



CONVENIO DE COLABORACIÓN QUE CELEBRAN POR UNA PARTE EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD JALISCO, EN LO SUCESIVO "OPD SSJ", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR SU DIRECTOR GENERAL, EL DR. JOSÉ DE JESÚS MÉNDEZ DE LIRA, Y POR LA OTRA, EL ORGANISMO PÚBLICO DESCENTRALIZADO SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN, EN LO SUCESIVO "OPD ZAPOPAN", REPRESENTADO EN ESTE ACTO POR EL DIRECTOR GENERAL, EL DR. SALVADOR GARCÍA UVENCE; A QUIENES CUANDO ACTÚEN DE MANERA CONJUNTA SE LES DENOMINARA COMO "LAS PARTES" AL TENOR DE LAS DECLARACIONES Y CLAUSULAS SIGUIENTES:

DECLARACIONES:

I.- EL "OPD SSJ", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE, DECLARA QUE:

I.1.- Es un organismo público descentralizado de la Administración Pública Estatal, creado mediante Ley publicada en el periódico oficial "el Estado de Jalisco" con fecha 10 de abril de 1997, con personalidad jurídica y patrimonio propios, con atribuciones para realizar aquellas acciones tendientes a garantizar el derecho a la protección de la salud de los habitantes del Estado de Jalisco.

I.2.- Tiene atribuciones para administrar los recursos humanos, materiales y financieros que conforman su patrimonio, con sujeción a las disposiciones legales aplicables, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 3º, fracción X de la ley que lo crea, y a lo establecido en el acuerdo de coordinación para la descentralización integral de los servicios de salud en la Entidad, publicado el 6 de mayo de 1997, en el diario oficial de la federación.

I.3.- Su director general esta facultado para suscribir el presente instrumento, conforme a lo dispuesto por el artículo 10, fracciones I y XI de la Ley de su creación.

I.4.- Su domicilio se encuentra ubicado en la calle Dr. Baeza Alzaga no. 107, Zona Centro, en Guadalajara, Jalisco, C.P. 44100 y su clave de registro federal de contribuyentes es **SSJ970331PM5**.

II.- EL "OPD ZAPOPAN", POR CONDUCTO DE SU REPRESENTANTE DECLARA QUE:

II.1.- Que por acuerdo de fecha 30 treinta de agosto del año 2001 dos mil uno, el Honorable Ayuntamiento de Zapopan, Jalisco, aprobó la creación del Organismo Público Descentralizado de la Administración Municipal, denominado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan y es reconocido como persona moral de conformidad con el derecho público y, por lo tanto, se le dota de personalidad jurídica y patrimonio propio.

II.2.- Que su operación está regida por el Reglamento del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, publicado en la Gaceta Municipal Ayuntamiento de Zapopan con fecha 19 diecinueve de septiembre de 2001 dos mil uno.

II.3.- Que según lo dispuesto por el numeral 12, en su fracción V del Reglamento del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, el Director General del "ORGANISMO" está autorizado, por la Junta de Gobierno del "ORGANISMO" a llevar a cabo las contrataciones que se requieran.



II.4.- Que conforme al artículo 15, en su fracción I del Reglamento del "ORGANISMO" Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, se le faculta y se le obliga al Director General a representar al "ORGANISMO" en todos los actos jurídicos y asuntos que intervenga, con las facultades inherentes al mandatario, designado con Poder para Actos de Administración y Poder Judicial.

II.5.- El artículo 18 del Reglamento Organizacional del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud del Municipio de Zapopan, determina que el Director General es la máxima autoridad ejecutiva del "ORGANISMO"; facultándolo a suscribir los Contratos de prestación de servicios o convenios que se requieran conformidad a las necesidades del "ORGANISMO", y dispuesto a lo presupuestado derivándose de sus recursos propios.

III.- "LAS PARTES", POR CONDUCTO DE SUS REPRESENTANTES, DECLARAN QUE:

III.1.- Es su voluntad obligarse en los términos del presente contrato, y toda vez que se han enterado del contenido de los documentos de los que se desprenden las facultades con las que comparecen, y se han reconocido de manera recíproca la personalidad, personería y capacidad jurídica que ostentan, convienen en sujetarse las siguientes:

C L A U S U L A S:

PRIMERA. - OBJETO. - El objeto materia del presente instrumento es establecer las bases por medio de las cuales el "OPD ZAPOPAN" brindará la prestación del servicio integral para la resolución obstétrica de bajo riesgo con trabajo de parto no complicado a las pacientes referidas por parte del "OPD SSJ" a través de las unidades médicas que se establecen en el **Anexo 1**.

SEGUNDA. - ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO INTEGRAL. - El servicio integral consiste en la atención médica para la resolución obstétrica de bajo riesgo con trabajo de parto no complicado, incluidos los medicamentos y días de hospitalización.

