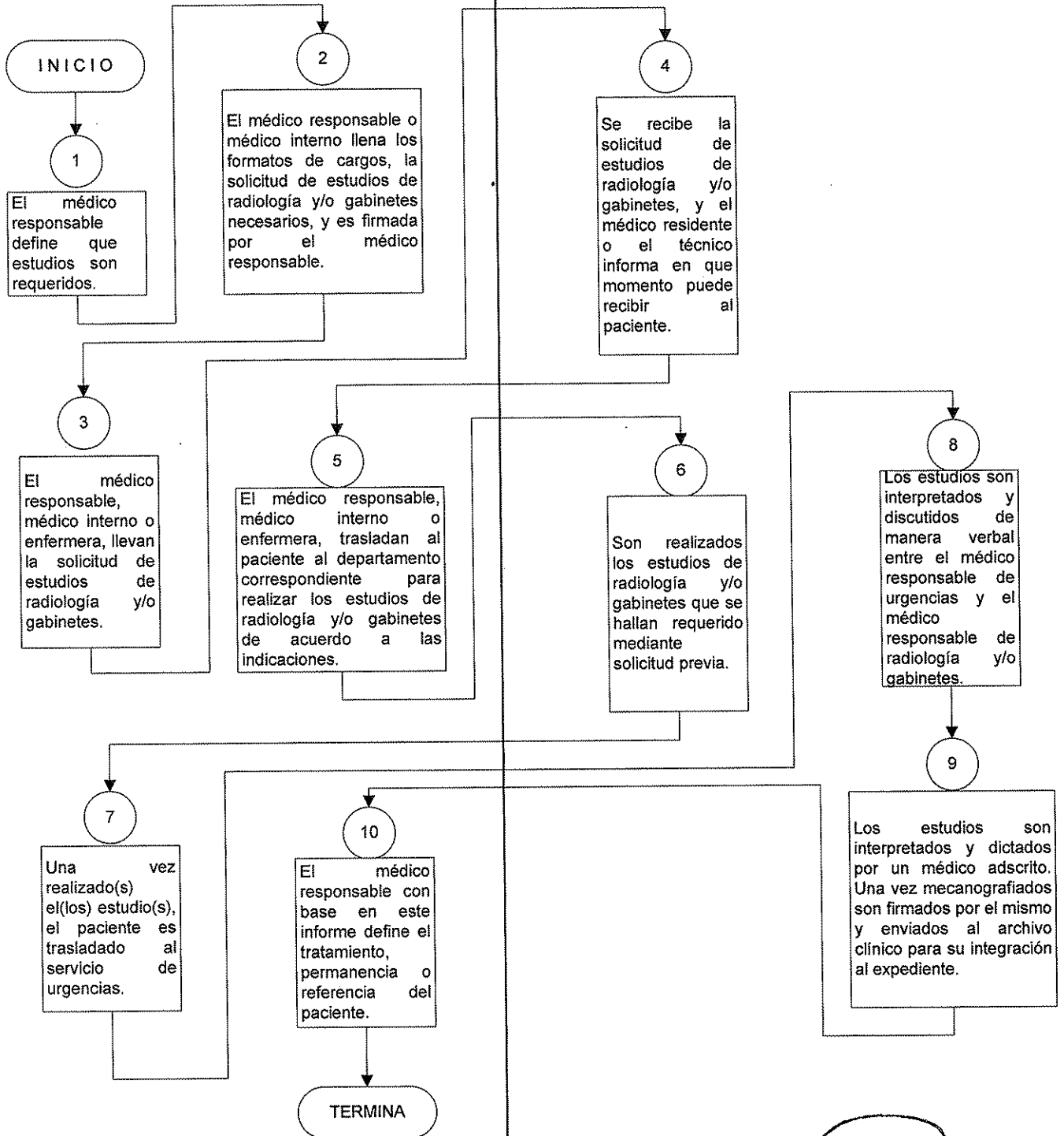
3.- Procedimiento para la solicitud de estudios de radiología y/o gabinetes



REV:
HOJA: 24
DE: 117



Departamento de Urgencias

Departamento de Radiología y/o gabinetes


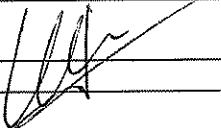
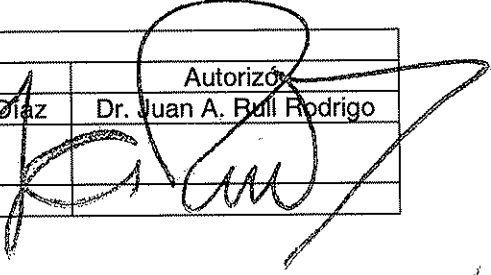



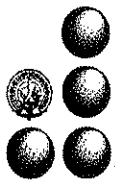
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 25
	4.- Procedimiento para el internamiento en urgencias		DE: 117



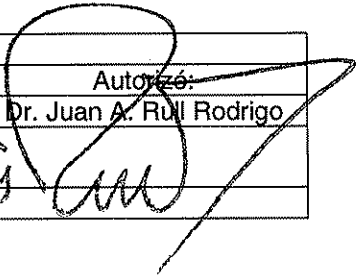
4.- PROCEDIMIENTO PARA EL INTERNAMIENTO EN URGENCIAS



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 26
	4.- Procedimiento para el internamiento en urgencias		DE: 117

Objetivo Especifico.

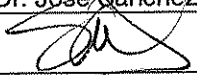
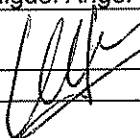
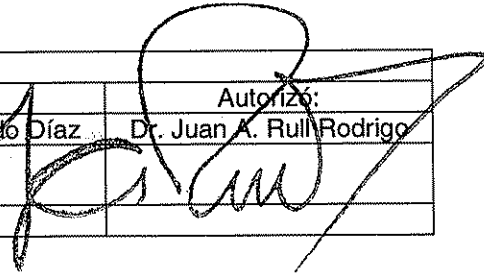
Resolver los padecimientos urgentes de los pacientes, después de que se decidió que la condición del enfermo necesita de tratamiento inmediato.

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 27
	4.- Procedimiento para el internamiento en urgencias		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Los pacientes de manera ideal no deberán permanecer más de 48 horas, después de las cuales pueden ser dados de alta, o casos agudos trasladarlos a las terapias intermedia o intensiva, o bien ser hospitalizados en algún sector del Instituto.
2. El médico en la consulta de urgencias (R3, R4 o adscrito) es el responsable de decidir el internamiento del paciente a los servicios de hospitalización, su permanencia o su alta en el servicio de urgencias.
3. En todos los casos se realizará una historia clínica o nota de internamiento que se integrará al expediente clínico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

4.- Procedimiento para el internamiento en urgencias



REV:



HOJA: 28

DE: 117

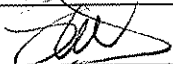

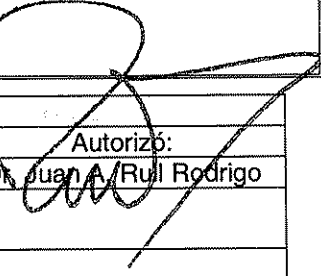
UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	1	El médico responsable del servicio decide la internación en urgencias, sobre la base de la gravedad del padecimiento.
	2	El médico responsable da indicaciones al encargado de la sección de internamiento en el servicio de urgencias.
	3	El médico responsable determina en que sección debe permanecer el paciente. ¿La gravedad del paciente requiere de ser atendido en terapia intensiva, intermedia o monitorizada? SI: Permanecerá en el área de internamiento o áreas de observación. NO: Permanece en urgencias.
	4	El personal médico encargado avisa a la jefe de enfermeras, para que ubique y cumpla las indicaciones prescritas: dieta, calidad y posición del reposo, indicaciones de enfermería, condición de monitorización, terapia de oxígeno o apoyo ventilatorio y medicamentos.
	5	El médico responsable de ésta sección revisa al paciente, así como los estudios previos y determina si requiere estudios recientes. ¿Se requieren más estudios? SI: Solicita estudios de laboratorio, radiología, gabinetes (se conecta con Proc. No. 2 o 3 respectivamente) o interconsultas (se conecta con el Proc No 5), solo en caso de ser necesario. NO: Continúa con el proceso.

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 29
	4.- Procedimiento para el internamiento en urgencias		DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	6	<p>Médico residente realiza la historia clínica del paciente.</p> <p>¿El paciente tiene expediente clínico en el Instituto?</p> <p>SI: Se hace una nota de internamiento que se integra al expediente previo.</p> <p>NO: El paciente es de primer ingreso, se realiza integración de la historia clínica completa.</p> <p>El médico o la enfermera da aviso a Trabajo Social del internamiento. (se conecta con el Procedimiento No 1 Asignación del Nivel Socioeconómico "PARA PACIENTES ACEPTADOS POR URGENCIAS", del Manual de Aplicación y Operación del Catálogo de Cuotas de Recuperación.)</p>
	7	<p>Durante la revisión o visita médica matutina, se confirmará la condición clínica o evolución de los enfermos y se decide el estado clínico del paciente.</p> <p>¿La evolución del paciente es la adecuada?</p> <p>SI: Se da de alta del servicio.</p> <p>NO: Será trasladado a otra área del Instituto, siempre que exista disponibilidad de camas.</p> <p>¿Hay disponibilidad de camas ?</p> <p>SI: Se traslada.</p> <p>NO: Se queda en espera.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>

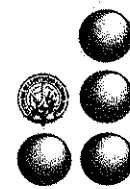
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

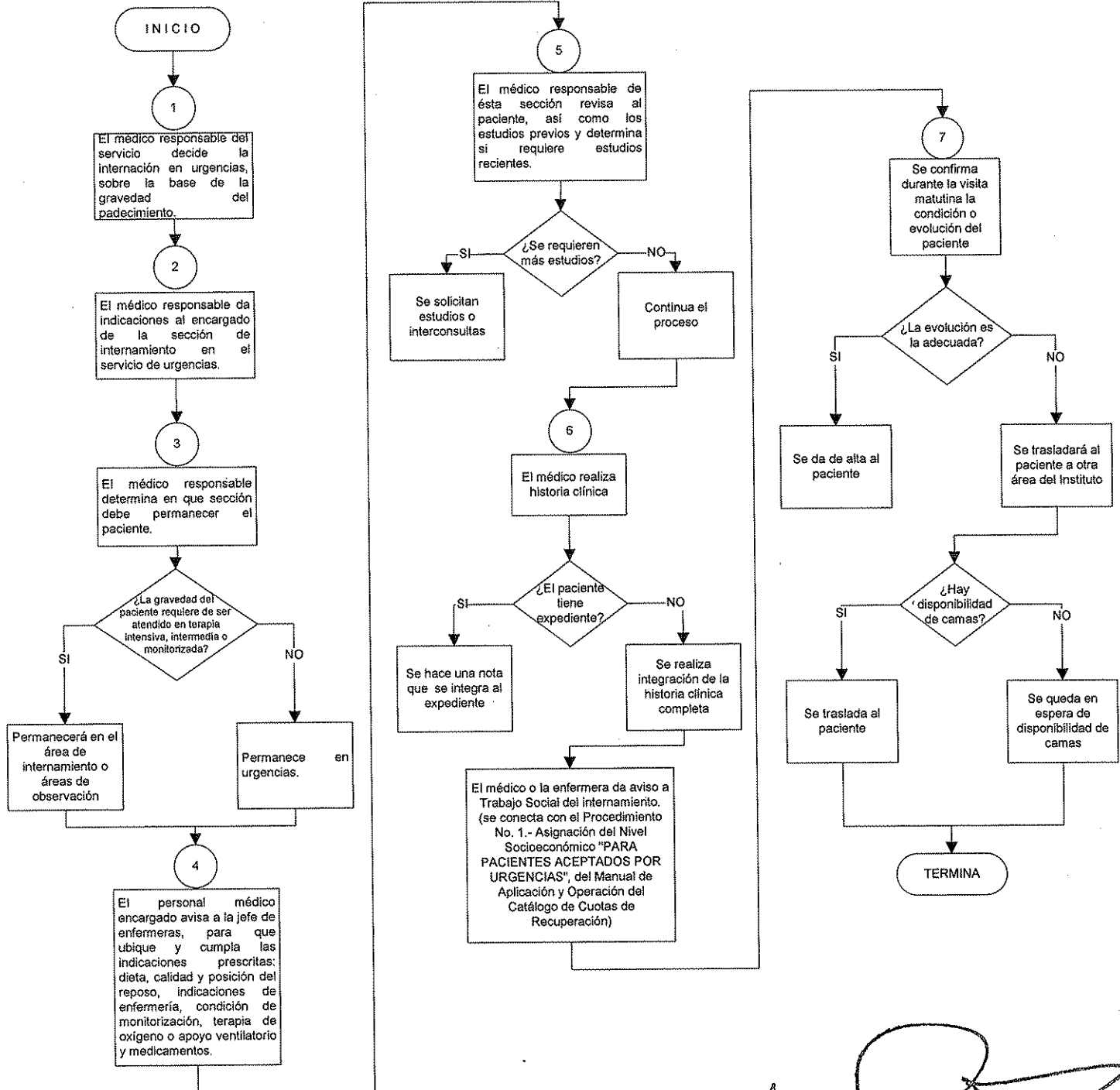
Departamento de Urgencias

4.- Procedimiento para el internamiento en urgencias



REV:
HOJA: 30
DE: 117

Departamento de Urgencias



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

5.- Procedimiento para la solicitud de interconsulta




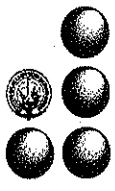
REV:

HOJA: 31

DE: 117

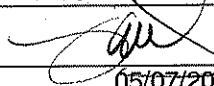
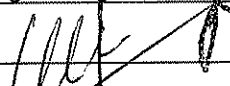
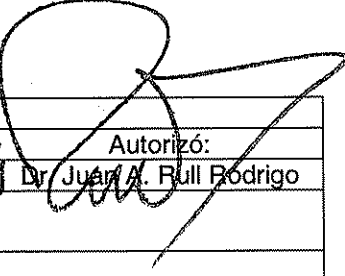
5.- PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE INTERCONSULTA



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 32
	5.- Procedimiento para la solicitud de interconsulta		DE: 117

Objetivo Específico.


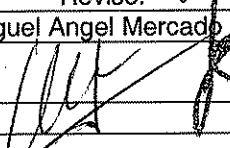
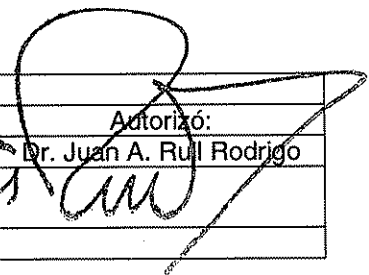
Dar apoyo asistencial a los pacientes internados en el servicio de urgencias con las diferentes especialidades con que cuenta el Instituto y acorde a las necesidades del padecimiento del enfermo.

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 33
	5.- Procedimiento para la solicitud de interconsulta		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Los médicos responsables de la consulta de urgencias solicitarán interconsulta de especialidad, siempre que la considere necesario.
2. Sus diagnósticos deberán ser apoyados por las áreas especializadas en los casos en que se requiera.
3. Todas la interconsultas deberán contar con una nota.
4. Los médicos de las áreas sustantivas especializadas deberán contestar lo más rápidamente posible al llamado o solicitud de urgencias.
5. Deberá de existir un rol de guardias establecido por las áreas de especialidades y una libreta de solicitud de interconsultas en donde se deberá anotar la hora de solicitud y el tiempo de respuesta.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Diaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

5.- Procedimiento para la solicitud de interconsulta



REV:

HOJA: 34

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	1	Los médicos responsables en urgencias solicitan el apoyo a las áreas especializadas a través del médico especialista de guardia mediante radio localizador o vía telefónica.
	2	Los médicos responsables registran en la libreta de atención de interconsulta la hora en que ésta se realiza.
Áreas de especialidades	3	El médico especialista de guardia recibe la llamada y se comunica con el área que solicita su colaboración.
Departamento de Urgencias	4	El médico responsable anota en la libreta la hora de respuesta e informa del caso al médico especialista.
Áreas de especialidades	5	El médico especialista con base en la información decide la conducta a seguir en el paciente. ¿Puede ser efectuado el manejo por vía telefónica? Si: Da diagnóstico e indicaciones. NO: Da instrucciones de inicio de manejo y proyecta tiempo de llegada al centro de atención.
	6	El médico especialista de guardia revisa al paciente y analiza el expediente clínico y da su diagnóstico.
	7	Realiza una nota de interconsulta y la integra al expediente clínico.
Departamento de Urgencias	8	El médico responsable inicia tratamiento con apoyo de la evaluación del médico especialista de guardia y lo registra en el expediente del paciente.
	9	El médico responsable observa los resultados del tratamiento y evalúa nuevamente al paciente: ¿El resultado es una mejoría notable o total? SI: Se realiza referencia del paciente y se dan prescripciones médicas de manera verbal y por escrito, tanto al paciente como a su familiar o acompañante (se conecta con el Proc. No 6). NO: El resultado es poco significativo o nulo y requiere de más tiempo para respuesta o de apoyo de áreas especializadas y/o críticas. FIN DEL PROCEDIMIENTO.

CONTROL DE EMISIÓN

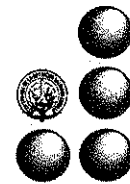
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

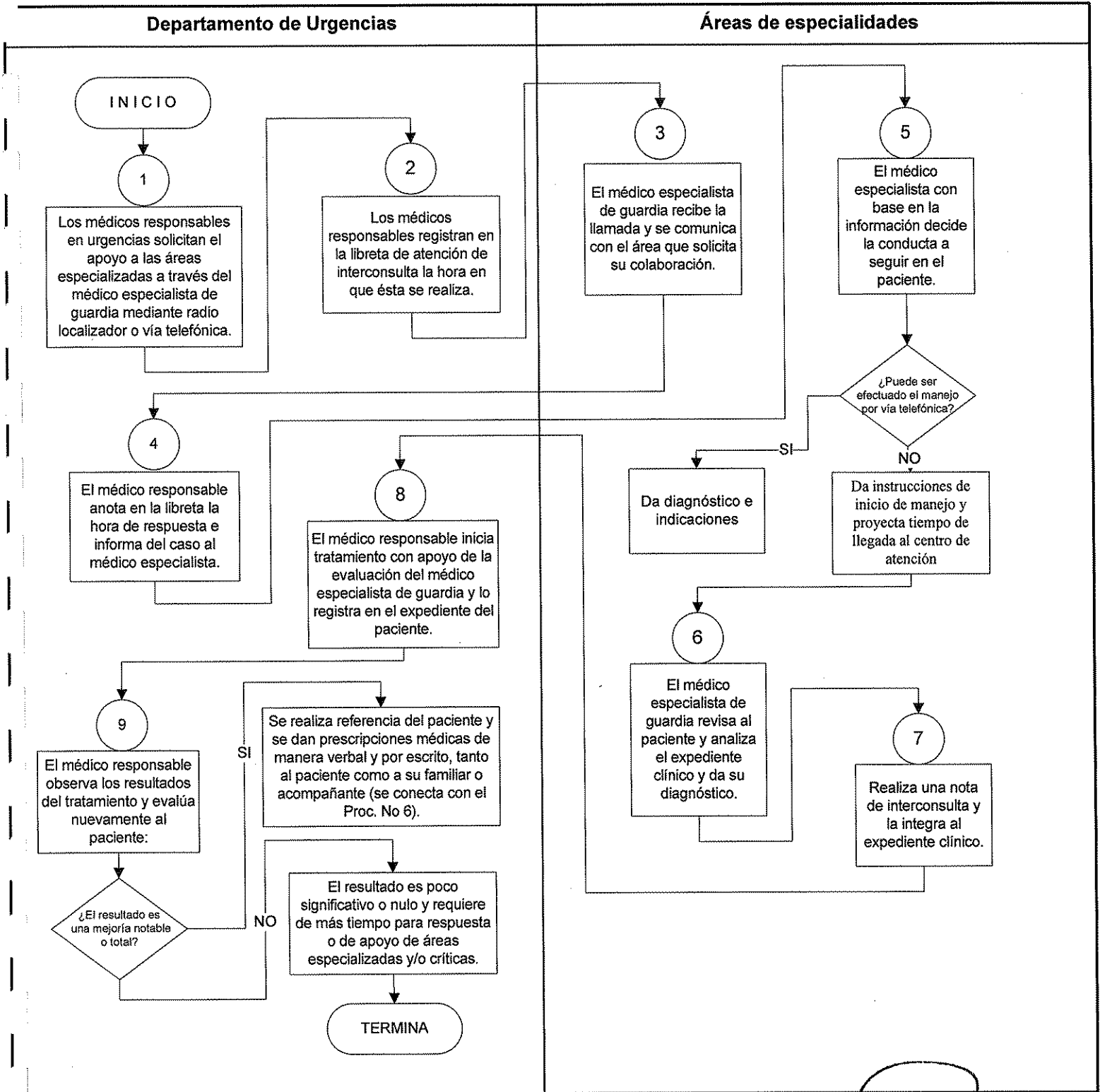
5.- Procedimiento para la solicitud de interconsulta



REV:

HOJA: 35

DE: 117



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

6.- Procedimiento para el alta médica o traslado



REV:

HOJA: 36

DE: 117

6.- PROCEDIMIENTO PARA EL ALTA MÉDICA O TRASLADO

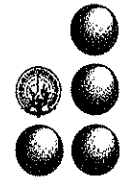
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Piaz	Dr. Juan A. Full Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

6.- Procedimiento para el alta médica o traslado


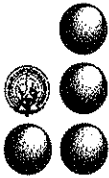


REV:
HOJA: 37
DE: 117

Objetivo Específico.



