

PROCEDIMIENTO DE SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA DE CONSULTA EXTERNA A PACIENTES DEL PROGRAMA DEL 22 DE ABRIL



AUTORIZACIÓN

RÚBRICA

DR. RAFAEL LÓPEZ MUÑOZ **ELABORÓ:** MEDICO ADSCRITO AL CONSULTORIO 22 DE ABRIL

RÚBRICA

DR. MANUEL ALEJANDRO BARAJAS ZAMBRANO DIRECTOR DEL H.G.O. APROBÓ:

RÚBRICA

MTRO. JOSÉ DE JESÚS MÉNDEZ DE LIRA **AUTORIZÓ:**

CÓDIGO: DOM-P516-HM1_001 ш Documentación: 7 DE MAYO DE 2021 ACTUALIZACIÓN: 4 DE OCTUBRE DE 2021 20 DE DICIEMBRE DEL 2021 **NIVEL DOCUMENTAL:** VERSIÓN:

CLAVE:

Sello

Sello

DOCUMENTO DE REFERENCIA

El Presente procedimiento Sí cumple con lo establecido en la Guía Técnica para Documentar Procedimientos.



Este documento es vigente y está actualizado porque responde a las necesidades actuales de la unidad, y no hay uno nuevo que lo sustituya.

> Responsable de la información: Hospital General de Occidente. Responsable de la Publicación: Depto. de Organización y Métodos 04 noviembre 2021



| NIVEL: | II | |
|----------|----|--|
| CLAVE: | | |
| VERSIÓN: | | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|------------------|----------------------|
| 를 DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

1.- Objetivo

Brindar atención médica integral con enfoque preventivo, en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización en el H.G.O. así como mantener los estándares de calidad a los beneficiarios del programa 22 de abril.

Límites del procedimiento:

2.- Alcance

Este procedimiento inicia con la atención médica a los beneficiarios del 22 de abril; en consulta externa, urgencias y consulta de especialidades; en las instalaciones del Hospital General de Occidente.

3.- Políticas

- 1. Los procedimientos documentados deberán sujetarse a las siguientes disposiciones y éstas serán de observancia para todos los Centros de Responsabilidad y la Dirección de Contraloría del Organismo.
 - Un procedimiento es <u>vigente</u> mientras no haya uno nuevo que lo supla o sustituya; por lo tanto, se sigue aplicando, aunque las fechas de autorización no correspondan a los del mes y año en curso, ni los nombres de los directivos a los que ostentan el cargo en la actualidad. Los documentos son institucionales.
 - Un procedimiento <u>actualizado</u> es aquel que está vigente que responde a las necesidades y dinámica actual del Organismo.
 - Un procedimiento es **obsoleto** cuando su contenido ya no responde a las necesidades actuales del Organismo o éste, se encuentra en desuso.
 - Un procedimiento es dictaminado favorablemente, cuando éste cumple con los lineamientos establecidos en la guía técnica correspondiente.
 - 1. Todo paciente (22) debe recibir trato digno, respetuoso y oportuno.
 - 2. La atención médica de consulta externa se brindará previa cita en las instalaciones del H.G.O. consultorio exclusivo para pacientes beneficiarios del programa 22 de abril; con un horario de lunes a viernes de 8:30 a 14:00 horas.
 - 3. El paciente (22) cuando se presente a recibir atención médica deberá presentar su credencial de identificación de beneficiario del programa del 22





| NIVEL: | II |
|----------|----|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

| | CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|------------------|--------------|----------------------|
| _≸ Doo | CUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| E ACT | UALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

3.- Políticas

de abril, de acuerdo con las reglas de operación del fideicomiso de apoyo a la seguridad social "FIASS".

- 4. En caso de que el paciente (22) no pueda acudir a su cita, la misma será programada en un lapso mayor a 5 días.
- 5. Se otorga atención médica; aun cuando el paciente se presente a consulta sin haber tramitado cita.
- 6. Es obligación de los pacientes (22) acudir al menos una vez al servicio de consulta externa con el propósito de contar con una historia clínica y así facilitar y mejorar la atención médica.
- 7. Se brindará atención médica de urgencias las 24 horas del día los 365 días del año, en el servicio de urgencias del H.G.O
- 8. Se otorgará atención médica integral de calidad en los siguientes servicios; Consulta Externa, Consulta de Especialidad, Odontología, Urgencias y Hospitalización en las instalaciones del H.G.O.
- 9.Los pacientes (22) también se les brindará acceso de atención médica de; Odontología, Gerontología, Salud Mental, Psicología y Nutrición.
- 10. La farmacia del 22 de abril (Empresa Soluciones Médicas y de Curación) surte medicamentos de patente y genéricos de acuerdo con el contrato de atención médica entregara a los pacientes; afectados beneficiarios y familiares del programa 22 de abril.
- 11.En consonancia con el contrato de atención médica establecido; los pacientes (22) tienen acceso a prótesis y órtesis siempre y cuando sean indicados por prescripción médica del especialista.
- 12.De acuerdo con el convenio de atención médica establecido; los pacientes (22) tendrán acceso a lentes cada 2 años; siempre y cuando sean indicados por prescripción médica del especialista; salvo los casos de prescripción médica se acredite que es necesario entregarlos antes del