Los ingresos de los pacientes estarán sujetos a los formatos de referencia y contrarreferencia mismos que serán los únicos que se contabilizarán para el pago de servicios, los cuales se identifican en el **Anexo 2**.

El formato de referencia será emitido por la unidad médica del "OPD SSJ" autorizada en el **Anexo 1**, y la contrarreferencia por el médico tratante en la resolución del embarazo normo evolutivo, los formatos se deben conservar en el expediente del Hospital General de Zapopan.

TERCERA. - OBLIGACIONES DEL "OPD SSJ". - Por virtud del presente instrumento el "OPD SSJ" se obliga a lo siguiente:

1. Cubrir vía transferencia electrónica a la cuenta que señale el "OPD ZAPOPAN", dentro de los cinco días posteriores a la recepción de la factura del mes correspondiente, el monto total por concepto de los servicios prestados.

La cuota de recuperación por cada servicio será de \$5,000.00 (cinco mil pesos 00/100 M.N) las especificaciones del servicio integral se encuentran descritas en el **ANEXO 3 "SERVICIOS INTEGRALES"** del presente acuerdo.



2. Facilitar al "OPD ZAPOPAN" la información que requiera con efectos de cumplimiento del presente instrumento.

CUARTA. - LAS OBLIGACIONES DEL OPD ZAPOPAN. - Por virtud del presente instrumento se obliga a lo siguiente:

1. Proporcionar a las pacientes descritas en la cláusula primera del presente acuerdo el servicio integral consiste en la atención médica para la resolución obstétrica de bajo riesgo con trabajo de parto no complicado, incluidos los medicamentos y días de hospitalización que se detalla en el **ANEXO 3 "SERVICIOS INTEGRALES"**, el cual al ser firmado por "**LAS PARTES**" forma parte integral del presente convenio.
2. Prestar el servicio integral en el Hospital General de Zapopan perteneciente al "**OPD ZAPOPAN**", a través del sistema de referencia y contrarreferencia conforme los formatos autorizados en el **Anexo 2**.
3. Suministrar a las pacientes los medicamentos que requieran conforme la atención médica para la resolución obstétrica de bajo riesgo con trabajo de parto no complicado.
4. Informar al "**OPD SSJ**" cuando se requiera de traslados de pacientes para atención especializada.
5. Otorgar los servicios sin demérito, ni disminución de la cobertura, calidad o calidez con que se deben prestar la atención médica.
6. Informar al "**OPD SSJ**" sobre la cantidad de pacientes atendidos, dentro de los 05 días posteriores a la conclusión del mes que se trate.
7. Remitir el expediente administrativo de pacientes atendidos, dentro de los 05 días posteriores a la conclusión del mes que se trate, el cual deberá incluir formato de referencia, formato de contrarreferencia y resumen clínico de la atención.
8. Realizar la facturación correspondiente a los servicios prestados durante el mes que se trate.
9. Hacer de conocimiento el presente instrumento a todo el personal que labore en el Hospital General de Zapopan.

QUINTA.- MONTO DEL SERVICIO.- "OPD SSJ" cuenta con un presupuesto anual como compromiso a ejercer por los servicios objeto de este convenio, por un importe máximo de hasta \$7,155,009.00 (Siete millones ciento cincuenta y cinco mil nueve pesos 00/100 mn.n.).

SEXTA.- VIGENCIA. - El presente instrumento iniciara su vigencia a partir de su firma y hasta el día 31 de diciembre de 2021.



SÉPTIMA. - TERMINACIÓN ANTICIPADA. - “LAS PARTES” podrán dar por terminada de forma anticipada el presente instrumento previa notificación que se haga por escrito a la otra parte, con por lo menos 60 días de anticipación.

En ningún caso la terminación del presente convenio libra al “OPD SSJ” del pago de adeudos que por cualquier concepto tenga con el “OPD ZAPOPAN”.

OCTAVA. - SUPERVISIÓN. - EL “OPD SSJ” a través de la Coordinación Estatal de Salud Materna, a cargo del Dr. Carlos Bautista Nuño, vigilara y supervisara el cumplimiento de las obligaciones contraídas con motivo del presente instrumento.

NOVENA.- ACCESO Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.- La información que se genere, compartan, obtengan y/o produzcan “las partes” en virtud del cumplimiento del presente convenio, serán tratados atendiendo a los principios establecidos en la ley de transparencia y acceso a la información pública del estado de jalisco y sus municipios, su reglamento, la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados del estado de jalisco y sus municipios, y demás disposiciones aplicables en materia de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados y particulares, limitados a la ejecución y cumplimiento del presente convenio.