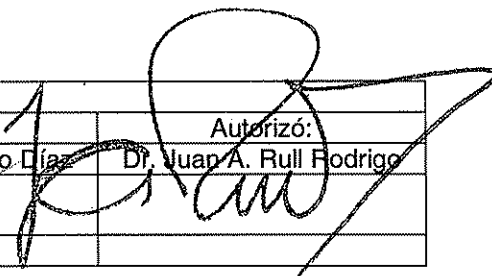
Otorgar alta del servicio de urgencias o traslado a otra unidad del Instituto o fuera del mismo a los pacientes, haciendo las prescripciones necesarias al enfermo y a sus familiares.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 38
	6.- Procedimiento para el alta médica o traslado		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Las altas del servicio de urgencias y traslados a otras unidades de internación se harán previa evaluación del médico responsable.
2. El médico residente de 3°, 4° año o adscrito encargado del área dará las indicaciones de traslado o alta del servicio de urgencias.
3. Se dará aviso a la Jefatura de Enfermeras, Admisión y Trabajo Social de las altas del servicio de urgencias, traslados a los sectores de internación o terapias.
4. En caso de que el paciente requiera de ser trasladado a otro hospital, será el médico residente encargado de la unidad de internación quien proporcione las características en que deberá efectuarse el mismo, indicará las condiciones en que se encuentre el enfermo, así como los aspectos diagnósticos y terapéuticos pendientes. En el caso de traslado a las áreas de terapia intermedia o intensiva el médico de manera personal llevará a cabo el traslado e informará al responsable de los cuidados críticos y la condición del enfermo.
5. En caso de alta del servicio de urgencias, el médico encargado del área de urgencias hará la prescripción del alta y de manera personal dará tanto al paciente como a los familiares las indicaciones de salida, así como en su caso la fecha de su próxima consulta de revisión.
6. En caso de traslado a otra Institución, el área de Trabajo Social será la encargada para localizar y confirmar un lugar en otra Institución para el paciente.
7. El médico responsable del área de urgencias tendrá bajo su cargo al paciente, durante el período en que personal de otra área o Institución no traslade al paciente.
8. En el caso de un alta voluntaria, los familiares serán los responsables del traslado.

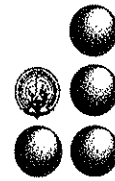
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

6.- Procedimiento para el alta médica o traslado



REV:

HOJA: 39

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	1	<p>El médico responsable del área indicará dependiendo del desarrollo terapéutico, el alta o referencia a otra área del Instituto o Institución.</p> <p>¿La evolución del paciente es favorable?</p> <p>SI: Se determina darlo de alta del Instituto *.</p> <p>NO: Se tramita su traslado a otra área de hospitalización o bien otra Institución.</p> <p>* Se conectan con el Proc. No 7.</p>
	2	<p>El médico responsable dará diagnóstico, prescripciones médicas a los pacientes y familiares tanto de forma verbal y por escrito.</p>
	3	<p>El médico responsable se comunicará con el médico del área o de la institución a donde se envía al paciente, para dar prescripciones personalmente, diagnóstico y condiciones del enfermo.</p>
	4	<p>¿Se traslada a un área dentro del Instituto?</p> <p>SI: Se traslada al paciente a otra área del Instituto, según corresponda a sus respectivas instalaciones.</p> <p>NO: En caso de ser a otra Institución el área de Trabajo Social se encargará de dicho trámite.</p> <p>Se conectan con el Proc. No 7.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</p>

CONTROL DE EMISIÓN

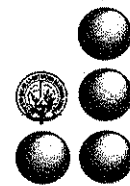
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

6.- Procedimiento para el alta médica o traslado

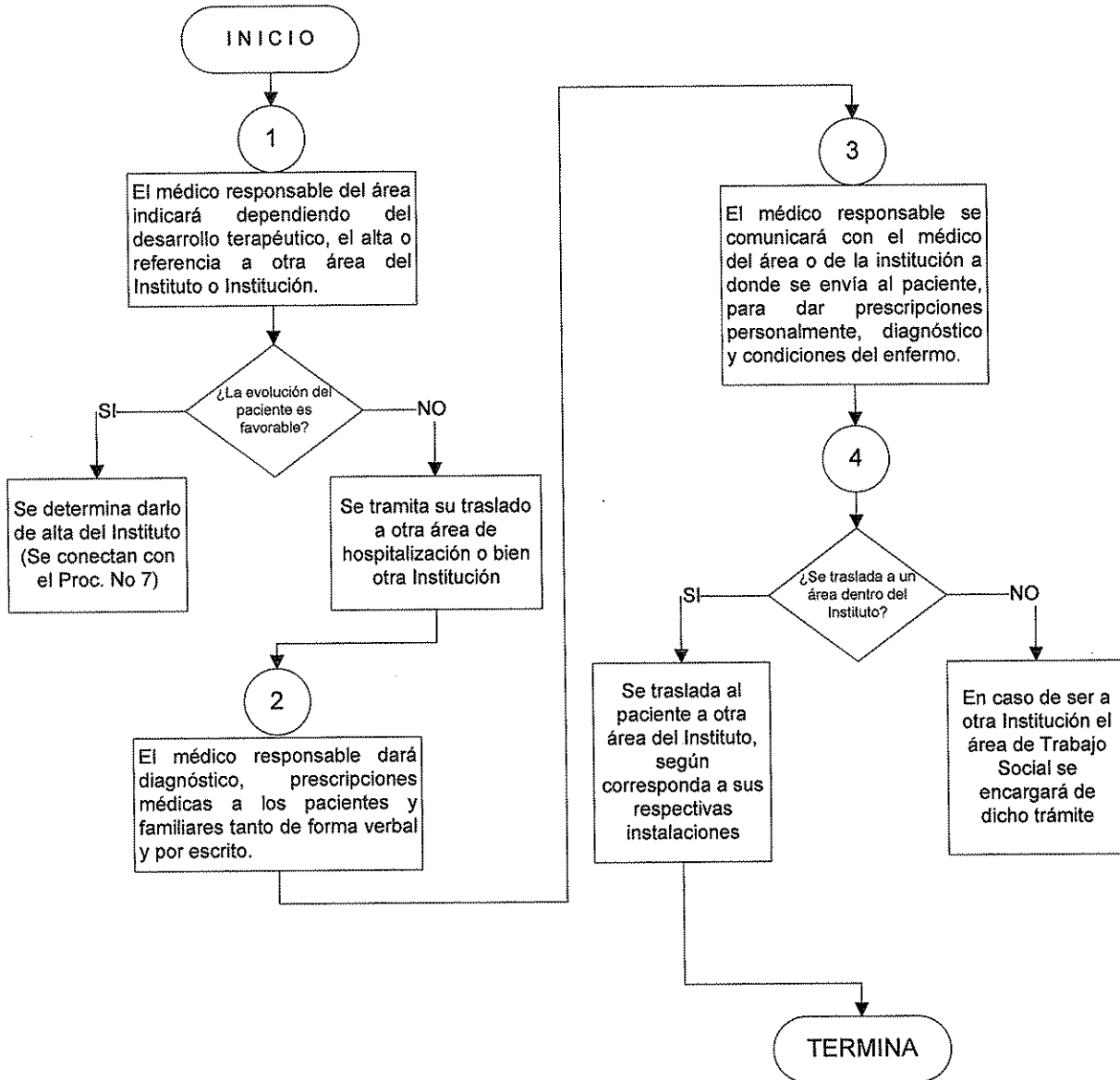


REV:

HOJA: 40

DE: 117

Departamento de Urgencias



CONTROL DE EMISIÓN

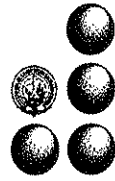
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

7.- Procedimiento para la salida de pacientes en urgencias



REV:

HOJA: 41

DE: 117

7.- PROCEDIMIENTO PARA LA SALIDA DE PACIENTES EN URGENCIAS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

7.- Procedimiento para la salida de pacientes en urgencias



REV:

HOJA : 42



DE: 117

Objetivo Especifico.

Facilitar y asegurar el cobro a los pacientes de los servicios recibidos.


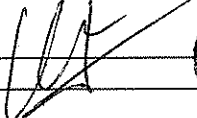
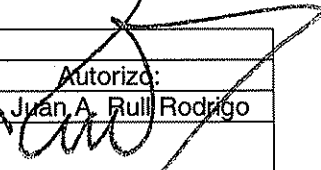
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Pail Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 43
	7.- Procedimiento para la salida de pacientes en urgencias		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Los pacientes deberán acatar los lineamientos necesarios para su estancia y/o permanencia en el servicio.
2. El familiar y/o responsable del paciente deberá dejar en la entrada, con el personal de vigilancia una identificación vigente para poder obtener el préstamo del gafete de urgencias.
3. Solo una familiar o responsable del paciente podrá estar en la sala de espera de urgencias con su debida identificación.
4. Las consultas de urgencias deberán pagarse en la caja de cobro que está dentro de esta área.
5. Si la evaluación de tamizaje da como resultado que el paciente no califica para ser atendido en el servicio, el dinero pagado por la consulta deberá ser devuelto, de acuerdo al procedimiento.
6. Solo el médico responsable del área de urgencias podrá firmar el recibo de cobro para la devolución del pago ya efectuado por concepto de consulta.
7. Toda atención médica amerita el cobro del servicio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Méndez	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

7.- Procedimiento para la salida de pacientes en urgencias



REV:

HOJA: 44

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias (enfermera)	1	Entrega el formato de cargos de urgencias y las recetas al personal administrativo presente en la barra, o en su caso comprobante de pago firmado par su devolución.
Sección de cuentas corrientes (personal administrativo de la barra)	2	Recibe los documentos y en su caso registra los cargos en el sistema.
	3	Informa al familiar, responsable o paciente del saldo que debe pagar o recuperar en la caja de urgencias.
Familiar responsable o paciente	4	Acude a la caja de urgencias para liquidar o recuperar el saldo.
Departamento de tesorería (cajero)	5	Confirma el nombre del paciente y/o No. de registro.
	6	<p>¿El paciente tiene saldo a favor?</p> <p>SI: Regresa el dinero.</p> <p>NO: Continúa el proceso.</p> <p>¿El paciente tiene forma de liquidar la cuenta total o parcialmente?</p> <p>SI: Cobra el importe del saldo y entrega recibo.</p> <p>NO: Se le pide al paciente que firme el pagaré y entrega contraseña.</p> <p>En ambas líneas se informa que deben pasar con el personal administrativo de la barra.</p>
Familiar responsable o paciente	7	Acude con el personal administrativo que se encuentra en la barra y muestra comprobantes de pago o contraseña de pagaré.
Sección de cuentas corrientes (personal administrativo de la barra)	8	Verifica los comprobantes de pago y entrega receta e indicaciones médicas.
	9	Muestra el recibo o contraseña para su salida al personal de vigilancia.
Vigilancia	10	<p>Verifica que la fecha del recibo coincida con la fecha de salida del paciente y regresa la identificación del familiar, responsable o paciente.</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO.</p>

CONTROL DE EMISIÓN

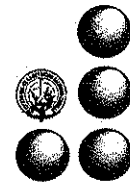
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

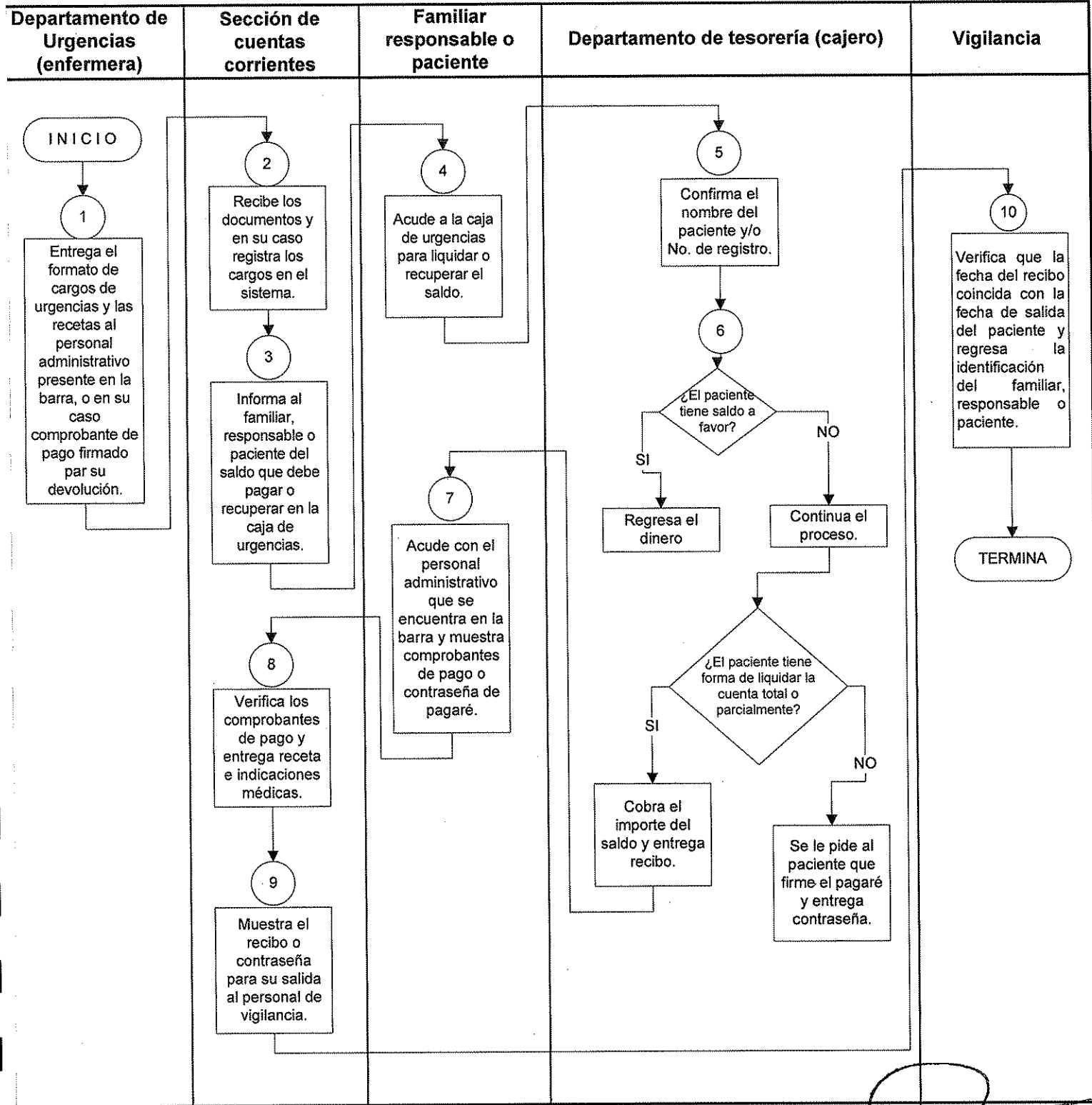
7.- Procedimiento para la salida de pacientes en urgencias



REV:

HOJA: 45

DE: 117



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

8.- Procedimiento para la higiene de las manos





REV:

HOJA: 46

DE: 117

8.- PROCEDIMIENTO PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

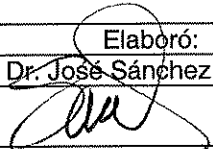
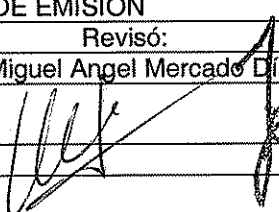
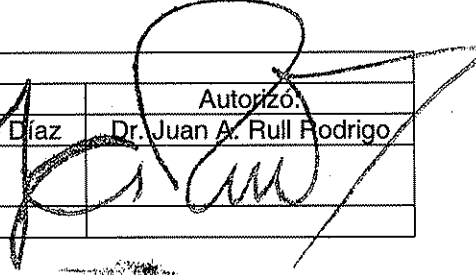
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 47
	8.- Procedimiento para la higiene de las manos		DE: 117



Objetivo Especifico.

Reducir la cantidad de microorganismos que se encuentran en las manos para evitar su diseminación en pacientes, medicamentos, heridas, instrumental y superficies del ambiente.

Impedir la transmisión de agentes infecciosos multirresistentes:

- Staphylococcus metilino-resistente
- Pseudomonas aeruginosa multirresistente*
- Enterococcus vancomicina-resistente*

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 48
	8.- Procedimiento para la higiene de las manos		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

El Procedimiento con agua, jabón y toallas desechables se debe realizar:

1. Al iniciar la jornada laboral.
2. Cuando las manos estén visiblemente manchadas con líquidos corporales (sangre o secreciones).
3. Antes y después de realizar procedimientos invasivos.
4. Después de atender a pacientes con aislamiento de contacto y gotas.
5. Antes y después de utilizar guantes.
6. Antes y después de utilizar el sanitario.

El Procedimiento con sustancias a base de alcohol (alcohol-gel) se aplica en las siguientes situaciones:

7. Cuando las manos no están visiblemente sucias (en ocasiones en que no se observe sangre o secreciones).
8. Antes de tocar la piel intacta.
9. Antes de realizar procedimientos no invasivos.
10. Inexistencia de lavabos, agua, jabón o toallas desechables en el área.