| NIVEL: | П |
|----------|---|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

| | CÓDIGO | DOM-P516-HM1_001 |
|------|----------------|----------------------|
| ¥ | DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| E AC | ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

3.- Políticas

plazo

- 13. Acorado con el convenio establecido en las instalaciones del H.G.O. se tendrá un área de farmacia: para el surtido de recetas médicas los medicamentos podrán ser de patente o genéricos.
- 14.De acuerdo con el convenio establecido se brindarán servicio de gabinete de Laboratorio y rayos X; siempre y cuando sean solicitados por el médico de los servicios de consulta externa, consulta de especialidad, hospitalización y urgencias.
- 15. Se brindará acceso a servicios subrogados; deberán sujetarse a la autorización de la Dirección del Hospital.
- 16.El servicio de consulta externa tiene la facultad de ordenar el internamiento de pacientes al servicio de hospitalización, apegándose a la normatividad y procedimientos autorizados por la Dirección del Hospital.
- 17. Todo paciente sospechoso de presentar una enfermedad infectocontagiosa de notificación obligatoria se deberá informar al servicio de medicina preventiva y epidemiología del hospital, para que se tomen las medidas conducentes al respecto; si el paciente es hospitalizado esté será internado en el área de aislados.





Documento

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA A PACIENTES DEL PROGRAMA DEL 22 DE ABRIL

| NIVEL: | II |
|----------|----|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

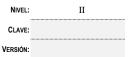
| (| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 | |
|------------|---------|----------------------|---|
| ₹ DOCUMENT | ACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 | |
| ACTUALIZA | CIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 | - |

4.- Responsabilidades

| Documento Manual de Organización Específico Hospital de General de Occidente | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Funciones | | |
| Dirección | | |
| | | |
| D)- Vigilar y evaluar que la atención médica que se binde sea integral, con enfoque preventivo, incrementar y mantener los servicios de calidad, así como | | |
| acceso efectivo a la población demandante de acuerdo con la política de salud mediante el diagnóstico medico temprano y el tratamiento oportuno, | | |
| aplicación de la medicina de rehabilitación, así como el trato humano a los pacientes. | | |
| Subdirección Médica | | |
| Subull ección Medica | | |
| C)- Instrumentar, implementar y evaluar los mecanismos adecuados para que la atención médica-quirúrgica otorgada de manera conjunta con el área de | | |



gestión de la calidad para que sea más efectiva.

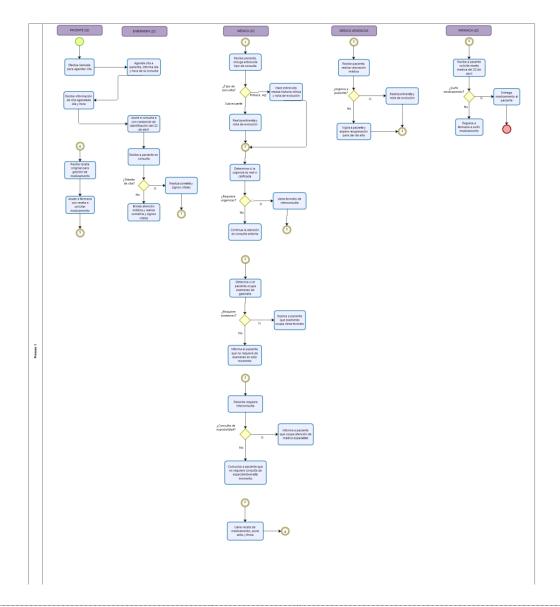


 CÓDIGO:
 DOM-P516-HM1_001

 B DOCUMENTACIÓN:
 7 DE MAYO DE 2021

 ACTUALIZACIÓN:
 4 DE OCTUBRE DE 2021

5.- Modelado de Proceso (Flujograma)







| NIVEL: | II |
|----------|----|
| CLAVE: | |
| Versión: | |

| CÓDIG | o: [| OM-P516 | 5-HM1_ | 001 |
|-----------------|------|------------|-----------|-----|
| E DOCUMENTACIÓN | v: | 7 DE MAY | O DE 202 | 21 |
| ACTUALIZACIÓN: | | 4 DE OCTUE | BRE DE 20 | 021 |