DÉCIMA. - MODIFICACIONES AL CONVENIO. - El presente instrumento podrá ser adicionado o modificado por mutuo acuerdo entre “LAS PARTES”, dichas modificaciones deberán constar por escrito y surtirán efectos a partir de la fecha en que seas suscritas, dejando a salvo la posibilidad de que “LAS PARTES”, realicen variaciones a los **ANEXOS** sin necesidad de realizar un convenio modificatorio, mismas que surtirán efectos con la sola sustitución.

DÉCIMA PRIMERA. – CONTROVERSIAS. - La interpretación y cumplimiento de este convenio, así como todo aquello que no este expresamente estipulado en el mismo, se resolverá de común acuerdo por “LAS PARTES”.

Si no existiera acuerdo de solución, “LAS PARTES” expresamente se someten a la jurisdicción de los tribunales administrativos del primer partido judicial del estado de jalisco, renunciando a cualquier otra jurisdicción que por razón de domicilio pudiere corresponderles.

Leído que fue el presente convenio y enteradas “LAS PARTES” de su valor y consecuencias legales, lo firman en 03 tantos en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, al día 15 quince de junio de 2021 dos mil veintiuno.-----



**Servicios de
Salud Jalisco**

POR EL "OPD SSJ"

DR. JOSÉ DE JESÚS MÉNDEZ DE LIRA

DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. SERVICIOS DE
SALUD JALISCO

POR "OPD ZAPOPAN"

DR. SALVADOR GARCÍA UVENCE

DIRECTOR GENERAL DEL O.P.D. SERVICIOS DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

TESTIGOS

DR. CARLOS ARMANDO RUÍZ ESPARZA MACÍAS

DIRECTOR DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA
SALUD DEL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD JALISCO

DR. MIGUEL RICARDO OCHOA PLASCENCIA

DIRECTOR MÉDICO DEL O.P.D. SERVICIOS DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

L.C.P. GILDARDO FLORES FREGOSO

ENCARGADO DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN
GENERAL DE ADMINISTRACIÓN DEL
OPD SERVICIOS DE SALUD JALISCO

DR. DIEGO VALLEJO THOMSEN

DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL O.P.D.
SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE
ZAPOPAN



Servicios de
Salud Jalisco

LIC. MARÍA FERNANDA FUENTES FLORES

DIRECTOR JURÍDICO DEL O.P.D. SERVICIOS DE
SALUD DEL MUNICIPIO DE ZAPOPAN

LCP. GERARDO DE ANDA ARRIETA

TITULAR DEL ORGANO INTERNO DE CONTROL
DEL O.P.D. SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO
DE ZAPOPAN



Servicios de
Salud Jalisco

ANEXO 1

UNIDADES

MÉDICAS

UNIDADES DE SALUD DEPENDIENTES DEL OPD SERVICIOS DE SALUD JALISCO AUTORIZADAS
PARA LA DERIVACION DE PACIENTE CON EMBARAZO DE BAJO RIESGO

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ESPERANZA LOPEZ MATEOS
UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCION OBSTETRICA NEONATAL
GUADALAJARA
HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE

CENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL DE LA BARRANCA
UNIDAD MOVIL II SAN CRISTOBAL DE LA BARRANCA
UNIDAD MOVIL III SAN CRISTOBAL DE LA BARRANCA
CENTRO DE SALUD LA LOBERA
UNID.MOVIL ZAPOCAN. NTE # II
CENTRO DE SALUD BALCONES DE LA CANTERA

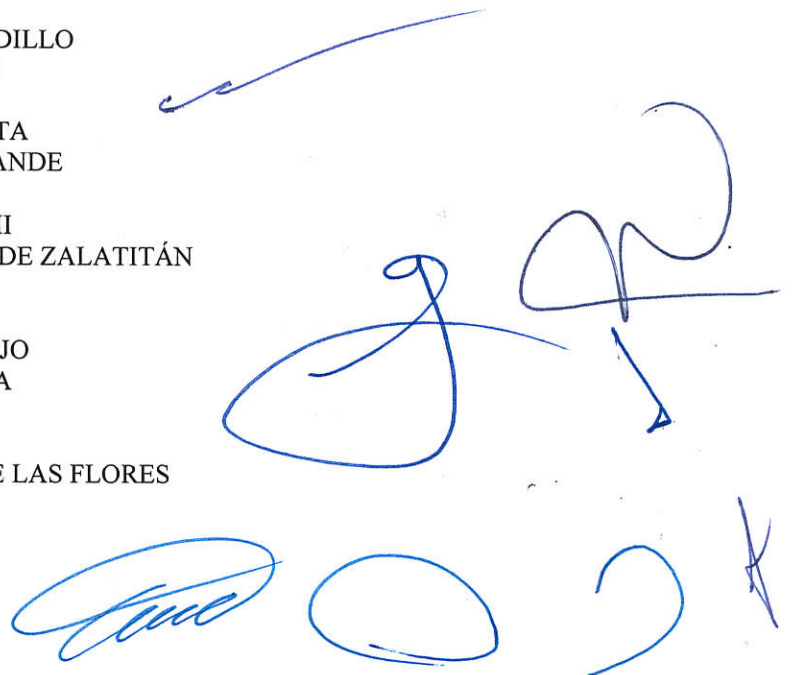
CENTRO DE SALUD LOMAS DE TABACHINES
CENTRO DE SALUD NUEVO VERGEL
CENTRO DE SALUD COLONIA INDIGENA
CENTRO DE SALUD EL BRISEÑO
CENTRO DE SALUD CIUDAD GRANJA
CENTRO DE SALUD MESA COLORADA
CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE OCOTAN
CENTRO DE SALUD SANTA ANA TEPEITILAN
CENTRO DE SALUD HOGARES DE NUEVO MÉXICO
CENTRO DE SALUD LOS CAJETES
CENTRO DE SALUD ATEMAJAC
CENTRO DE SALUD BENITO JUÁREZ
CENTRO DE SALUD FRANCISCO SARABIA
CENTRO DE SALUD LA MARTINICA
CENTRO DE SALUD ARROYO HONDO
CENTRO DE SALUD MIRAMAR
CENTRO DE SALUD PARAÍSO DEL COLLI
CENTRO DE SALUD EL ZAPOTE
CENTRO DE SALUD STA MARIA DEL PUEBLITO