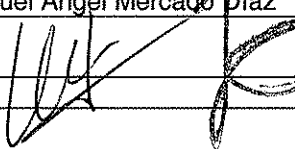
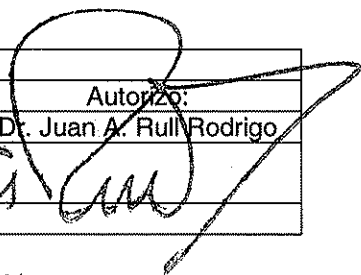
Información importante


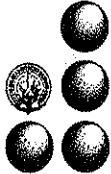
- La piel alberga normalmente microorganismos (flora residente).
- Las manos participan en el mecanismo de transmisión de estos microorganismos.

Flora residente

Colonización en procedimientos invasivos

- *Staphylococcus epidermidis*
- *Difteroides*

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA : 49
	8.- Procedimiento para la higiene de las manos		DE: 117

Información Importante

La piel de las manos puede contaminarse con la flora del ambiente hospitalario (flora transitoria) por contactos diversos:

- Pacientes infectados.
- Instrumental, equipos y material.
- Personal médico y de enfermería

Flora transitoria

- *Staphylococcus aureus*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Acinetobacter*
- *Enterobacter*
- *Enterococcus*

La falta de higiene en las manos puede ocasionar:

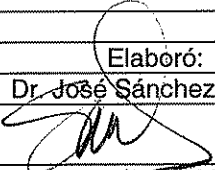
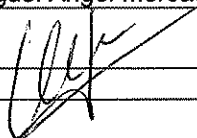
- Bacteremia
- Infección del vías urinarias
- Infección del sitio quirúrgico
- Infección de tejidos blandos
- Neumonía nosocomial

La higiene de las manos, se puede realizar de manera efectiva, usando dos métodos:

- Con agua, jabón y toallas desechables.
- Con sustancias a base de alcohol (gel o crema en concentraciones al 70%).

Factores que influyen en la eficacia de lavado de manos

- Cantidad adecuada de jabón o preparaciones de alcohol que se aplica en las manos.
- El tiempo en que se realiza el lavado cubriendo todas las áreas de las manos.
- En su caso, el tiempo de contacto con la piel de la preparación de alcohol.

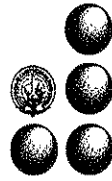
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

8.- Procedimiento para la higiene de las manos





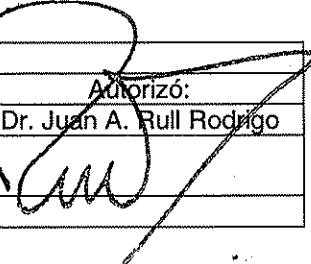
REV:


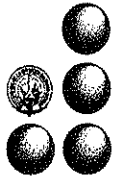
HOJA: 50

DE: 117

Recomendaciones

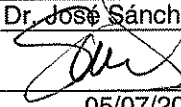
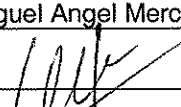
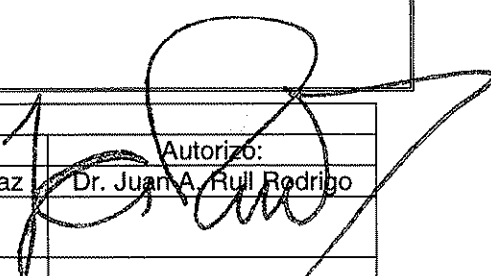
- Mantenga una buena hidratación de la piel de las manos y evite lesiones (dermatitis).
- Las uñas de sus manos no deberán exceder 0.5 cm.
- Evite utilizar uñas artificiales durante la atención de pacientes, ya que son un reservorio potencial de microorganismos.
- El uso de guantes no substituye el lavado de manos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 51
	8.- Procedimiento para la higiene de las manos		DE: 117

Procedimiento con agua, jabón y toallas desechables.

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal Médico, Paramédico y afín.	1	Humedezca sus manos con agua.
	2	Aplíquese aproximadamente 3 ml. de jabón líquido en las manos.
	3	Frote vigorosamente sus manos 10 segundos, iniciando por las palmas, continúe con los dorsos, y los espacios interdigitales, sin olvidar el dedo pulgar y las uñas; termine lavando sus muñecas.
	4	Enjuague sus manos siguiendo los mismos pasos, hasta eliminar completamente el jabón.
	5	Tome una toalla de papel y con ella cierre las llaves, evite tocar la llave con sus manos.
	6	Tome dos toallas de papel desechable; seque primero una mano, doble las toallas y seque la otra mano.
	7	Deseche las toallas en el recipiente de basura indicado. FIN DEL PROCEDIMIENTO.

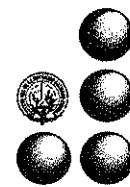
CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

8. Procedimiento para la higiene de las manos (con agua, jabón y toallas desechables)

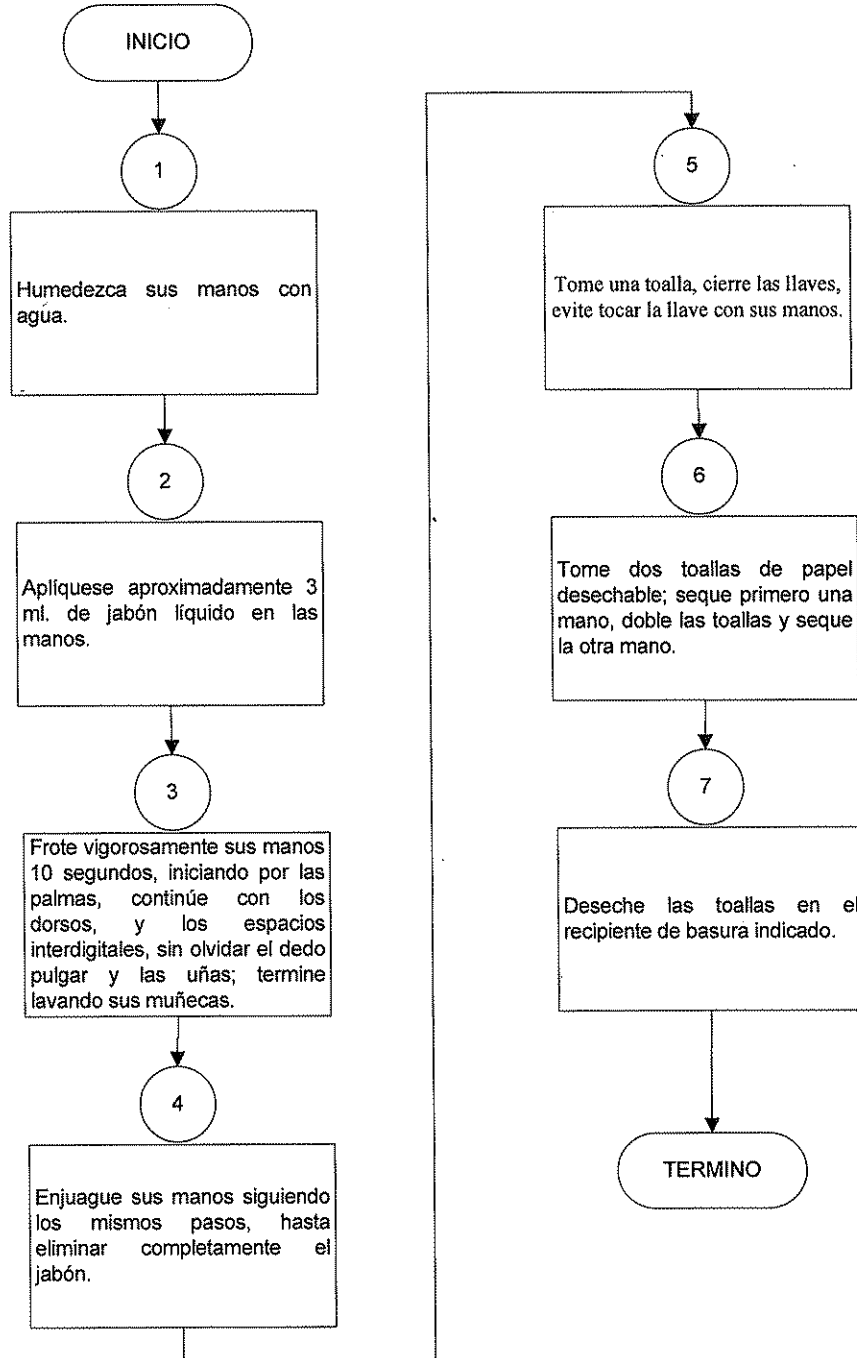


REV:

HOJA: 52

DE: 117

Personal Médico, Paramédico y afín.



CONTROL DE EMISIÓN

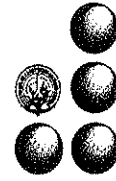
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

8.- Procedimiento para la higiene de las manos



REV:

HOJA: 53

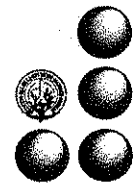
DE: 117

Procedimiento con sustancias a base de alcohol (alcohol-gel).

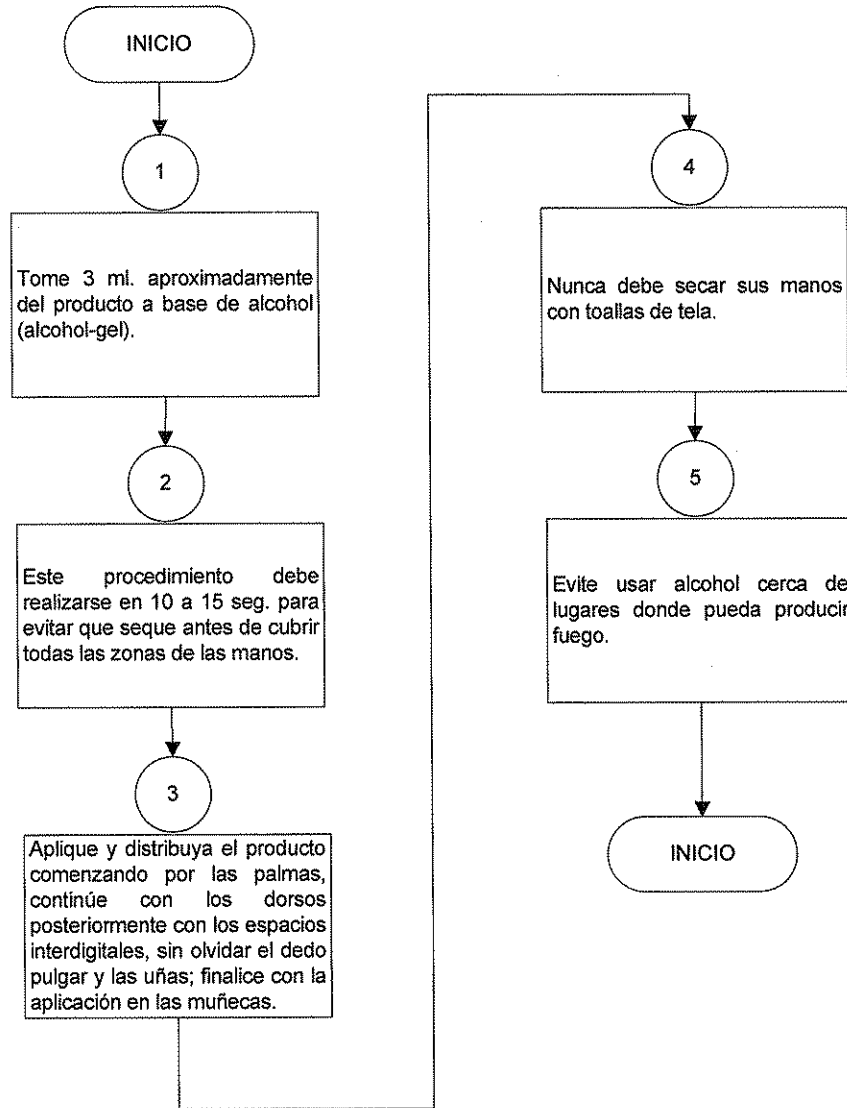
UNIDAD QUE INTERVIENE	NUMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal Médico, Paramédico y afín.	1	Tome 3 ml. aproximadamente del producto a base de alcohol (alcohol-gel).
	2	Este procedimiento debe realizarse en 10 a 15 seg. para evitar que seque antes de cubrir todas las zonas de las manos.
	3	Aplice y distribuya el producto comenzando por las palmas, continúe con los dorsos posteriormente con los espacios interdigitales, sin olvidar el dedo pulgar y las uñas; finalice con la aplicación en las muñecas.
	4	Nunca debe secar sus manos con toallas de tela.
	5	Evite usar alcohol cerca de lugares donde pueda producir fuego. FIN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Pull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



Personal Médico, Paramédico y afin.



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

9.- Procedimiento para el resguardo de pertenencias





REV:

HOJA: 55

DE: 117

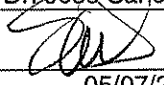
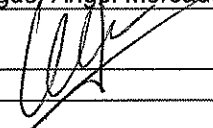
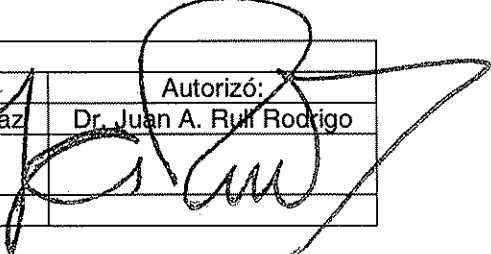
9.- PROCEDIMIENTO PARA EL RESGUARDO DE PERTENENCIAS


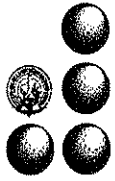
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 56
	9.- Procedimiento para el resguardo de pertenencias		DE: 117

Objetivo Especifico.

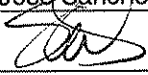
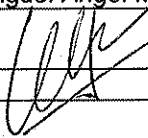
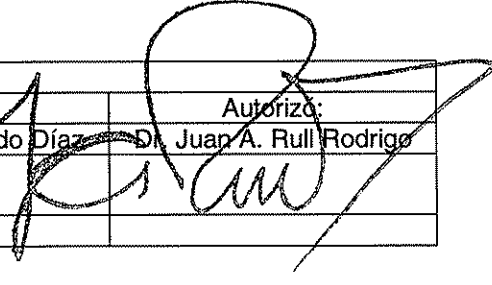
Asegurar en un lugar adecuado las pertenencias de los pacientes que no llegan acompañados, así como su entrega a los familiares.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Dfaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 57
	9.- Procedimiento para el resguardo de pertenencias		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Al momento de retirarle las pertenencias al paciente, deberá estar presente el familiar y la enfermera.
2. En caso de llegar el paciente solo, deberá estar presente una enfermera y personal de vigilancia al momento de retirarle las pertenencias.
3. La enfermera es la persona indicada para retirar las pertenencias de los pacientes.
4. La enfermera es la responsable de levantar el inventario de pertenencias de los pacientes.
5. El familiar es la primera persona responsable de custodiar las pertenencias del paciente.
6. Cuando no se encuentre el familiar, vigilancia es la encargada de resguardar las pertenencias de los pacientes.
7. Al momento de entregar las pertenencias, se deberá recabar el acuse de recibo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

9.- Procedimiento para el resguardo de pertenencias



REV:

HOJA: 58

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias (enfermería)	1	¿Se encuentra el familiar y/o responsable del paciente del paciente? Si Personal de enfermería le entrega un inventario y las pertenencias del paciente (pasa a la actividad No. 2) No Personal de enfermería le entrega las pertenencias del paciente y un inventario de las mismas al personal de vigilancia (pasa a la actividad No. 3)
Familiar y/o responsable del paciente	2	El familiar y/o responsable del paciente firma de acuse en el inventario en el que se hace responsable de los valores del paciente. (FIN DEL PROCEDIMIENTO)
Vigilancia	3	Personal de vigilancia recibe las pertenencias del paciente y sella de acuse de recibo.
	4	Personal de vigilancia almacena las pertenencias en un lugar seguro, hasta la solicitud de las mismas.
	5	Personal de vigilancia entrega las pertenencias a solicitud de los familiares y/o responsables del paciente quienes revisan y firman de conformidad. FIN DEL PROCEDIMIENTO.

CONTROL DE EMISIÓN

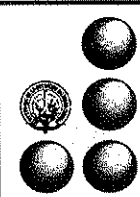
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



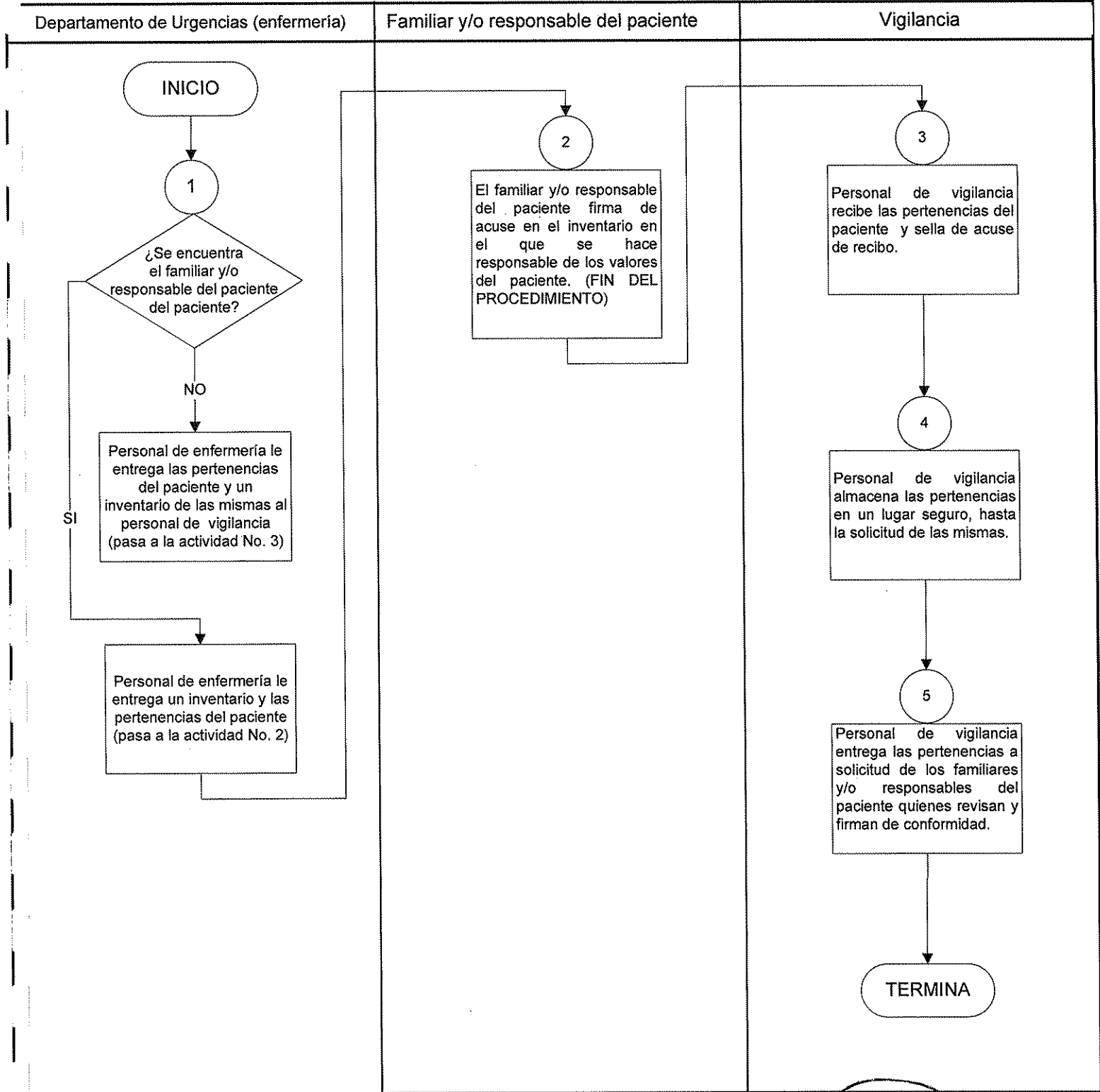
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

9.- Procedimiento para el resguardo de pertenencias



REV:
HOJA: 59
DE: 117



CONTROL DE EMISIÓN

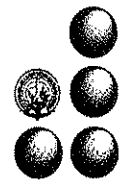
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

10.- procedimiento para verificar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas, en las actividades realizadas por cada servicio



REV:
HOJA: 60
DE: 117

10.- PROCEDIMIENTO PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS, EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR CADA SERVICIO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 61
	10.- procedimiento para verificar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas, en las actividades realizadas por cada servicio		DE: 117

Objetivo Específico.