CENTRO DE SALUD MERCADO BOLA
CENTRO DE SALUD EL COLLI
CENTRO DE SALUD ZAPOCAN NORTE I
CENTRO DE SALUD LOMA BONITA
CENTRO DE SALUD SANTA MARGARITA
CENTRO DE SALUD CONSTITUCIÓN
CENTRO DE SALUD ZAPOCAN NORTE II
CENTRO DE SALUD LA PRIMAVERA
CENTRO DE SALUD IXCATAN
CENTRO DE SALUD NEXTPAC
UNIDAD MÓVIL COLONIA NUEVO MÉXICO
CENTRO DE SALUD NUEVO MÉXICO
CENTRO DE SALUD SAN ESTEBAN
UNIDAD MÓVIL TESISITAN
CENTRO DE SALUD TESISITAN

CENTRO DE SALUD LA VENTA DEL ASTILLERO
CENTRO DE SALUD SAN ISIDRO ZAPOCAN
CENTRO DE SALUD LOMAS DE LA PRIMAVERA
CENTRO DE SALUD MESA DE OCOTES
CENTRO DE SALUD ARENALES TAPATOS

CENTRO DE SALUD SAN ESTEBAN
CENTRO DE SALUD LA MAGDALENA

CENTRO DE SALUD CUQUÍO
MÓDULO CUQUÍO
CENTRO DE SALUD EL CARRICILLO
CENTRO DE SALUD LAS CRUCES
CENTRO DE SALUD EL CUATRO
CENTRO DE SALUD JUCHITLÁN
CENTRO DE SALUD SAN JUAN DEL MONTE
CENTRO DE SALUD TEPONAHUASCO
CARAVANA DE LA SALUD CUQUÍO
CENTRO DE SALUD EL SALTO
MÓDULO EL SALTO
CENTRO DE SALUD LAS PINTITAS
CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DEL CASTILLO
CENTRO DE SALUD EL VERDE
CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ EL QUINCE
CENTRO DE SALUD LA HUIZACHERA
CENTRO DE SALUD IXTLAHUACÁN DEL RÍO
MÓDULO I IXTLAHUACÁN DEL RÍO
MÓDULO II IXTLAHUACÁN DEL RÍO
CENTRO DE SALUD AGUA COLORADA
CENTRO DE SALUD MASCUALA
CENTRO DE SALUD PALOS ALTOS
CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO DE LOS VÁZQUEZ
CENTRO DE SALUD TLACOTÁN
CENTRO DE SALUD TREJOS
CENTRO DE SALUD JUANACATLÁN
CENTRO DE SALUD EX-HDA. DE ZAPOTLANEJO
UNIDAD MÓVIL JUANACATLÁN
CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO JUANACAXTLE
MÓDULO TONALÁ I
CENTRO DE SALUD SAN GASPAR DE LAS FLORES
CENTRO DE SALUD LOMAS DEL CAMICHÍN
CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ DE LAS HUERTAS
CENTRO DE SALUD COLONIA JALISCO
CENTRO DE SALUD SANTA PAULA
CENTRO DE SALUD ZALATITÁN
CENTRO DE SALUD BASILIO VADILLO
CENTRO DE SALUD EL ROSARIO
CENTRO DE SALUD TONALÁ
CENTRO DE SALUD LOMA BONITA
CENTRO DE SALUD PUENTE GRANDE
CENTRO DE SALUD JAUJA
MÓDULO EL ROSARIO TONALÁ II
CENTRO DE SALUD ALAMEDAS DE ZALATITÁN
MÓDULO I ZAPOTLANEJO
MÓDULO II ZAPOTLANEJO
CENTRO DE SALUD ZAPOTLANEJO
CENTRO DE SALUD LA PURÍSIMA
CENTRO DE SALUD LA LAJA
CENTRO DE SALUD MATATLÁN
CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE LAS FLORES
CENTRO DE SALUD SANTA FÉ

The image contains several handwritten signatures and marks in blue ink. There is a long, sweeping signature at the top right. Below it, there are two large, stylized signatures, one of which appears to be a cursive 'G' or 'J'. At the bottom, there are several smaller, more abstract marks and signatures, including a large 'O' and a signature that looks like 'C'.

CENTRO DE SALUD SAUCILLO DE MALDONADO
CENTRO DE SALUD LA MORA
CENTRO DE SALUD ZAPOTLANEJO DOCTOR CARLOS ALVAREZ ALVAREZ
CENTRO DE SALUD ACATLÁN DE JUÁREZ
UNIDAD MOVIL ACATLÁN DE JUÁREZ
CENTRO DE SALUD IXTLAHUACAN DE LOS MEMBRILLOS
IXTLAHUACAN DE LOS MEMBRILLOS M.S.R.

CENTRO DE SALUD ATEQUIZA
CENTRO DE SALUD BUENA VISTA
CENTRO DE SALUD LA CAÑADA
CENTRO DE SALUD LA CAPILLA
CENTRO DE SALUD LOS CEDROS
CENTRO DE SALUD EL RODEO
CENTRO DE SALUD SANTA ROSA DE LIMA
CENTRO DE SALUD CERRO DEL CUATRO
CENTRO DE SALUD LA DURAZNERA
CENTRO DE SALUD URBANO MANUEL LÓPEZ COTILLA
CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ TATEPOSCO
CENTRO DE SALUD SANTA MARÍA TEQUEPEXPAN
CENTRO DE SALUD URBANO TOLUQUILLA
CENTRO DE SALUD PINTAS DE ABajo
CENTRO DE SALUD SAN MARTÍN DE LAS FLORES
CENTRO DE SALUD URBANO SANTA ROSALIA
CENTRO DE SALUD SAN PEDRITO
CENTRO DE SALUD LAS JUNTAS
CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES
CENTRO DE SALUD URBANO TLAQUEPAQUE ROSALES
CENTRO DE SALUD SANTA ANITA
CENTRO DE SALUD CERRO DEL CUATRO
CENTRO DE SALUD BUENOS AIRES

CENTRO DE SALUD LOMAS DEL 4
CENTRO DE SALUD TLAJOMULCO DE ZUÑIGA
UNIDAD MÓVIL TLAJOMULCO
CENTRO DE SALUD SAN JUAN EVANGELISTA
CENTRO DE SALUD CAJITILAN
CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL CUYUTLAN
CENTRO DE SALUD NICOLÁS R. CASILLAS
CENTRO DE SALUD SAN LUCAS EVANGELISTA
CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIÁN EL GRANDE
CENTRO DE SALUD SANTA CRUZ DEL VALLE
CENTRO DE SALUD TLAJOMULCO DE ZUÑIGA
CARAVANA DE LA SALUD TLAJOMULCO
CENTRO DE SALUD LA CONCHA
CENTRO DE SALUD VILLA CORONA
CENTRO DE SALUD ATOTONILCO EL BAJO

CENTRO DE SALUD EL BARRO
CENTRO DE SALUD BUENAVISTA DE VILLA CORONA
CENTRO DE SALUD JUAN GIL PRECIADO
CENTRO DE SALUD VILLA CORONA
UNEME VILLA CORONA
CENTRO DE SALUD BUENAVISTA DE VILLA CORONA
CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ADICCIONES GUADALAJARA
CENTRO DE SALUD ARANDAS
CENTRO DE SALUD ARBOLEDAS DEL SUR
CENTRO DE SALUD BALCONES DE ARRIBA
CENTRO DE SALUD BALCONES DE ARRIBA
CENTRO DE SALUD ECHEVERRIA
CENTRO DE SALUD EL BETHEL
CENTRO DE SALUD GUADALAJARA 3
CENTRO DE SALUD JARDINES DE SAN FRANCISCO
CENTRO DE SALUD LA AURORA Y LA ESPERANZA
CENTRO DE SALUD LA NOGALERA
CENTRO DE SALUD LAGOS DE ORIENTE
CENTRO DE SALUD LÁZARO CÁRDENAS
CENTRO DE SALUD LIBERTAD
CENTRO DE SALUD LOMAS DEL GALLO
CENTRO DE SALUD LOMAS DEL PARAISO
CENTRO DE SALUD N°1
CENTRO DE SALUD NUEVA ESPAÑA

LAS UNIDADES ANTERIORMENTE CITADAS, SON DE TIPO ENUNCIATIVAS, PERO NO LIMITATIVAS, EN CASOS EXCEPCIONALES, LA COORDINACION ESTATAL DE SALUD MATERNA SERA LA AUTORIZADA PARA INFORMAR, INTEGRAR Y DERIVAR LOS CASOS NECESARIO

A large, stylized handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and flourishes, located in the bottom right corner of the page.