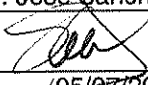
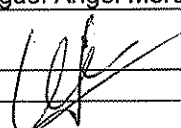
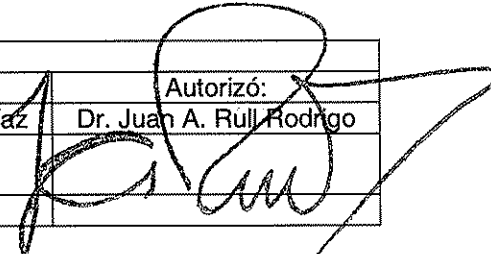
Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente y que sea de competencia institucional.

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruff Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 62
	10.- procedimiento para verificar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas, en las actividades realizadas por cada servicio		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Se deberán definir que normatividad le es aplicable al instituto.
2. Solo se verificará el cumplimiento de las normas que impacten en la operación del Instituto con relación a la atención médica y la seguridad.
3. Se deberá mantener una revisión constante de la normatividad emergente para identificar las nuevas obligaciones legales para el Instituto.
4. Se realizará un programa anual para la evaluación del cumplimiento de la normatividad.
5. Se dará seguimiento a la evaluación otorgando un periodo de tiempo necesario para poder cubrir las deficiencias.
6. En caso de incumplimiento por deficiencias estructurales se avisara a las autoridades con la finalidad de que se integren a los programas de inversión y obra del instituto.
7. Se darán a conocer al Comité de Calidad y áreas involucradas los informes y avances de las revisiones realizadas para cumplir con la normatividad vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

10.- procedimiento para verificar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas, en las actividades realizadas por cada servicio



REV:

HOJA: 63

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinación de Calidad	1	Define el universo de normas
	2	Define los instrumentos de evaluación
	3	Determina un programa de trabajo
	4	Elabora y envía escrito al área correspondiente informando que habrá revisión de normas.
Área	5	Recibe el escrito de notificación.
Coordinación de Calidad	6	Realiza visita al área para verificar el cumplimiento de la norma
Área	7	Elabora el informe respectivo y lo presenta al área
	8	Recibe informe de la Coordinación de Calidad
Coordinación de calidad	9	¿Cumple? Si Emite reporte al Comité de Calidad (Fin del Procedimiento) No Área se compromete a cumplir con las observaciones en un lapso de tiempo determinado por la misma
Área	10	Avisa a la Coordinación de Calidad el cumplimiento de las observaciones hasta la conclusión de las mismas.
Coordinación de Calidad	11	Una vez que se hayan atendido las observaciones emite el reporte correspondiente para el Comité de Calidad FIN DEL PROCEDIMIENTO.

CONTROL DE EMISIÓN

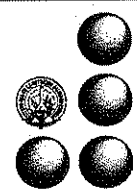
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

10.- Procedimiento para verificar el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas, en las actividades realizadas por cada servicio



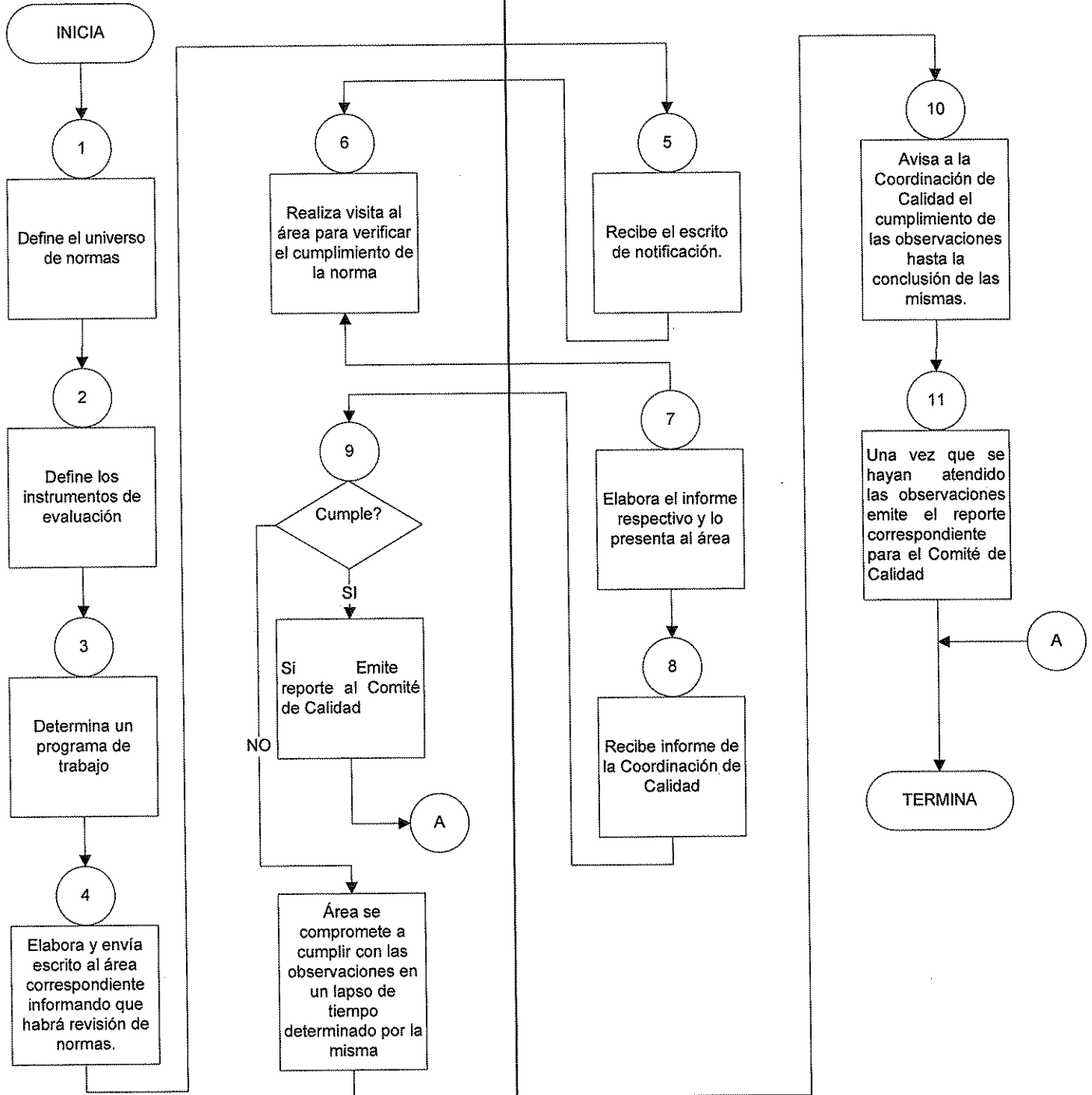
REV:

HOJA: 64

DE: 117

Coordinación de Calidad

Área



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

11.- procedimiento para asegurar que todo paciente a quien se le realice un método de diagnóstico invasivo ha sido informado del mismo, de sus riesgos y ha autorizado a través de un formato de consentimiento informado específico



REV:

HOJA: 65

DE: 117

11.- PROCEDIMIENTO PARA ASEGURAR QUE TODO PACIENTE A QUIEN SE LE REALICE UN MÉTODO DE DIAGNÓSTICO INVASIVO HA SIDO INFORMADO DEL MISMO, DE SUS RIESGOS Y HA AUTORIZADO A TRAVÉS DE UN FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

11.- procedimiento para asegurar que todo paciente a quien se le realice un método de diagnóstico invasivo ha sido informado del mismo, de sus riesgos y ha autorizado a través de un formato de consentimiento informado específico



REV:


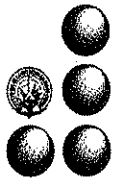
HOJA: 66

DE: 117

Objetivo Específico.

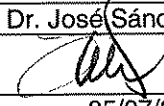

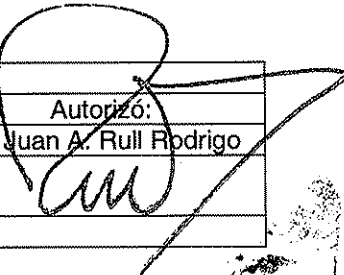
Asegurarse que el paciente tiene la información necesaria antes de que se le realice un procedimiento intervencionista, que conozca los beneficios potenciales así como las posibles complicaciones que se pueden presentar de acuerdo con la complejidad del procedimiento y la condición del propio paciente, a través de un formato destinado para este fin en el que se haga patente la autorización del paciente para la realización del mismo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 67
	11.- procedimiento para asegurar que todo paciente a quien se le realice un método de diagnóstico invasivo ha sido informado del mismo, de sus riesgos y ha autorizado a través de un formato de consentimiento informado específico		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. No se podrá realizar ningún procedimiento intervencionista sin la autorización expresa del paciente
2. El Departamento de Urgencias, recabará el formato de consentimiento informado de cualquier paciente, en el cual se haya considerado previa evaluación del equipo médico, la posibilidad de realizar un procedimiento intervencionista con fines diagnósticos y/o terapéuticos.
3. El médico responsable de la realización del procedimiento informara al paciente de los beneficios potenciales de ésta técnica, así como sus complicaciones potenciales (más del 1% de la población).
4. El médico responsable de la realización del procedimiento intervencionista siempre preguntará al paciente si la información proporcionada sobre la realización del procedimiento fue clara, en términos de su total comprensión o bien si existiera alguna duda, pregunta o aclaración. En caso de existir duda, ésta deberá ser resuelta de forma clara y concisa, antes de obtener el consentimiento.
5. Una vez solucionadas las dudas del paciente el médico responsable de realizar el procedimiento y con la presencia de dos testigos, firmará el formato especial destinado para este fin el cual es denominado "consentimiento informado ".
6. La firma de dos testigos es necesaria invariablemente.
7. Todos los formatos de consentimiento informado deberán cumplir con la normatividad vigente.
8. Podrán existir formatos de consentimiento abiertos o predeterminados.
9. El Consentimiento Informado, una vez firmado se anexará al expediente del paciente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

11.- procedimiento para asegurar que todo paciente a quien se le realice un método de diagnóstico invasivo ha sido informado del mismo, de sus riesgos y ha autorizado a través de un formato de consentimiento informado específico



REV:

HOJA: 68

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Departamento de Urgencias	1	El médico adscrito determinará la realización de un procedimiento intervencionista.
	2	El médico adscrito le explicará al paciente detalladamente los beneficios y complicaciones potenciales (mayores al 1%)
	3	El médico adscrito verifica que el paciente efectivamente haya comprendido cabalmente la información.
Paciente	4	El paciente esclarece sus dudas, en su caso, y acepta que se le aplique el procedimiento.
	5	El paciente y dos testigos firman el consentimiento informado. FIN DEL PROCEDIMIENTO.

CONTROL DE EMISIÓN

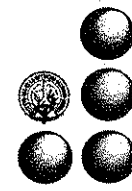
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Párr. Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

11.- procedimiento para asegurar que todo paciente a quien se le realice un método de diagnóstico invasivo ha sido informado del mismo, de sus riesgos y ha autorizado a través de un formato de consentimiento informado específico



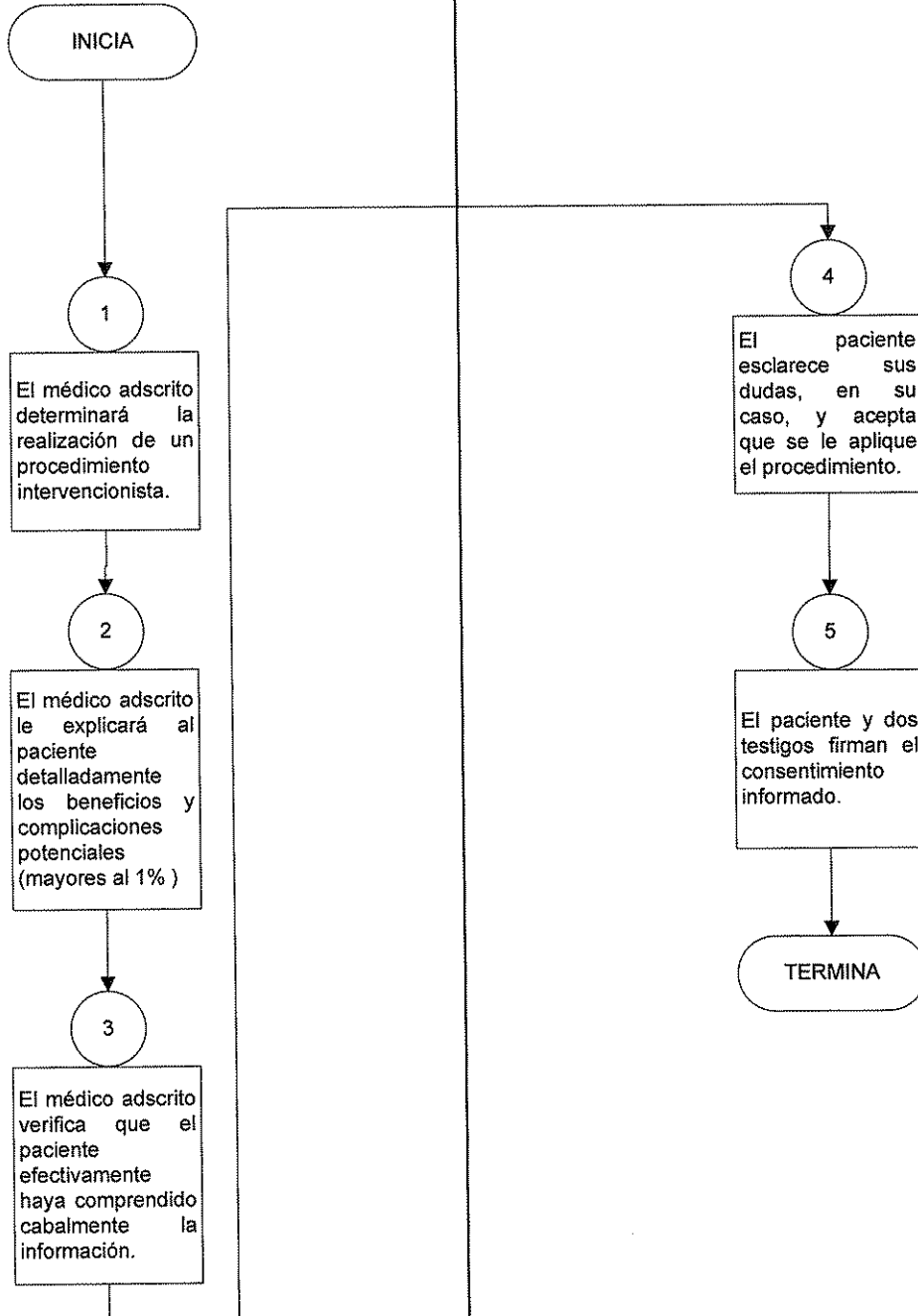
REV:

HOJA: 69

DE: 117

Departamento de Urgencias

Paciente



CONTROL DE EMISIÓN

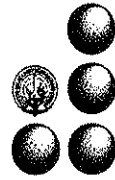
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos



REV:


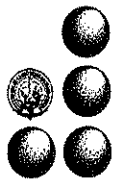
HOJA: 70

DE: 117

12.- PROCEDIMIENTOS PARA LA GENERACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y ENVASADO DE RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS


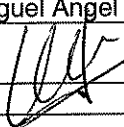
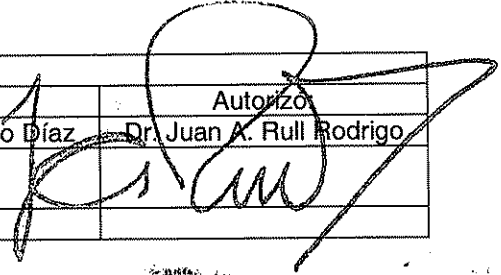
CONTROL DE EMISIÓN


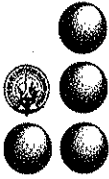
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 71
	12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos		DE: 117

Objetivo Específico.

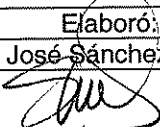
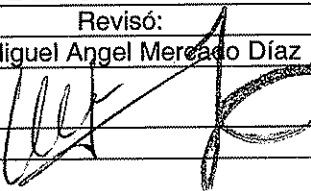
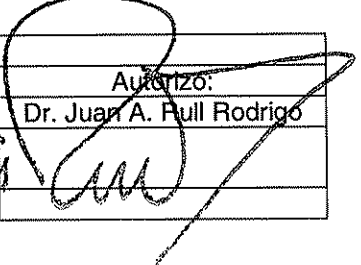
Llevar a cabo las acciones que permitan realizar de manera eficiente y oportuna, la generación, identificación y envasado de los residuos peligrosos biológico-infecciosos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 72
	12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

- 1 Las áreas generadoras deben nombrar un responsable del manejo de los residuos biológico infecciosos.
- 2 El generador es responsable de los residuos hasta su disposición final.
- 3 El personal generador de residuos debe identificarlos y separarlos según su tipo, clasificación según la Norma Oficial NOM 087 ECOL-SSA1 2002.
- 4 El personal generador debe depositar o verter los residuos dentro del los contenedores y bolsas que les correspondan según su tipo y características, ver la Norma Oficial NOM 087 ECOL-SSA1 2002..
- 5 El personal generador no debe mezclar los residuos infecciosos con los municipales o de manejo especial a hora de envasarlos.
- 6 Para el área de hospitalización es necesario que los médicos hagan los procedimientos de los pacientes dentro del cuarto de procedimientos o acompañados del carro de curaciones, para poder separar la basura correctamente.
- 7 Todo el personal involucrado en la generación de residuos Peligrosos, es responsable desde su generación hasta su disposición final.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos



REV:

HOJA: 73

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal generador (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Químicos Fármaco biólogos)	1	Genera el residuo
	2	Identifica el tipo de residuo: Biológico-Infecciosos: Sangre y sus componentes, cultivos o cepas de agentes infecciosos, no anatómicos, patológicos y Punzocortantes.
	3	<p>Separa el residuo y los deposita dentro de su envase correspondiente por su tipo y/o clasificación, según la NOM 087-ECOL- SSA1 2002 o les da tratamiento en el sitio.</p> <p>Los envasa según norma: Residuos de sangre y sus componentes en forma líquida, cultivos y cepas de agentes infecciosos y no anatómicos en bolsa color roja. Residuos patológicos en bolsa amarilla y, residuos punzocortantes en contenedores rígidos para punzocortantes.</p> <p>Tratamiento en el sitio: Sangre líquida y sus componentes se pueden tratar con hipoclorito de sodio u otro desinfectante que garantice la eliminación de agentes infecciosos. Cultivos y sepas de agentes infecciosos, se pueden tratar en autoclave</p> <p>FIN DEL PROCEDIMIENTO</p>

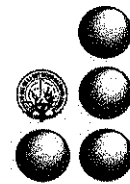
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos

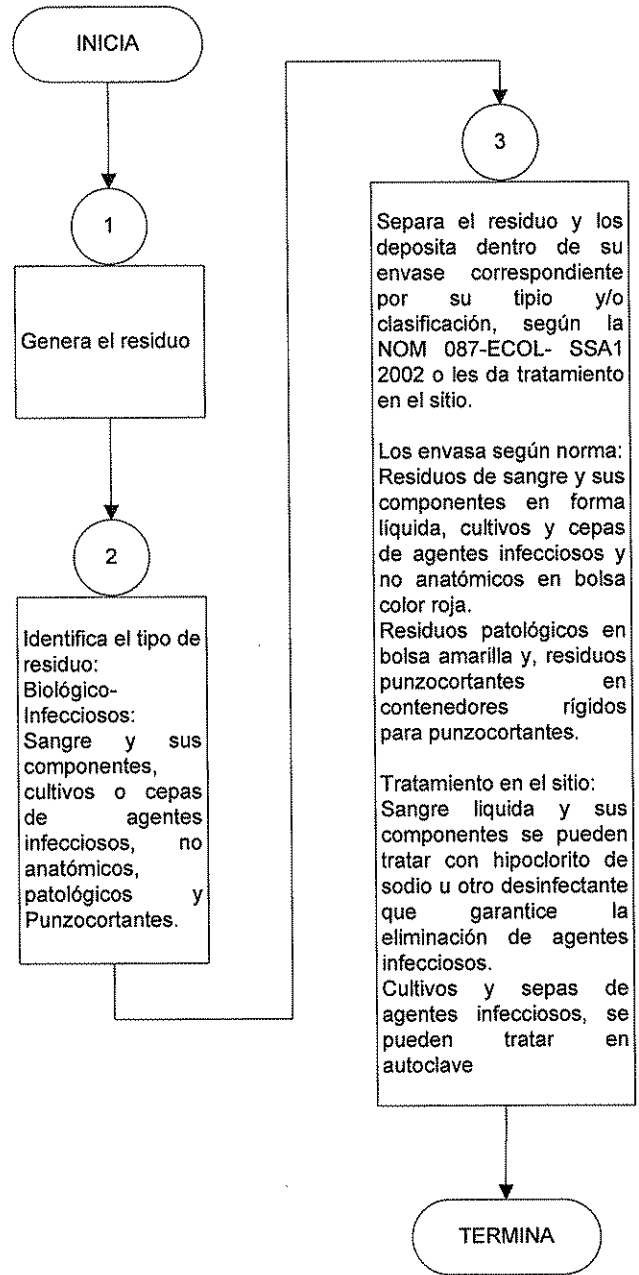


REV:

HOJA: 74


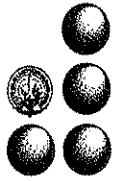
DE: 117

Personal generador (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Químicos Fármaco biólogos)



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizo
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 75
	12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos		DE: 117

IDENTIFICACIÓN SEGÚN LA NOM 087 ECOL – SSA1 2002

Los residuos biológico – infecciosos se clasifican y se identifican de la siguiente manera

1.- La sangre.

1.1 La sangre y los componentes de ésta, sólo en su forma líquida, así como los derivados no comerciales, incluyendo las células progenitoras, hematopoyéticas y las fracciones celulares o acelulares de la sangre resultante (hemoderivados)

Sangre y sus componentes como:

- a) Sangre fresca.
- b) Componentes (o fracciones) celulares que se preparan como concentrados de:
 - Eritrocitos (y variantes tales como eritrocitos pobre en leucocitos y eritrocitos congelados y desglicerolados mediante lavado).
 - Leucocitos
 - Plaquetas
- c) Componentes (o fracciones) acelulares son:
 - Plasma (que podrá ser: envejecido, fresco, fresco congelado y desprovisto de crioprecipitado)

Fracciones de plasma (como por ejemplo, crioprecipitado)


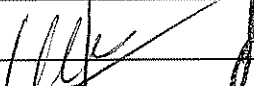

2.- Los cultivos y cepas de agentes biológico- infecciosos


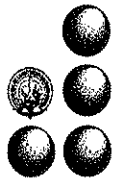
- 2.1 Los cultivos generados en los procedimientos de diagnóstico e investigación, así como los generados en la producción y control de agentes biológico – infecciosos.
- 2.2 Utensilios desechables usados para contener, transferir, inocular y mezclar cultivos de agentes biológico– infecciosos.

Cultivos y cepas como:

Existen diferentes tipos de medios como son:

- a) Selectivos
- b) Selectivos de enriquecimiento
- c) Diferenciales
- d) Para cultivar gérmenes anaeróbicos
- e) Para medir la potencia de los antibióticos
- f) De transporte
- g) Para filtración a través de membrana
- h) Especiales para cultivo de hongos y levaduras
- i) Especiales para cultivo de protozoarios

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 76
	12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos		DE: 117

Material desechable para transferir, inocular o mezclar muestras como:

- a) Isopos
- b) Palillos
- c) Gasas
- d) Puntas de plástico
- e) Cajas de Petri desechables con medios de cultivos
- f) Cajas de Petri desechables que contengan medios de cultivo con algún agente infeccioso.
- g) Todo el material desecado de los laboratorios nivel 3 en donde se maneje virus o bacterias de extrema peligrosidad para el ser humano (tuberculosos)
- h) Equipo de protección utilizado para manipular algún cultivo de agentes infecciosos y/o sepas de virus o bacterias manipuladas en un laboratorio nivel 3.

3.- Los patológicos



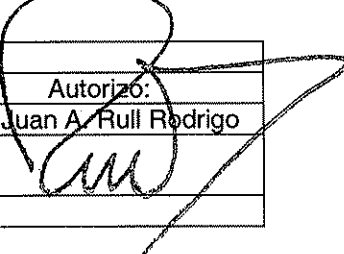
- 3.1 Los tejidos, órganos y partes que extirpan o remueven durante las necropsias, la cirugía o algún otro tipo de intervención quirúrgica, que no se encuentren en formol.
- 3.2 Las muestras biológicas para análisis químico, microbiológico, citológico e histológico, excluyendo orina y excretas.
- 3.3 Los cadáveres y partes anatómicas que fueron inoculados con agentes enteropatógenos en centros de investigación y bioterio.


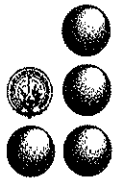
Patológicos como

- a) Muestras biológicas para análisis químicos, microbiológicos, citológicos o histológicos
- b) Semen
- c) Exudados faringeos
- d) Biopsias
- e) Cadáveres de animales (perros, gatos, ratones, ratas, gerbos, conejos) utilizados para investigación que fueron inoculados con algún agente infecciosos
- f) Partes anatómicas amputadas después de una cirugía.
- g) Partes de tejidos y órganos extraídos después de una cirugía

4.- Los no anatómicos

- 4.1 Los recipientes desechables que contengan sangre líquida.
- 4.2 Los materiales de curación, empapados, saturados, o goteando sangre o cualquiera de los siguientes fluidos corporales: líquido sinovial, líquido pericárdico, líquido pleural, líquido céfalo-raquídeo o líquido peritoneal.
- 4.3 Los materiales desechables que contengan esputo, secreciones pulmonares y cualquier material usado para contener éstos, de pacientes con sospecha o diagnóstico de tuberculosis o de otra enfermedad infecciosa según sea determinado por la SSA mediante memorándum interno o el Boletín Epidemiológico.
- 4.4 Los materiales desechables que estén empapados, saturados o goteando sangre, o secreciones de pacientes con sospecha de diagnóstico de fiebres hemorrágicas, así como otras enfermedades infecciosas emergentes.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 77
	12.- Procedimientos para la generación, identificación y envasado de residuos biológico-infecciosos		DE: 117

No anatómicos como

En materiales desechables impregnados de 50 a 100% con sangre o sus componentes en forma líquida

Materiales desechables

- Compresas
- Gasas
- Isopos
- Bolsas impregnadas con sangre o sus componentes
- Sanitas
- Otro tipo de material

En recipientes desechables que contienen o contuvieron residuos de sangre líquida y/o sus componentes como:

Recipientes desechables

- Recéptales
- Tubos de ensaye de plástico
- Tubos para vacutainer
- Bolsas con sangre y sus componentes
- Venoclisis con sangre

5.- Los objetos punzocortantes.

5.1 Los que han estado en contacto con humanos o animales o sus muestras biológicas durante el diagnóstico y tratamiento, únicamente: tubos capilares, navajas, lancetas, agujas de jeringas desechables, agujas hipodérmicas, de sutura, de acupuntura y para tatuaje, bisturís y estiletes de catéter, excepto todo material de vidrio roto utilizado en el laboratorio, el cual deberá desinfectar o esterilizar antes de ser dispuesto como residuo municipal.

Inactivación


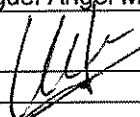
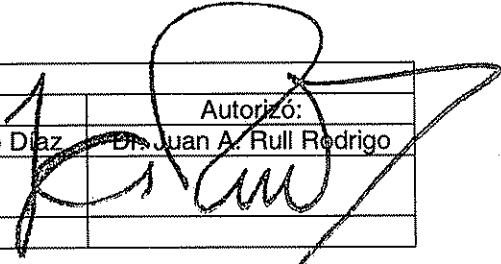
Se puede llevar a cabo mediante cualquiera de los métodos que se enlistan:



1. **Esterilización**, antes de su desecho a la corriente de recolección interna, utilizar un equipo para esterilizar el residuo líquido Biológico-Infecciosos tipo *sangre o sus componentes*, este equipo debe ser diseñado y utilizado en forma que garantice la destrucción de microorganismos contaminantes.

Las condiciones mínimas para una esterilización efectiva deberá ser la siguiente:


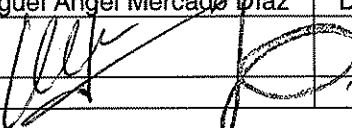
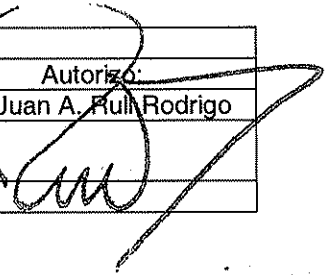
- a) A temperatura de 121.5 °C, a una presión de vapor de 15 atmósferas durante 20 minutos.
- b) Por calor seco a una temperatura de 170°C, durante 2 horas.

2. **Desinfección**, utilizar soluciones de hipoclorito de sodio con una concentración de 7 % de cloro libre, (porcentaje comercial), y que agregada en una porción tal a la sangre líquida o sus componentes, se logre una concentración final de cloro libre del 0.7 %, manteniéndose de esta manera durante 30 minutos previo a su desecho inactivándose y posteriormente vertiéndose al drenaje.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 78
	13. Procedimientos para la recolección de residuos en las áreas generadoras de residuos biológico-infecciosos		DE: 117

13. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE RESIDUOS EN LAS ÁREAS GENERADORAS DE RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

13. Procedimientos para la recolección de residuos en las áreas generadoras de residuos biológico-infecciosos



REV:



HOJA: 79

DE: 117

Objetivo Específico.


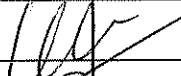
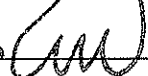
Llevar a cabo las acciones que permitan realizar de manera eficiente y oportuna, la recolección de residuos dentro de las áreas generadoras de los residuos peligrosos biológico-infecciosos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 80
	13. Procedimientos para la recolección de residuos en las áreas generadoras de residuos biológico-infecciosos		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. El personal encargado de la recolección en las áreas generadoras debe retirar las bolsas rojas, contenedores para punzocortantes una vez que estos están llenos a un 80% como máximo.
2. El personal encargado de la recolección de residuos en las áreas generadoras deben cerrar, rotular o etiquetar todos los envases o bolsas que el área genere.
3. El personal encargado de la recolección de residuos en las áreas generadoras no debe mezclar los envases con residuos infecciosos con los municipales o de manejo especial a la hora de recogerlos y llevarlos a los sépticos y/o almacenes de transferencia.
4. El personal encargado de la recolección de residuos en las áreas generadoras debe llevar los envases con residuos a los sépticos y/o almacenes de transferencia donde se hace la recolección interna de 05 a 10 minutos antes de la hora de la recolección.
5. El personal que interviene en la recolección de residuos en las áreas generadoras, no debe compactar, arrastrar, rasgar, golpear las bolsas que contengan residuos infecciosos.
6. El intendente o afanador no debe meter las bolsas rojas dentro del las transparentes.
7. Las bolsas rojas y transparentes siempre se manejan por separados aunque estén vacías.
8. El personal encargado de la recolección de residuos en el área tiene prohibido sacar la basura infecciosa de las bolsas transparentes
9. El personal encargado de la recolección de residuos en las áreas generadoras debe depositar las bolsas rojas y contenedores para punzocortantes dentro del contenedor rojo.
10. El personal encargado de la recolección de residuos en las áreas generadoras de residuos patológicos (bolsas amarillas) deben llevar estos al almacén temporal de residuos y disponerlos dentro del congelador ubicado en ese lugar.

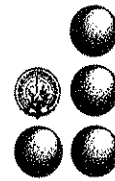
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

13. Procedimientos para la recolección de residuos en las áreas generadoras de residuos biológico-infecciosos



REV:

HOJA: 81

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Personal encargado de la recolección en las áreas de generación (afanadores e intendentes)	1	Recoge las bolsas rojas y contenedores para punzocortantes en las áreas generadoras una vez llenos al 80%.
	2	Cierra, rotula o etiqueta los envases con residuos.
	3	Lleva los envases con residuos (bolsas rojas, contenedores para punzocortantes) a los sépticos y/o almacenes de transferencia de 05 a 10 minutos antes de la hora de la recolección. Bolsa amarilla Las lleva directamente al almacén temporal de residuos, utilizando la ruta interna de recolección
	4	Deposita los residuos infecciosos dentro de los contenedores rojos (bolsas rojas y contenedores para punzocortantes). Bolsa amarilla La deposita dentro del congelador de cofre ubicado dentro del almacén temporal de residuos
	5	Cierra los contenedores rojos y congelador. FIN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN

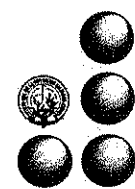
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

13. Procedimientos para la recolección de residuos en las áreas generadoras de residuos biológico-infecciosos

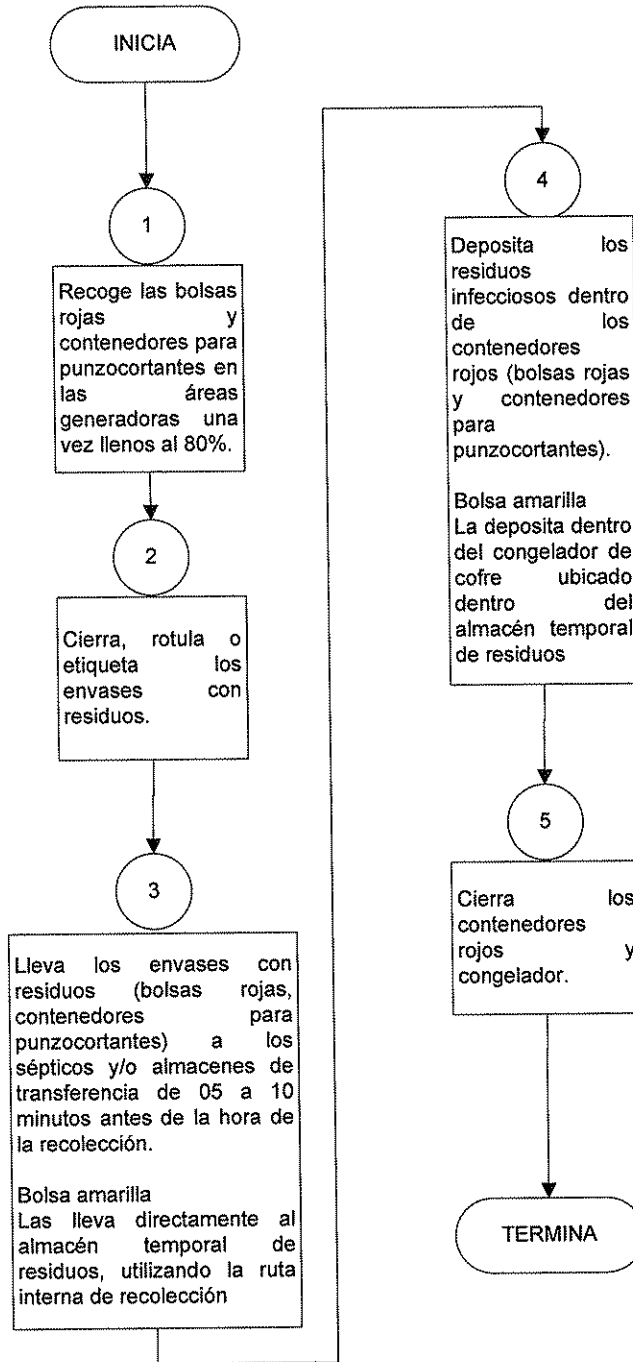


REV:

HOJA: 82


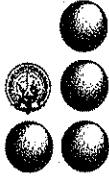
DE: 117

Personal generador (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Químicos Fármaco biólogos)


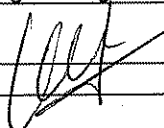
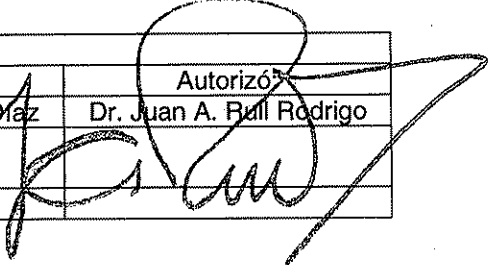




CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 83
	14.- Procedimiento para garantizar que el equipo contra incendios se encuentra en buen estado		DE: 117


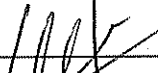
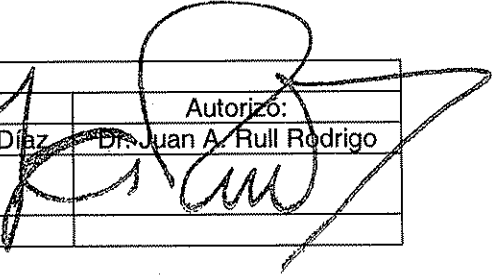
14.- PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR QUE EL EQUIPO CONTRA INCENDIOS SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 84
	14.- Procedimiento para garantizar que el equipo contra incendios se encuentra en buen estado		DE: 117

Objetivo Específico.