7

100



UNIDAD QUE REFIERE: _____ CLUES: _____

FECHA Y HORA DE REFERENCIA: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ TEL: _____

DÍA: _____ MES: _____ AÑO: _____

DOMICILIO DEL PACIENTE: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____ URGENTE: ☐ SI ☐ NO

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: _____ ESPECIALIDAD O SERVICIO (VER CLAS DE REFERENCIA): _____

NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE: _____

SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

HOJA DE REFERENCIA

URGENCIAS: SI _____ NO _____ REGULACIÓN SAMU _____ FECHA DE REGULACIÓN: _____

NÚMERO

II NOMBRE: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRE (S): _____

NÚMERO DE EXPEDIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

III

UNIDAD QUE REFIERE: _____ CLUES: _____

IV UNIDAD A LA QUE SE REFIERE:

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____ LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA: _____

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE: _____

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE: _____

SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA

V MOTIVO DEL ENVÍO: ① SOBRECUPO ② FALTA DE PERSONAL ③ FALTA DE MATERIAL ④ PARA ESTUDIO

⑤ OTRO (Especificar): _____

RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO:

SIGNOS VITALES:

TENSIÓN ARTERIAL	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESPIRATORIA	FRECUENCIA CARDIACA
	°C	X'	X'

SOMATOMETRÍA:

PESO	TALLA
Kgs.	Cms.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

- ORIGINAL Y COPIA AL PACIENTE (PARA ENTREGAR A UNIDAD RECEPTORA)
- ANEXAR COPIA EN EXPEDIENTE DE LA UNIDAD
- ORIGINAL REGRESA CONTESTADO DE LA UNIDAD RECEPTORA

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFIERE

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE REFIERE

DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA



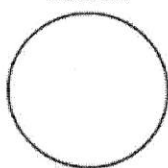
SECRETARÍA DE SALUD JALISCO

VII

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRAREFERIERE
NOMBRE DE LA UNIDAD:
DOMICILIO:
SERVICIO:
FECHA DE CONTRAREFERENCIA:

VI
FECHA DE VISITA:
SE LE ATENDIÓ SI ☐ NO ☐ ¿POR QUÉ?
CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO SI ☐ NO ☐ ¿POR QUÉ?
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
OBSERVACIONES: ¿Para su atención le pidieron su hoja referencial? SI ☐ NO ☐
¿Le Resolvieron su problema? SI ☐ NO ☐ ¿Por qué?

SELLO DE LA UNIDAD QUE CONTRAREFERIERE



MANEJO DEL PACIENTE
RESUMEN CLÍNICO:
DIAGNÓSTICO DE INGRESO:
DIAGNÓSTICO DE EGRESO:
CÓDIGO CIE-10:
INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

VIII

CONTROL DEL PACIENTE:
TRATAMIENTO CONCLUIDO: SI ☐ NO ☐
CONTINUARÁ TRATAMIENTO EN:
UNIDAD:
ENVÍO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE:

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE REFERENCIA

I. PROPÓSITO:

Registrar los datos clínicos más relevantes de los pacientes en el procedimiento de referencia y contrarreferencia de pacientes.

II. DESCRIPCIÓN Y LLENADO DEL FORMATO:

Descripción de la Hoja de Referencia (Anverso)

LA UNIDAD QUE REFIERE DEBERÁ LLENAR ESTA PARTE DEL FORMATO:

FOLIO: Se iniciará con el año que corresponda a la impresión dando un total de 8 dígitos, iniciando cada año calendario, los folios los proporcionará el área de estadísticas de oficina central.

UNIDAD QUE REFIERE: Anotar el nombre de la unidad que realiza la referencia.

CLUES: Anotar la clave CLUES que corresponda a la unidad que refiere

FECHA Y HORA DE LA REFERENCIA: Anotar el día, mes y año, así como la hora en que el paciente es referido a otra unidad médica.

No. DE EXPEDIENTE: Anotar el número del expediente del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE: Anotar el nombre completo del paciente.

FECHA DE NACIMIENTO: Registrar día mes y año en que nació el paciente (este dato nos ayuda como seguridad del paciente)

SEXO: Anotar el sexo del paciente según se trate de masculino o femenino respectivamente.

TELEFONO: Registrar el número de teléfono donde se pueda localizar al paciente

DOMICILIO DEL PACIENTE: Anotar el nombre de la calle, número, colonia, localidad y municipio.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Anotar el diagnóstico establecido por el médico que refiere al paciente.