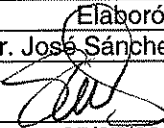
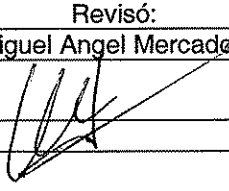
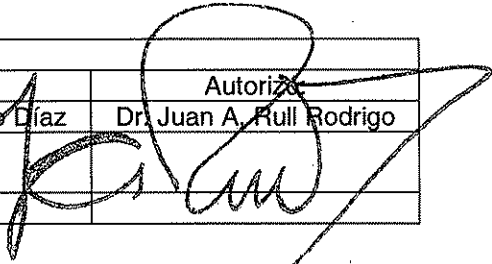
Garantizar que los equipos portátiles para combate de incendios se encuentren en los lugares adecuados, correspondan al tipo de riesgos probables y se encuentren en condiciones de operación adecuados en caso de una emergencia

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 85
	14.- Procedimiento para garantizar que el equipo contra incendios se encuentra en buen estado		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Cada Departamento o área deberá designar al menos un brigadista interno que se encargue de vigilar la aplicación de este procedimiento.
2. El personal asignado como brigadista deberá recibir capacitación en manejo de extintores.
3. La distancia mayor de cualquier punto a donde se encuentre un cilindro no debe exceder los 15 metros.
4. La asignación de los equipos cold fire se hará tomando en cuenta los siguiente criterios: En el área existen pacientes en condiciones de salud que no les permiten ser movilizados
5. Existen equipos que pueden verse afectados si se les aplica polvo químico seco.
6. Se manejan sustancias que no pueden sofocarse con PQS.
7. Cuando el fuego se disperse más allá del sitio donde se originó, el personal deberá salir inmediatamente del lugar y dirigirse al Centro de Mando para informar sobre la situación a la Unidad Interna de Protección Civil

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

14.- Procedimiento para garantizar que el equipo contra incendios se encuentra en buen estado



REV:

HOJA: 86

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinación para la identificación de riesgos/unidad interna de protección civil (UIPC)	1	Identifica el tipo de agente extintor necesario.
UIPC-área/brigadistas internos (BI)	2	Definen el lugar específico donde se colocará el equipo tomando en cuenta el espacio y diseño del área.
Departamento de Mantenimiento	3	Coloca y señala el equipo.
Sección de Vigilancia	4	Entrega los extintores ¿El equipo es PQS? Si El resguardo es por parte de vigilancia ¿El-equipos es cold FIRE? Si El resguardo es por parte del Área
Área/Departamento/BI	5	Vigilan que los equipos estén accesibles evitando obstrucción con mobiliario u otro tipo de materiales.
Jefe de Departamento/ Brigadistas Internos	6	Vigilan que los equipos no sean retirados innecesariamente o por personal no autorizado Equipos de PQS: Solo la sección de vigilancia podrá retirarlos para recarga. Cold Fire: Nadie debe retirarlos
Brigadistas Internos	7	Verifican la presión en los cilindros con manómetro integrado
	8	Sacuden al menos una vez cada dos meses los equipos de PQS para evitar que el contenido se apelmace.
Jefe de Departamento/ Brigadistas Internos	9	Reportan cualquier anomalía en el equipo, fundamentalmente variaciones de la presión en los equipos.
Sección de Vigilancia	10	Se encarga de supervisar la recarga de los equipos de PQS al menos una vez al año. FIN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN

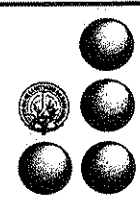
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



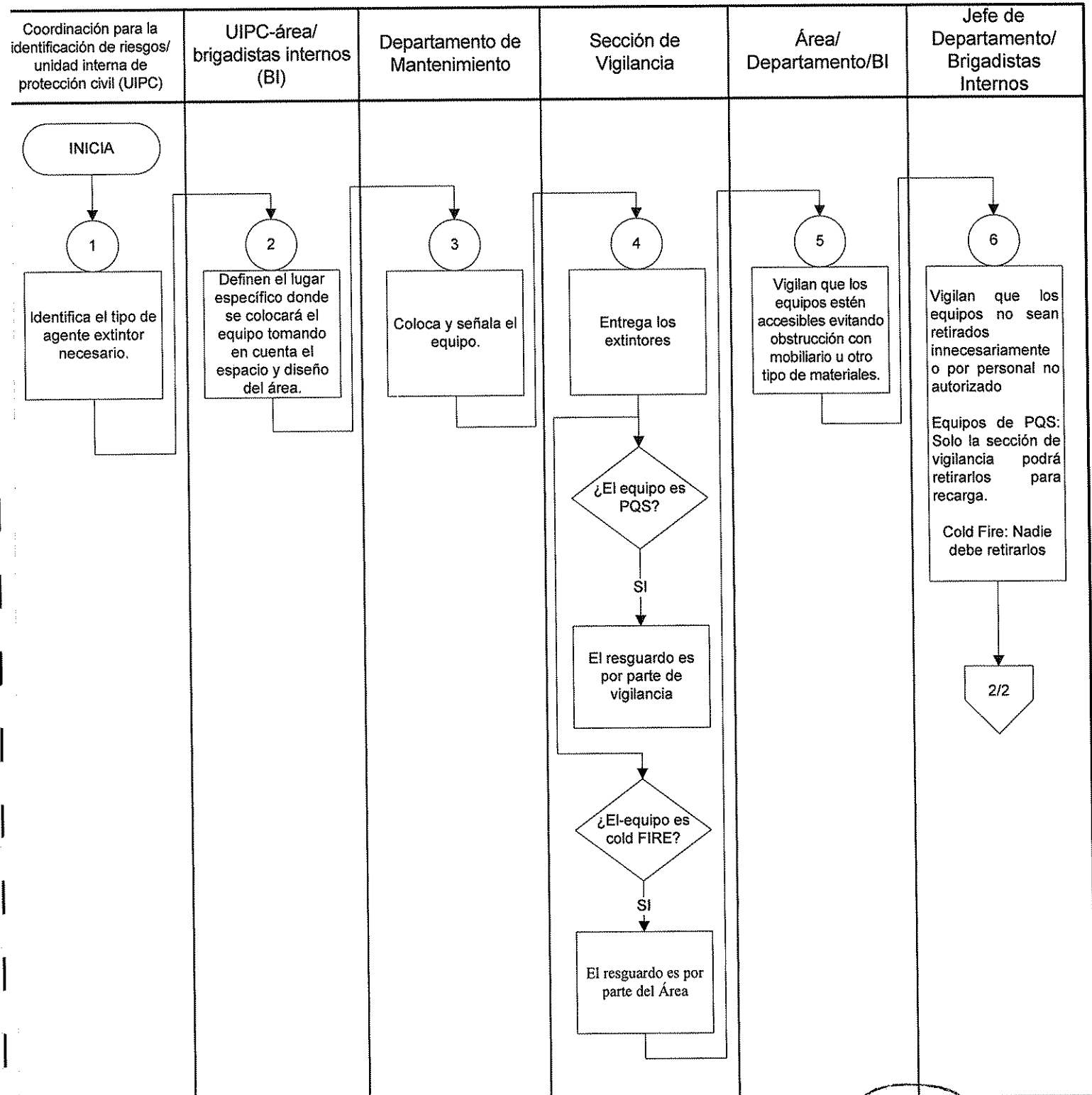
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

14.- Procedimiento para garantizar que el equipo contra incendios se encuentra en buen estado



REV:
HOJA: 87
DE: 117



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Radiología e Imagen

15.- Procedimiento para garantizar que el equipo contra incendios se encuentra en buen estado

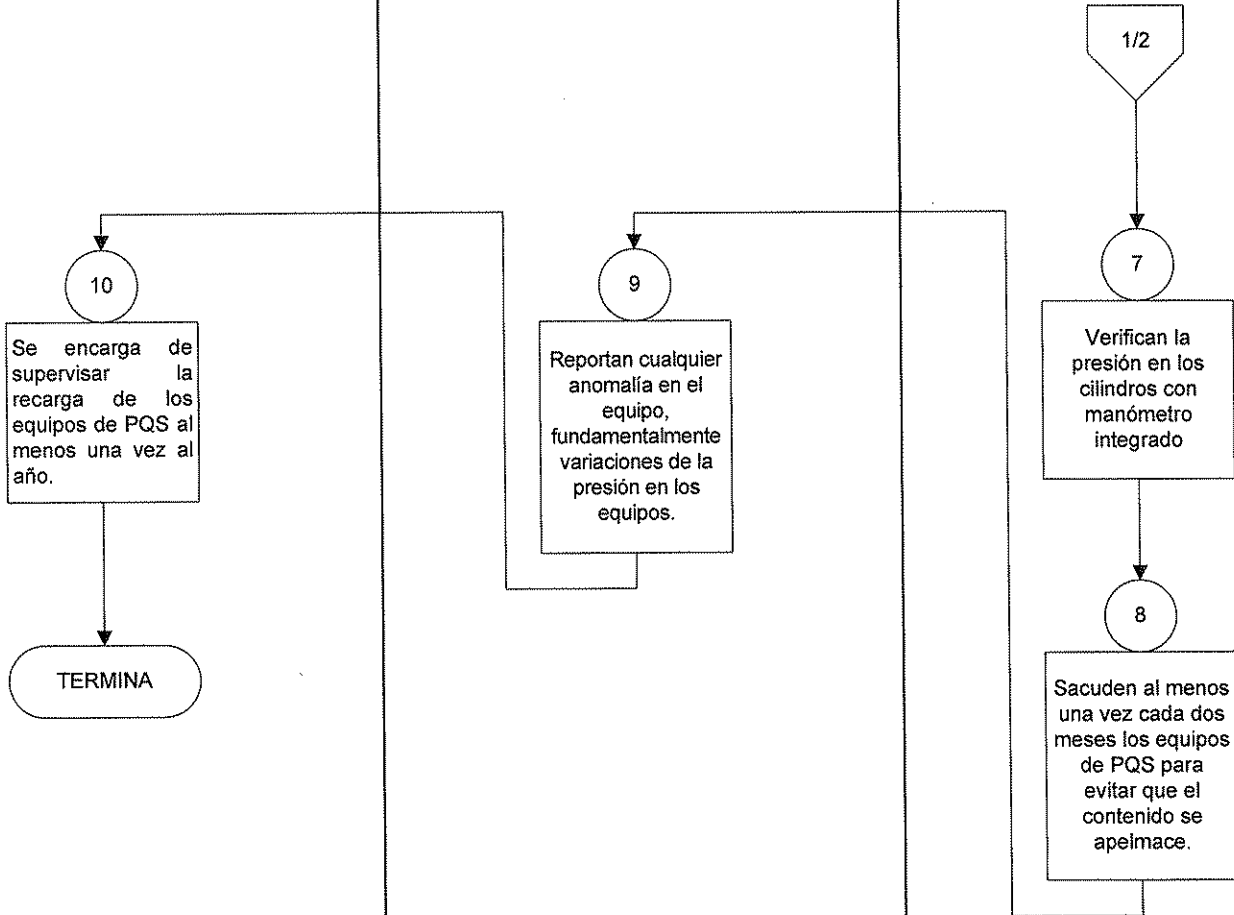


REV:
HOJA: 87 bis
DE: 117

Sección de Vigilancia


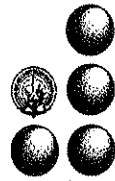
Jefe de Departamento/ Brigadistas Internos

Brigadistas Internos

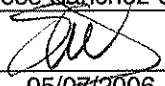
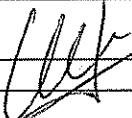
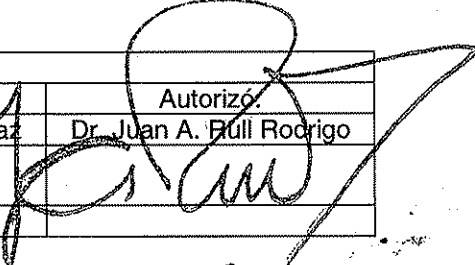



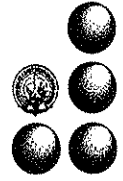
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006	05/07/2006	05/07/2006

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 88
	15.- Procedimiento para evacuación en caso de sismo		DE: 117


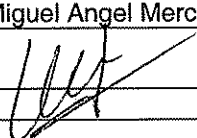
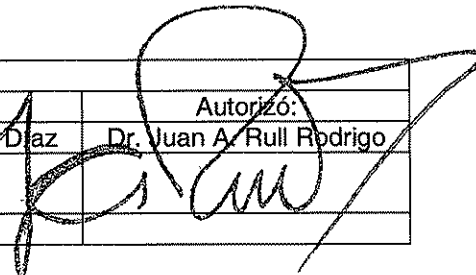
15.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE SISMO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 89
	15.- Procedimiento para evacuación en caso de sismo		DE: 117

Objetivo Específico.

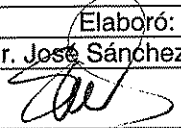
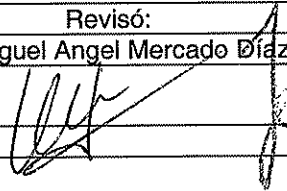
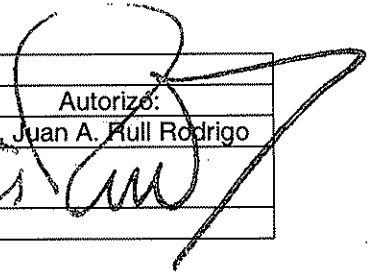
Salvaguardar la vida y proteger la integridad física del mayor número de personas que se encuentran presentes en el área durante el sismo y posterior a la ocurrencia del mismo.



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 90
	15.- Procedimiento para evacuación en caso de sismo		DE: 117


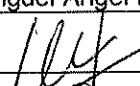
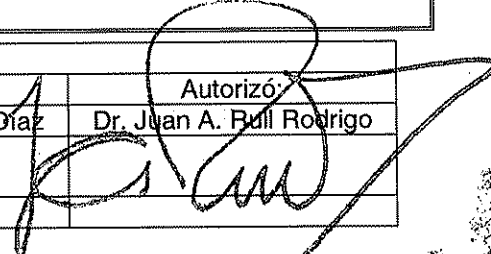
Políticas y/o Normas de Operación.

Ningún miembro del área deberá transmitir información al exterior. La información sobre los incidentes del sismo se hará a través del Brigadista de Comunicación quién solamente dará información al personal de Vigilancia, que a su vez, la transmitirá al centro de mando de la Unidad Interna de Protección Civil.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 91
	15.- Procedimiento para evacuación en caso de sismo		DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe de Brigada de Protección Civil	1	Alerta del sismo
Todo el personal	2	Se reúne en la zona de menor riesgo interna del área
Jefe de Brigada de Protección Civil	3	Toma el mando.
	4	Se activo la alarma sísmica Si. Solicita información al médico responsable, respecto de los pacientes que no pueden evacuar y del personal médico que permanece con ellos. No. Ordena la posición de resguardo a todo el personal en la zona de menor riesgo interna del área.
Médico responsable	5	Informa al Jefe de Brigada de Protección Civil que pacientes no pueden abandonar el área y que médicos y enfermeras permanecen con ellos.
Jefe de Brigada de Protección Civil	6	Ordena las acciones a seguir.
	7	El tiempo de evacuación es menor a cincuenta segundos Si. Ordena la evacuación de pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área y el resguardo de pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que permanecen en el área. No. Ordena la posición de resguardo de todo el personal en la zona de menor riesgo interna del área.
Médicos, enfermeras, pacientes y brigadistas que pueden abandonar el área	8	Evacuan de forma ordenada, sin gritar, sin correr y sin usar elevadores, por la ruta de evacuación preestablecida.
	9	Hay riesgo de permanecer en el área Si. Médicos, enfermeras y brigadistas abandonan el área. No. Todos permanecen en la zona de menor riesgo interna.
	10	Se reúnen en la zona de menor riesgo externa del Instituto.
	11	Se reportan con el Brigadista de Comunicación del área.
Brigadista de Comunicación del área	12	Reporta incidencias al personal de vigilancia.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

15.- Procedimiento para evacuación en caso de sismo



REV:

HOJA: 92

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médicos, enfermeras, pacientes y brigadistas que pueden abandonar el área	13	Esperan las indicaciones a seguir en la zona de menor riesgo externa del Instituto. Los que son brigadistas se reúnen en el Centro de Mando de la Unidad Interna de Protección Civil para ofrecer apoyo. FIN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

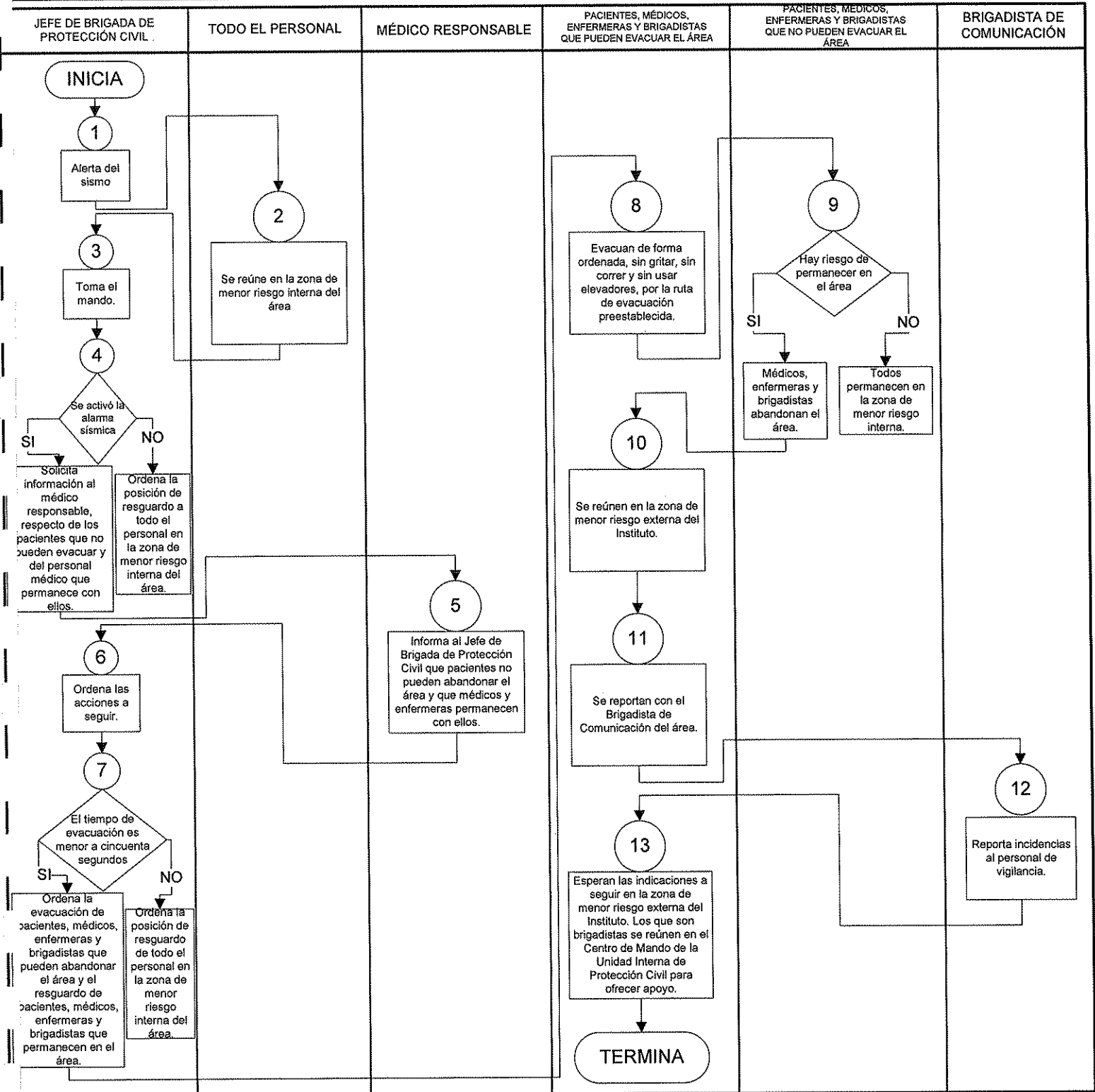
15.- Procedimiento para evacuación en caso de sismo



REV:



HOJA: 93

DE: 117



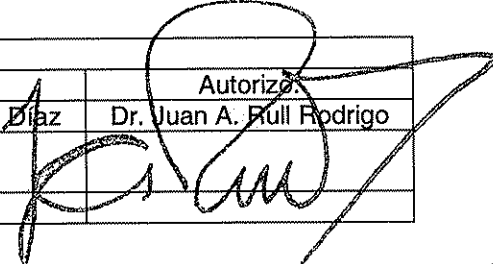



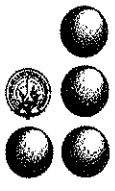
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 94
	16.- Procedimiento para evacuación en caso de incendio		DE: 117

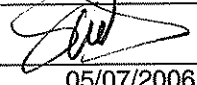

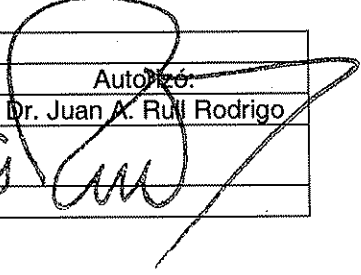
16.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE INCENDIO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 95
	16.- Procedimiento para evacuación en caso de incendio		DE: 117

Objetivo Específico.

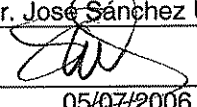

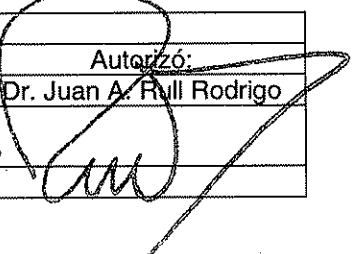
Salvaguardar la vida y proteger la integridad física del mayor número de personas que se encuentran presentes en el área donde se genera el incendio o en alguna área que pueda sufrir afectación por el mismo.

CONTROL DE EMISION			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 96
	16.- Procedimiento para evacuación en caso de incendio		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. Al menos una persona de cada área debe recibir capacitación en el manejo de extintores. Si el personal del área está dividido en turnos, una persona de cada turno debe estar capacitada para el uso del extintor.
2. El jefe de Brigada de Protección Civil del área es responsable de sacudir los extintores al menos una vez al mes para evitar que el polvo químico se apelmace.
3. Cuando el incendio se genera en otra área, pero existe el riesgo de que el fuego alcance la propia, se lleva a cabo la evacuación de las personas presentes en la misma, ya sean pacientes (únicamente se desalojan si los criterios médicos, establecidos por los médicos responsables de los mismos en ese momento, lo juzgan pertinente) familiares de los pacientes, proveedores o visitantes, así como los propios brigadistas de Protección Civil del área, excepto los de prevención y combate de Incendio.
4. Cuando el fuego alcanza el área y los brigadistas no pueden contener su propagación en los dos primeros minutos del mismo, se declara la evacuación total del área y todos desalojan la misma, siguiendo el procedimiento establecido previamente.
5. En caso de encontrarse en el área del incendio o en el área que pueda verse afectada por el mismo, los pacientes en estado delicado, evacuan solamente cuando el incendio ponga en mayor riesgo su integridad física que su propio padecimiento y que de acuerdo a los criterios médicos (establecidos por los médicos responsables de los pacientes en ese momento) lo juzguen pertinente.
6. Ningún miembro del área debe transmitir información al exterior. La información sobre los incidentes del incendio se hace a través del Brigadista de Comunicación quién solamente informa al personal de Vigilancia que a su vez, únicamente, transmite la información al centro de mando de la Unidad Interna de Protección Civil.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. Jose Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

16.- Procedimiento para evacuación en caso de incendio



REV:

HOJA: 97

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe de Brigada de Protección Civil	1	Alerta del incendio.
Todo el personal	2	Se reúne en la zona de menor riesgo interna del área. Los brigadistas de Protección Civil, primero, toman los extintores
Jefe de Brigada de Protección Civil	3	Toma el mando y ordena las acciones a seguir
Médico responsable	4	Informa al Jefe de Brigada de Protección Civil que pacientes no están en condiciones de evacuar y que médicos y enfermeras se quedan con ellos
Jefe de Brigada de Protección Civil	5	Ordena la evacuación de pacientes en condiciones de abandonar el área, médicos, enfermeras y brigadistas que los acompañan. Y, ordena el resguardo de pacientes que no están en condiciones de evacuar, de enfermeras, médicos y brigadistas que se quedan con ellos.
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden evacuar	6	Evacuan de forma ordenada, sin gritar, sin correr y sin usar elevadores, cubriéndose la boca y nariz con un pañuelo por la ruta de evacuación preestablecida. Médicos y enfermeras ayudan a los pacientes
	7	El incendio es controlado y no hay peligro de que se propague Si Enfermos, médicos, enfermeras y brigadistas esperan. No Médicos, enfermeras y brigadistas abandonan el área.
	8	Se reúnen en la zona de menor riesgo externa del Instituto.
	9	Se reportan con el Brigadista de Comunicación del área.
Brigadista de Comunicación	10	Reporta incidencias al personal de vigilancia
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden evacuar	11	Esperan las indicaciones a seguir en la zona de menor riesgo externa del Instituto. Los que son brigadistas se reúnen en el Centro de Mando de la Unidad Interna de Protección Civil para ofrecer apoyo FIN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

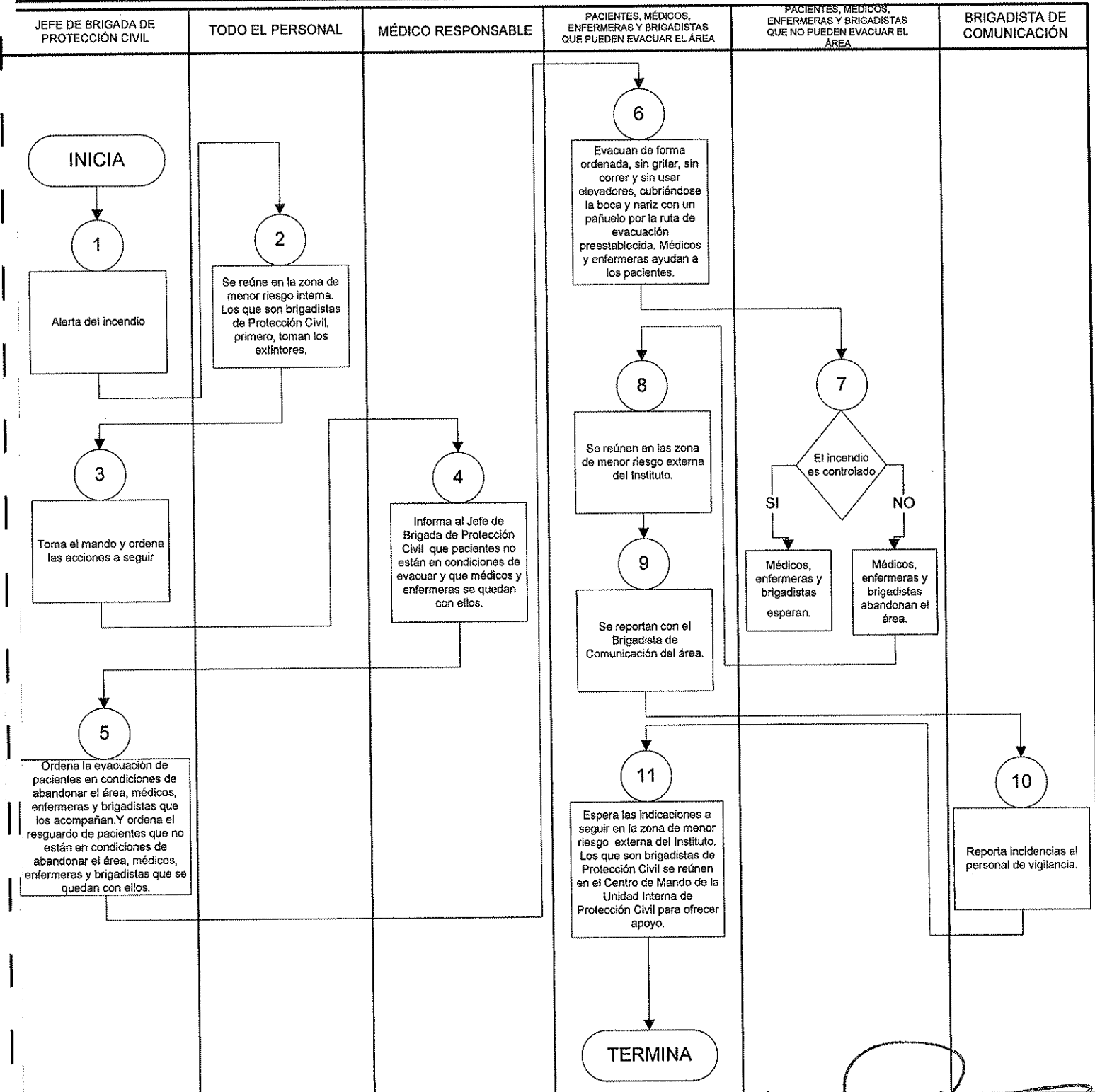
16.- Procedimiento para evacuación en caso de incendio



REV:


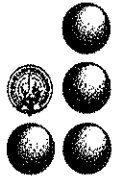
HOJA: 98

DE: 117

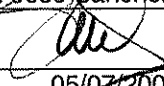
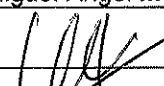
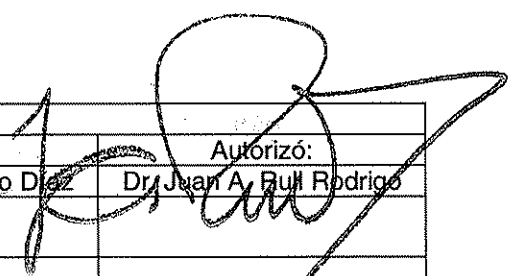



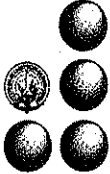
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 99
	17.- Procedimiento para evacuación en caso de bomba		DE: 117


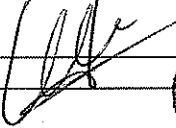
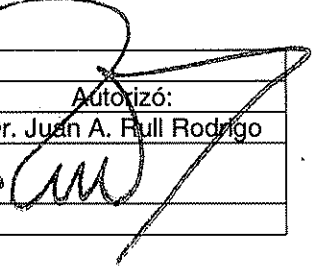
17.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE BOMBA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Diaz	Dr. Juan A. Ruiz Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 100
	17.- Procedimiento para evacuación en caso de bomba		DE: 117

Objetivo Específico.

Salvaguardar la vida y proteger la integridad física del mayor número de personas que se encuentran presentes en el área en caso de la existencia o de la probable presencia de una bomba.

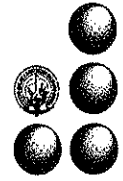
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

17.- Procedimiento para evacuación en caso de bomba


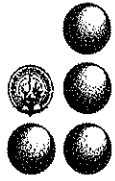


REV:
HOJA: 101
DE: 117

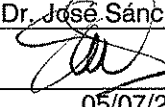
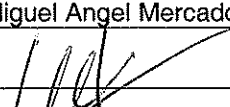
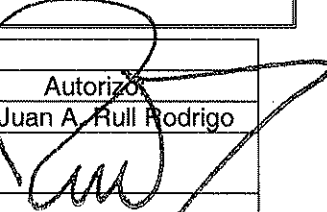
Políticas y/o Normas de Operación.

1. Ningún miembro del área deberá transmitir información al exterior.
2. La información sobre los incidentes de la amenaza de bomba, será a través del Brigadista de Comunicación quién solamente dará información al personal de Vigilancia, que a su vez, la transmitirá al centro de mando de la Unidad Interna de Protección Civil.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 102
	17.- Procedimiento para evacuación en caso de bomba		DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe de Brigada de Protección Civil	1	Alerta de la amenaza de bomba
Todo el personal del área	2	Se coloca en la zona de menor riesgo interna del área. Los que son brigadistas, primero, toman los extintores.
Jefe de Brigada de Protección Civil	3	Toma el mando.
Médico responsable	4	Le informa al Jefe de Brigada de Protección Civil que pacientes no pueden ser evacuados y los médicos y enfermeras que permanecen con ellos.
Jefe de Brigada de Protección Civil	5	Ordena la evacuación de pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área y el resguardo de pacientes, enfermeras, médicos y brigadistas que permanecen en el área.
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área	6	Evacuan de forma ordenada, sin gritar, sin correr y sin usar elevadores por la ruta de evacuación preestablecida. Médicos y enfermeras ayudan a los pacientes.
	7	Hay peligro al permanecer en el área. Si Médicos, Enfermeras y brigadistas abandonan el área No Esperan en el área hasta recibir indicaciones
	8	Se reúnen en las zonas de menor riesgo externa del Instituto.
	9	Se reportan con el Brigadista de Comunicación del área
Brigadista de Comunicación del área	10	Reporta incidencias al personal de vigilancia
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área	11	Esperan en la zona de menor riesgo externa del Instituto. Los que son brigadistas se reúnen en el Centro de Mando de la Unidad Interna de Protección Civil para ofrecer apoyo. FIN DEL PROCEDIMIENTO

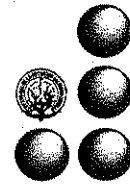
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

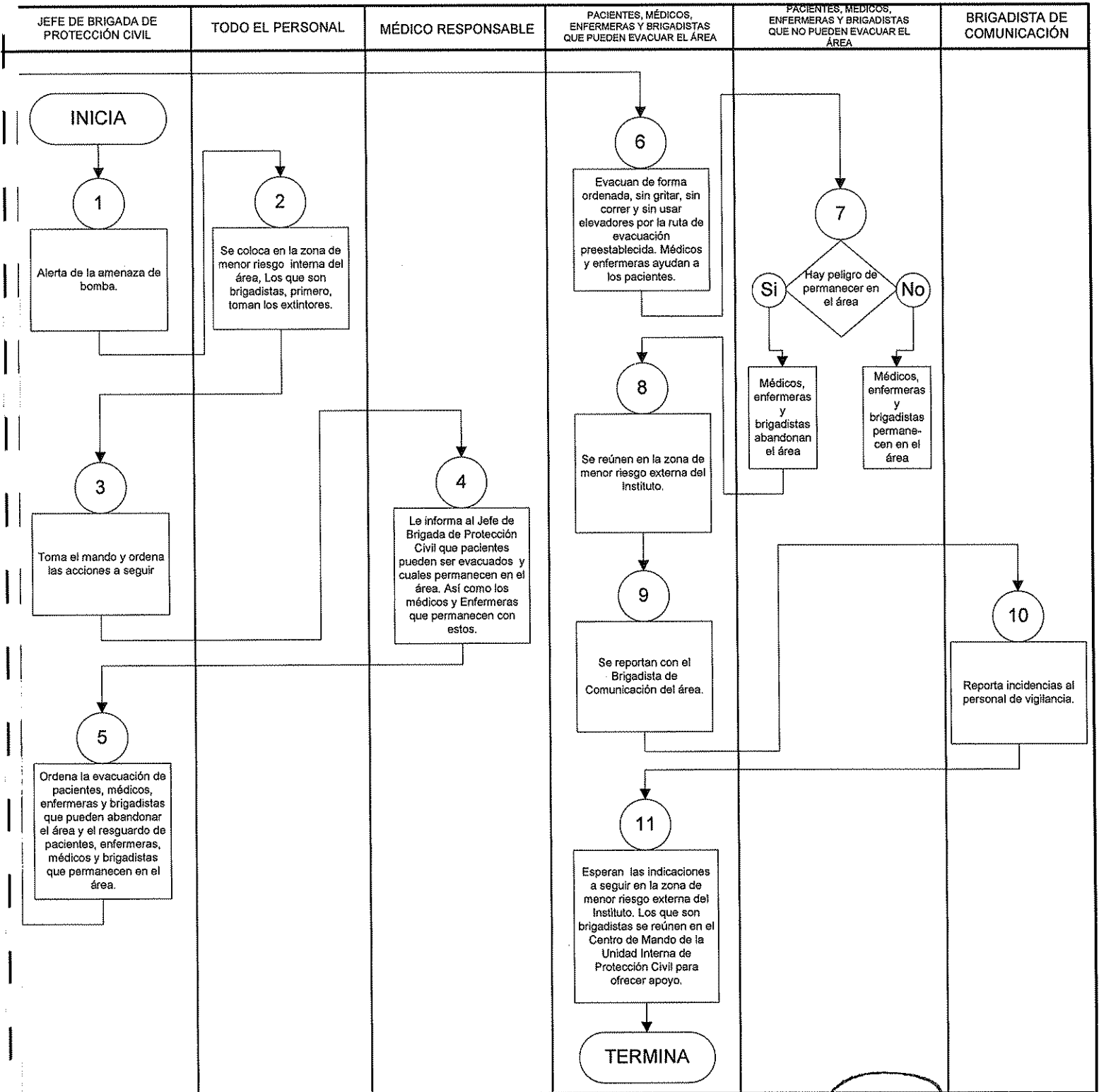
17.- Procedimiento para evacuación en caso de bomba



REV:


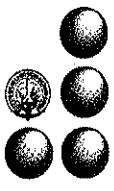
HOJA: 103

DE: 117

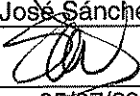

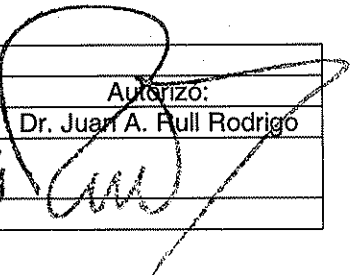



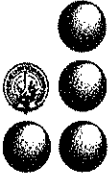
CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 104
	18.- Procedimiento para evacuación en caso de fuga de gas		DE: 117


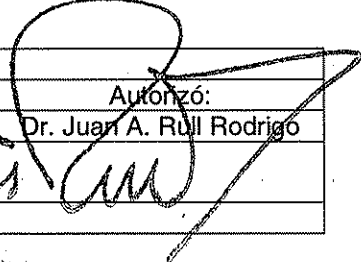
18.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE FUGA DE GAS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 105
	18.- Procedimiento para evacuación en caso de fuga de gas		DE: 117

Objetivo Específico.

Salvaguardar la vida y proteger la integridad física del mayor número de personas que se encuentran presentes en el área donde se genera la fuga de gas o en alguna área que pueda sufrir afectación por la misma.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

18.- Procedimiento para evacuación en caso de fuga de gas



REV:


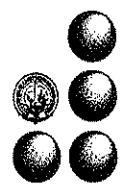
HOJA: 106

DE: 117

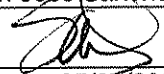
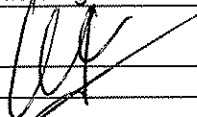
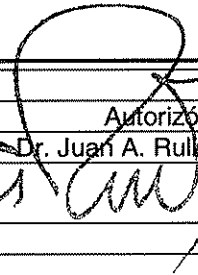
Políticas y/o Normas de Operación.