URGENTE: Señalar con una cruz si la referencia se considera de urgencia.

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere al paciente.

ESPECIALIDAD O SERVICIO: Anotar el nombre de la especialidad o servicio al que se envía el paciente.

NOMBRE DEL MEDICO QUE REFIERE: Anotar nombre y apellidos del médico tratante.

La parte inferior de la hoja de referencia propiamente dicha, y cuenta con los siguientes rubros:

FOLIO: Se iniciará con el año que corresponda a la impresión dando un total de 8 dígitos, iniciando cada año calendario, los folios los proporcionará el área de estadísticas de oficina central.

URGENTE: Señalar con una cruz si la referencia se considera de urgencia, dependiendo si requiere de atención de urgencia anotar los siguientes rubros que se refieren a la:

REGULACIÓN SAMU: Anotar el número de regulación que se asignó por el Sistema de Atención Médica de Urgencias (SAMU)

FECHA DE REGULACIÓN: Anotar día, mes y año en que se dio la regulación.

NOMBRE: Anotar el nombre del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre.

No. DE EXPEDIENTE: Anotar el número correspondiente al expediente clínico del paciente.

EDAD: Anotar con número arábigo la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días para los menores de un mes.

SEXO: Anotar según se trate de masculino o femenino, respectivamente.

UNIDAD QUE REFIERE: Anotar el nombre de la unidad médica que refiere al paciente.

CLUES: Anotar la clave CLUES que corresponda a la unidad que refiere

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE: Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere al paciente.

DOMICILIO: Anotar el nombre de la calle, número, colonia y municipio de la unidad a la que se refiere.

SERVICIO AL QUE SE ENVÍA: Anotar el nombre del servicio que atenderá al paciente.

* ESTOS RUBROS LO DEBERÁ LLENAR LA UNIDAD QUE RECIBE AL PACIENTE

* FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE: Registrar la fecha con día, mes y año, así como la hora en que se recibe al paciente en la unidad receptora.

* NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECIBE: Anotar el nombre completo y firma de quien recibe al paciente.

* SELLO DE LA UNIDAD RECEPTORA: Colocar el sello de la unidad que recibe al paciente.

MOTIVO DE ENVÍO: Anotar el motivo que origina la referencia del paciente a otra unidad médica, siendo las opciones: 1) Sobre cupo 2) Falta de personal 3) Falta de material 4) Para estudio 5) Otro (especificar)

RESUMEN CLÍNICO DEL PADECIMIENTO: Describir de manera clara y completa, incluyendo signos y síntomas del padecimiento que motiva la referencia del paciente a otra unidad médica. En caso de que la referencia sea motivada únicamente con fines de estudio de laboratorio o gabinete deberá justificarse en este rubro.

SIGNOS VITALES: Anotar en el rubro correspondiente la tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, peso y talla del paciente.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: Anotar el diagnóstico definitivo o presuntivo que apoye la referencia.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD: Registrar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que refiere al paciente, con el propósito de avalar el procedimiento.

SELLO DE LA UNIDAD QUE REFIERE: Colocar el sello de la unidad que refiere al paciente.

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE: Registrar el nombre completo y firma del médico que refiere al paciente.

HOJA DE CONTRARREFERENCIA (REVERSO)

Consta de dos partes:

La parte superior corresponde a los DATOS PARA LA VISITA DOMICILIARIA que se le realizará al paciente para su control; cuenta con los siguientes rubros:

FECHA DE VISITA: Anotar la fecha en que se realizó la visita domiciliaria de seguimiento.

FECHA DE ALTA: Anotar la fecha en que se dio de alta al paciente en la unidad que lo atendió.

SE LE ATENDIÓ: Marcar con una cruz en el lugar correspondiente si fue atendido se agregará la fecha, si no fue atendido se anotará el motivo.

CONTINUA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO: Marcar con una cruz en el lugar correspondiente si continúa o no en tratamiento, anotando el motivo.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Anotar el diagnóstico definitivo que apoye la contrarreferencia.

OBSERVACIONES: ¿Para su atención le pidieron su hoja de referencia? Marcar con una cruz en el lugar correspondiente

¿Le resolvieron su problema? Marcar con una cruz en el lugar correspondiente, además se anotará el motivo.

SELLO DE LA UNIDAD QUE CONTRARREFIERE: Colocar el sello de la unidad que contrarrefiere al paciente.

La parte inferior de la hoja es desprendible y corresponde a la contrarreferencia, la cual cuenta con los datos siguientes:

UNIDAD MÉDICA QUE CONTRARREFIERE

NOMBRE DE LA UNIDAD: Anotar el nombre de la unidad médica que emite la contrarreferencia del paciente.

DOMICILIO: Anotar el nombre de la calle, número, colonia y municipio de la unidad que contrarrefiere.

SERVICIO: Anotar el nombre del servicio que atendió al paciente.

FECHA DE LA CONTRARREFERENCIA: Anotar el día, mes y año en que el paciente es contrarreferido.

MANEJO DEL PACIENTE

RESUMEN CLÍNICO: Anotar las condiciones clínicas en las que el paciente referido ingresa a la unidad médica, así como su evolución durante su estancia en la misma y las medidas terapéuticas que se llevaron a cabo, señalando el nombre de los medicamentos, la dosis y la duración del tratamiento.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: Anotar el o los diagnósticos clínicos probables, motivo de su ingreso.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Anotar el diagnóstico definitivo en forma clara.

CÓDIGO CIE-10: Anotar el código de la CIE-10 que corresponda al diagnóstico de egreso.

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: Anotar sugerencias o comentarios sobre el caso clínico para el control subsecuente del paciente en su unidad de origen, en éste se incluirán las sugerencias de manejo dietético, higiénico, dar por terminado el tratamiento.

CONTROL DEL PACIENTE

TRATAMIENTO CONCLUIDO: Marcar con una cruz en donde corresponda

CONTINUARÁ TRATAMIENTO EN: Anotar el nombre de la unidad médica en donde continuará su tratamiento.

ENVÍO A CONSULTA SUBSECUENTE AL SERVICIO DE: En caso de requerirlo, anotar el servicio en donde se continuará su tratamiento.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: Anotar el nombre completo y firma del médico que trató al paciente referido.

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD: Anotar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que contrarrefiere al paciente.

III. PROCEDIMIENTO DE LLENADO:

En el caso de la referencia, la forma será llenada por el médico que solicita la referencia.

Para la contrarreferencia, el médico tratante deberá llenar el apartado VII y VIII que se indica en el reverso.

Para la visita domiciliaria; trabajo social, promoción, médico ó enfermería del centro de salud deberán llenar el apartado VI, que corresponde al talonario.

IV. MANEJO DEL FORMATO:

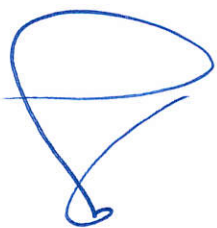
Este formato será llenado a mano con letra de molde y tinta azul o negra, o a máquina por el personal responsable ya sea de la referencia (anverso) o de la contrarreferencia (reverso).

El original y una copia se proporcionarán al paciente, quien a su vez las entregará a la unidad médica correspondiente, en donde concluida su atención, recibirá la contrarreferencia (original) para entregarla a la unidad de origen. La copia se anexa al expediente del paciente en donde se realiza la contrarreferencia.

La segunda copia se anexa al expediente del paciente en la unidad donde se realizó la referencia.



AM 2020

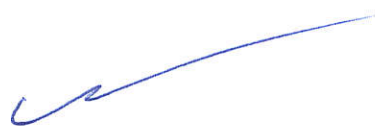




Servicios de
Salud Jalisco

ANEXO 3

SERVICIOS INTEGRALES



Anexo 3: Servicios Integrales

En el marco del presente convenio, se brindará Servicio Integral para resolución obstétrica de bajo riesgo o Atención Obstétrica de 2º Nivel, a mujeres con embarazo de término de bajo riesgo obstétrico, que acudan con Hoja de Referencia que incluye:

- Triage Obstétrico
- Hospitalización
- Nacimiento por parto o cesárea
- Medicamentos Hospitalarios: Analgésicos, antibióticos, oxitocina, etc
- Atención del Recién Nacido
- Alta con receta sin medicamentos
- Consulta de seguimiento en el puerperio inmediato
- Honorarios Médicos

En aquellos casos que acudan referidas como pacientes estables y resulten en atenciones de emergencia obstétrica, las mismas recibirán la atención obstétrica y una vez estabilizadas, serán derivadas a la Unidad de 3er nivel que el "OPD SSJ" establezca de su red de Hospitales, quedando integradas en las atenciones brindadas.

Al ser pacientes de bajo riesgo derivadas de los Centros de Salud y Hospitales del Organismo Público Servicios de Salud Jalisco, ya acuden debidamente estudiados y con control prenatal. Por ello, el presente convenio no incluye:

- Exámenes de Sangre
- Estudios de imagen (rayos x, ultrasonido, etc).
- Transfusiones
- Inmunoglobulina Rho (D) Humana (RhoGAM)

El expediente administrativo será constituido ante el Hospital General de Zapopan perteneciente al "OPD ZAPOPAN" y se remitirá al "OPD SSJ" con los siguientes elementos:

- Hoja de Referencia en formato Oficial de la Secretaría de Salud Jalisco Dirigida al OPD Salud Zapopan y/o Hospital General de Zapopan
- Hoja de Contrarreferencia dirigida a la Unidad del OPD SSJ que envía a la paciente.
- Resumen clínico de la atención.