1. Al menos una persona de cada área debe recibir capacitación en el manejo de extintores. Si el personal del área está dividido en turnos, una persona de cada turno debe estar capacitada para el uso del extintor.
2. El jefe de Brigada de Protección Civil del área es responsable de sacudir los extintores al menos una vez al mes para evitar que el polvo químico se apelmace.
3. Cuando la fuga de gas se genera en otra área, pero existe el riesgo de que alcance la propia, se lleva a cabo la evacuación de las personas presentes en la misma, ya sean pacientes (únicamente se desalojan si los criterios médicos, establecidos por los médicos responsables de los mismos, lo juzgan pertinente) familiares de los pacientes, proveedores o visitantes, así como los propios brigadistas de Protección Civil del área.
4. Ningún miembro del área debe transmitir información al exterior. La información sobre los incidentes de la fuga de gas se hace a través del Brigadista de Comunicación, quién solamente informa al personal de Vigilancia, quien, a su vez transmite la información al Centro de Mando de la Unidad Interna de Protección Civil.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	03/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 107
	18.- Procedimiento para evacuación en caso de fuga de gas		DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe de Brigada de Protección Civil	1	Alerta de la fuga de gas.
Todo el personal	2	Revisa las llaves de gas o líneas de distribución.
	3	Desconecta y/o apaga los equipos que generan calor o flama.
	4	Abre puertas y ventanas
	5	Se colocan en la zona de menor riesgo interna del área, previamente establecida y señalada, para recibir indicaciones. Los que son brigadistas, primero, toman los extintores.
Jefe de Brigada de Protección Civil	6	Toma el mando.
Brigadista de comunicación	7	Llama al Departamento de mantenimiento y a la Caseta N° 1 ¿El olor persiste? Si Pasa a la actividad 8 No Fin de la emergencia
Jefe de Brigada de Protección Civil	8	Prepara evacuación
Médico responsable	9	Le informa al Jefe de Brigada de Protección Civil que pacientes no pueden evacuar y que médicos y enfermera permanecen con ellos.
Jefe de Brigada de Protección Civil	10	Ordena la evacuación de pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área y el resguardo de pacientes, enfermeras, médicos y brigadistas que permanecen en el área.
	11	Inicia la salida por la ruta preestablecida.
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área	12	Evacuan por la ruta de evacuación, previamente establecida, de forma ordenada, sin gritar, sin correr y sin usar elevadores, cubriéndose la boca y nariz con un pañuelo. Médicos y enfermeras ayudan a los pacientes.
	13	La fuga de gas es controlada Sí Regreso a las instalaciones. No Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que permanecieron en el área, salen.
	14	Se reúnen en la zona de menor riesgo externa del Instituto.
	15	Se reportan con el Brigadista de Comunicación.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull, Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

18.- Procedimiento para evacuación en caso de fuga de gas



REV:

HOJA: 108

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Brigadista de Comunicación	16	Reporta incidencias al personal de vigilancia.
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área	17	Esperan las indicaciones a seguir en la zona de menor riesgo externa del Instituto. Los que son brigadistas se reúnen en el Centro de Mando de la Unidad Interna de Protección Civil para ofrecer apoyo. FIN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN

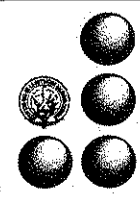
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



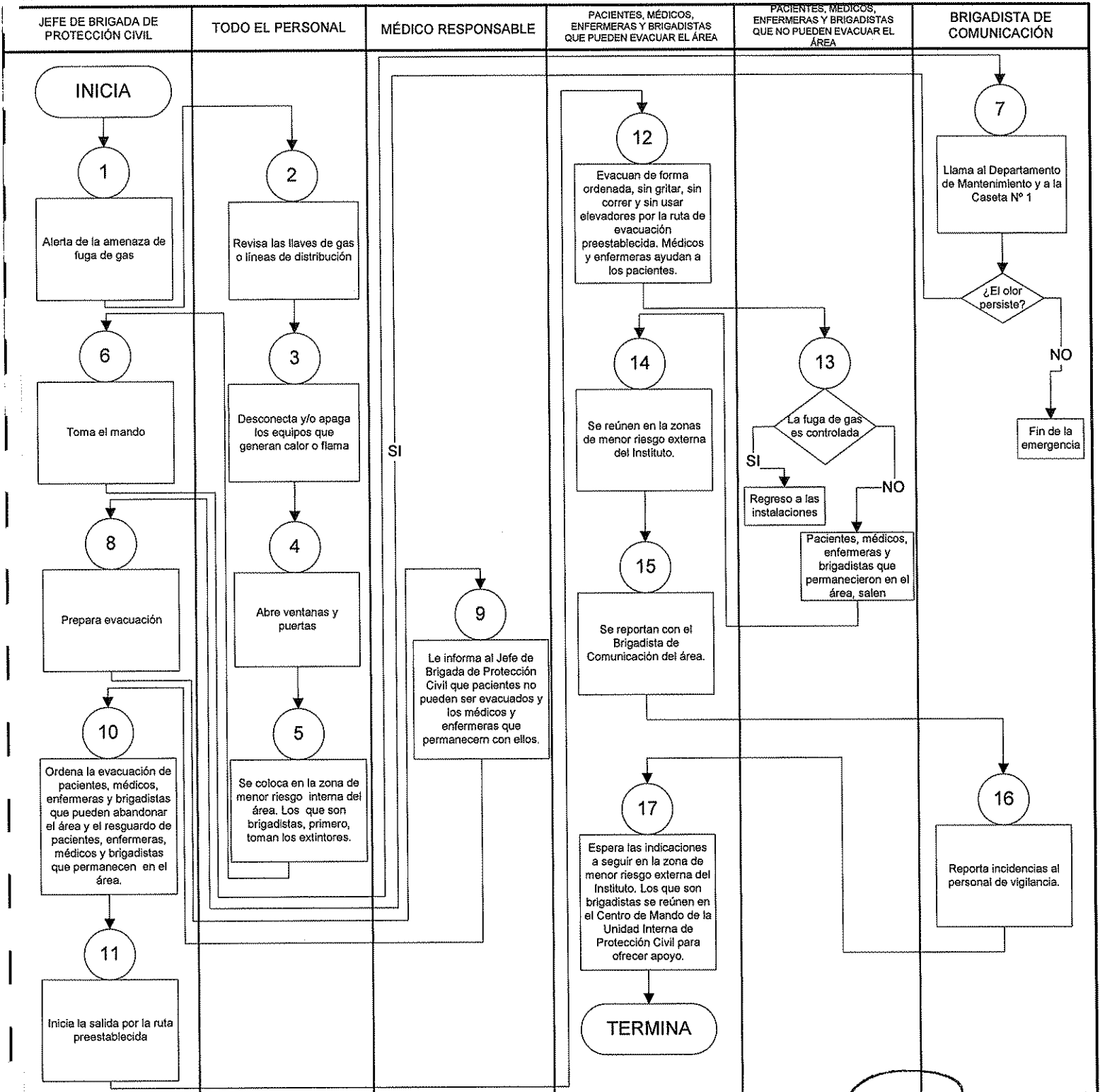
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

18.- Procedimiento para evacuación en caso de fuga de gas





REV:
HOJA: 109
DE: 117

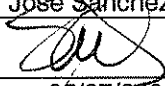
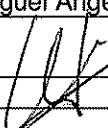
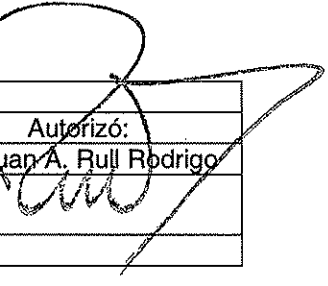


CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 110
	19.- Procedimiento para evacuación en caso de inundación		DE: 117

19.- PROCEDIMIENTO PARA EVACUACIÓN EN CASO DE INUNDACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

19.- Procedimiento para evacuación en caso de inundación



REV:



HOJA: 111

DE: 117

Objetivo Específico.

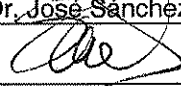
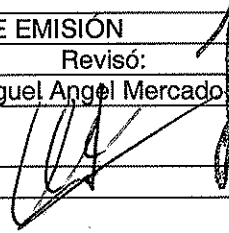
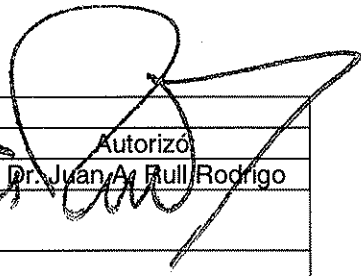
Salvaguardar la vida y proteger la integridad física del mayor número de personas que se encuentran presentes en el área, durante y después de la inundación, o en las áreas que pueden sufrir alguna afectación como consecuencia de la misma.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	Departamento de Urgencias		HOJA: 112
	19.- Procedimiento para evacuación en caso de inundación		DE: 117

Políticas y/o Normas de Operación.

1. La evacuación de pacientes en estado delicado, solamente se realiza cuando su integridad física o su vida está en mayor riesgo si permanece en el área que si es desalojado. Esta decisión se tomará de acuerdo a criterios médicos (establecidos por los médicos responsables de los pacientes en ese momento).
2. Ningún miembro del área deberá transmitir información al exterior. La información sobre los incidentes de la inundación se hará a través del Brigadista de Comunicación quién solamente dará información al personal de Vigilancia, que a su vez, la transmitirá al centro de mando de la Unidad Interna de Protección Civil.

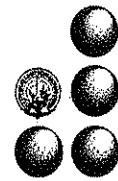
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Bull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

19.- Procedimiento para evacuación en caso de inundación



REV:

HOJA: 113

DE: 117

UNIDAD QUE INTERVIENE	NÚMERO DE ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe de Brigada de Protección Civil del área	1	Alerta de la inundación.
Brigadista de Comunicación	2	Llama al Departamento de Mantenimiento y a la Caseta N° 1.
Todo el personal del área	3	Desconecta los equipos eléctricos.
	4	Se reúne en la zona de menor riesgo interna del área, previamente establecida y señalada, para recibir indicaciones.
Jefe de Brigada de Protección Civil del área.	5	Toma el mando
Médico Responsable	6	Informa al Jefe de brigada de Protección Civil que pacientes no están en condiciones de evacuar el área y que médicos y enfermeras se quedan con ellos.
Jefe de Brigada de Protección Civil del área.	7	Ordena la evacuación de pacientes, médicos y enfermeras que están en condiciones de salir y el resguardo de pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que permanecen en el área.
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área	8	Evacua de forma ordenada, sin gritar, sin correr y sin usar elevadores, por la ruta de evacuación preestablecida Médicos y Enfermeras ayudan a los pacientes
	9	¿La inundación es controlada? Si Permanecen en el área hasta recibir nuevas indicaciones. Fin. No Médicos, enfermeras y brigadistas abandonan el área.
	10	Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que permanecieron en el área, salen.
	11	Se reportan con el Brigadista de Comunicación del área.
Brigadista de Comunicación	12	Reporta incidencias al personal de vigilancia.
Pacientes, médicos, enfermeras y brigadistas que pueden abandonar el área	13	Espera las indicaciones a seguir en la zona de menor riesgo externa del Instituto. Los que son brigadistas se reúnen en el Centro de Mando de la Unidad Interna de Protección Civil para ofrecer apoyo. FIN DEL PROCEDIMIENTO

CONTROL DE EMISIÓN

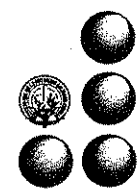
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		



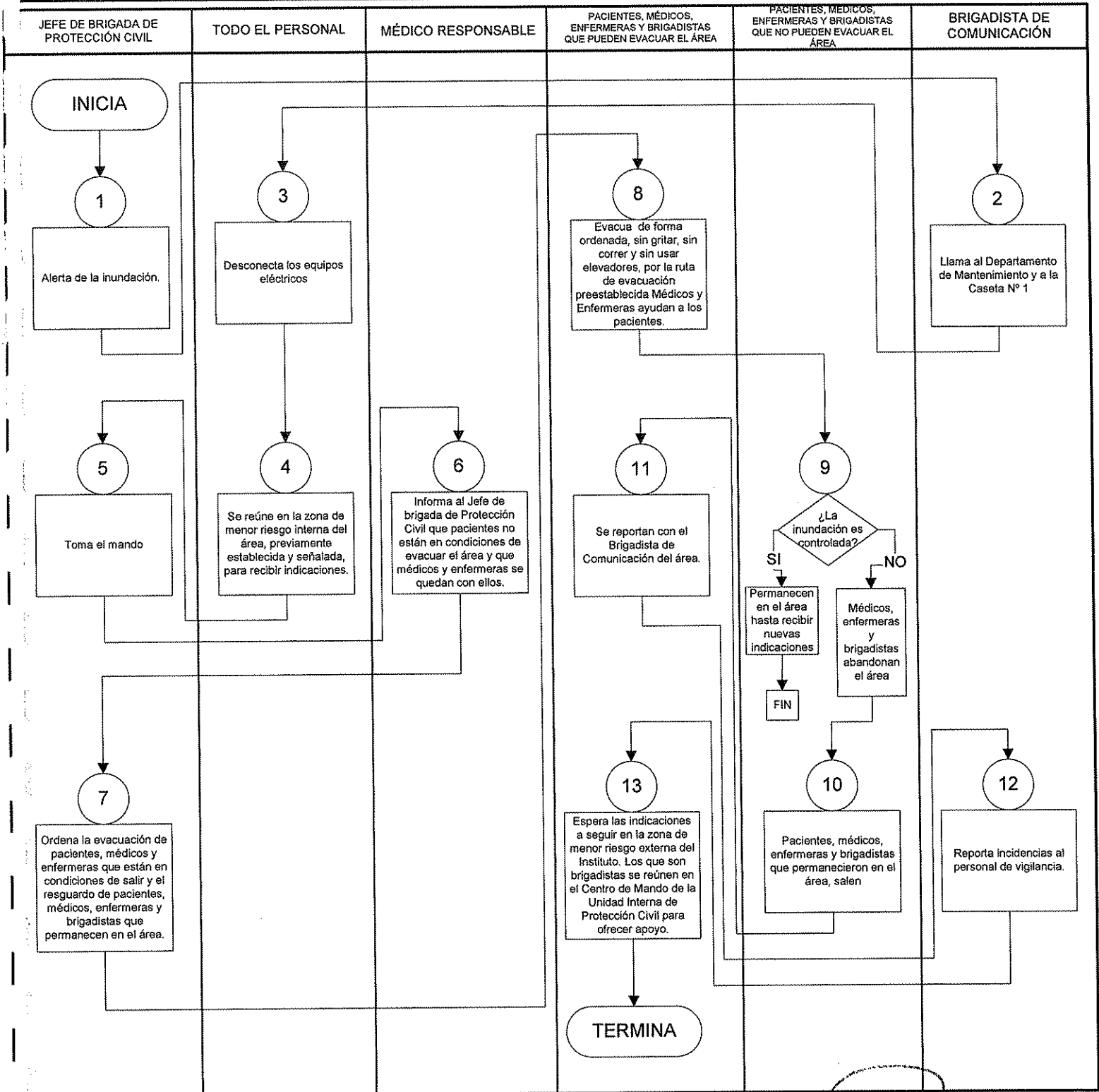
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Departamento de Urgencias

19.- Procedimiento para evacuación en caso de inundación


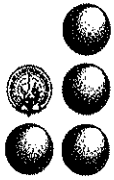


REV:
HOJA: 114
DE: 117



CONTROL DE EMISIÓN

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA		HOJA: 115
	Autorización		DE: 117

AUTORIZACIÓN:

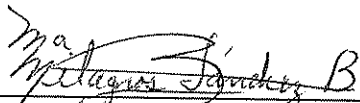
ELABORADO POR:

DEPARTAMENTO DE URGENCIAS



Dr. Tomás Sánchez Ugarte
Jefe del Departamento de Urgencias

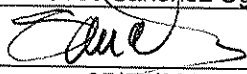
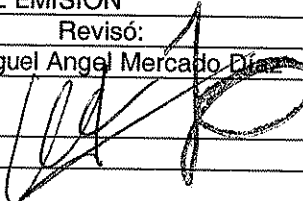
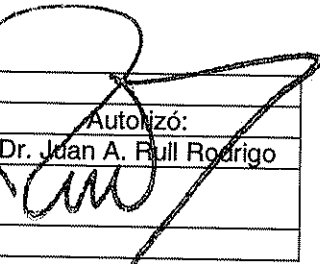
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN





Lic. Ma. Milagros Sánchez Becerril.
Coordinadora de Organización y Modernización



C. Miguel Ángel Lima Alarcón.
Coordinador de Integración Programática.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Full Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA		HOJA: 116
	Autorización		DE: 117

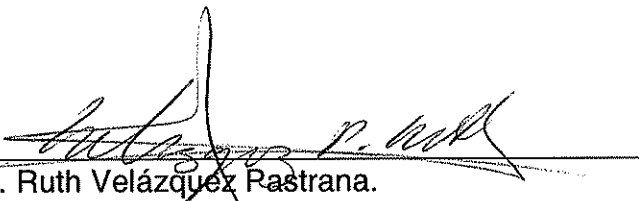
REVISIÓN TÉCNICA DEL MANUAL



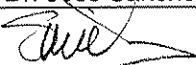
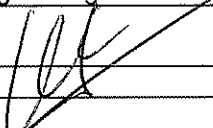
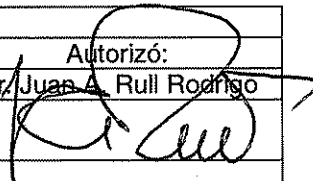
Dr. Miguel Angel Mercado Díaz
Subdirector de Medicina Crítica


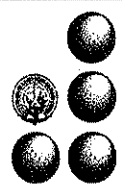


Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Director de Medicina.

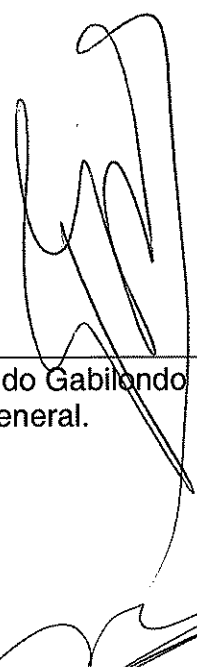


Dra. Ruth Velázquez Pastrana.
Directora de Planeación.

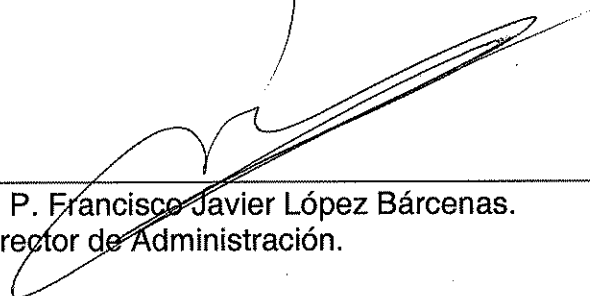
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodrigo
Firma			
Fecha	05/07/2006		

	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		REV:
	DEPARTAMENTO DE RADIOLOGÍA		HOJA: 117
	Autorización		DE: 117

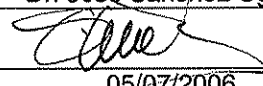
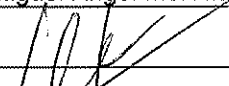
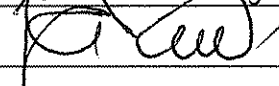
AUTORIZO



 Dr. Fernando Gabilondo Navarro.
 Director General.



 C. P. Francisco Javier López Bárcenas.
 Director de Administración.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre	Dr. José Sánchez Ugarte	Dr. Miguel Angel Mercado Díaz	Dr. Juan A. Rull Rodríguez
Firma			
Fecha	05/07/2006		