6.- Desarrollo:

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | |
|------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 1. | Paciente (22) | Efectuar llamada para solicitar cita de atención médica al consultorio de consulta externa 22 de abril (H.G.O.) | | | |
| 2. | Enfermera (22) | | Recibe llamada, agenda la programación de citas de consulta externa o primer nivel de atención; le informa día y la hora en que tiene que presentarse. | | |
| 3. | Paciente (22) | Asiste al consultorio par afectado del programa 2 | a recibir atención médica de consulta externa o primer nivel de atención; con su credencial de 22 de abril. | | |
| 4. | Enfermera (22) | ¿Cita médica? Si No Recibe a paciente, preg | Entonces Realiza sometría y toma signos vitales y pasa al paciente con el médico, Atiende al paciente, realiza sometría y toma signos vitales y pasa al paciente con el médico, unta si tiene cita médica; | | |
| | | Recibe a paciente, la co | nsulta es de consulta primera vez o subsecuente; | | |
| | | ¿Consulta? | Entonces | | |
| 5. | Medico (22) | Primera vez | Realiza entrevista, elabora historia clínica, efectúa evaluación médica y hace nota de evolución de acuerdo con norma del expediente clínico NOM-004-SSA3-2012. Determina si el paciente requiere de urgencias médicas. Aplica la siguiente actividad | | |
| | | o Subsecuente | Realiza nota de evolución y efectúa evaluación médica de acuerdo con norma del expediente clínico NOM-004-SSA3-2012. Determina si el paciente requiere de urgencias médicas. Aplica la siguiente actividad | | |
| | | | | | |





| NIVEL: | П |
|----------|---|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| BOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| Actualización: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | | |
|------------|------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | Etapa: Urgencias | | | | |
| | | calificada: | mina si el paciente se encuentra dentro de los criterios de clasificación de urgencia real o | | |
| | 6. Médico (22) | ¿Requiere urgencias médicas? | Entonces | | |
| 6. | | Si | Elabora el Llenado del formato de interconsulta, y conduce al paciente al servicio de urgencias. | | |
| | | No | Continua con la atención médica en consultorio de consulta externa. Aplica actividad 5 | | |
| | | Recibe a paciente, realiz | a valoración médica y decide su internamiento para observación | | |
| | | ¿Interna a paciente? | Entonces | | |
| 7. | Urgencias | Si | Ingresa al paciente efectúa valoración médica y registra en expediente. | | |
| | | No | Vigila a paciente y espera su recuperación para darlo de alta. Aplica actividad 5 | | |
| | | E | TAPA: EXÁMENES DE GABINETE | | |
| | | Determina que el pacien | te ocupa exámenes de gabinete: | | |
| | | ¿Paciente ocupa exámenes de gabinete? | Entonces | | |
| 8. | 8. Medico | Si | Elabora el Llenado formato para exámenes de gabinete del paciente, explica al paciente que se presente al módulo de laboratorio clínico o rayos "X" para agendar cita. | | |
| | | No | Informa al paciente que de acuerdo con la valoración médica en este momento no es necesario aplicarle exámenes de gabinete. Aplica actividad 5 | | |
| | | | | | |





| NIVEL: | П |
|----------|---|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|------------------|----------------------|
| € DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

| No. ACT | RESPONSABLE | DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LA ACTIVIDAD | | |
|------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| | ETAPA: INTERCONSULTA | | | |
| | | Requiere una interconsulta con médico especialista; | | |
| | 9. Médico (22) | ¿Consulta de especialidad? | Entonces | |
| 9. | | SI | Llena formato para interconsulta con médico especialista entrega al paciente, le informa que deberá presentarse en el módulo de consulta externa para sacar cita correspondiente. | |
| | | No | Continua con la atención médica en consultorio Aplica actividad 5 | |
| 10. | Médico (22) | Transcribe en receta médica los medicamentos que requiere el paciente y entrega receta sellada y firmada para acudir a la farmacia del 22 de abril. | | |
| 11. | Paciente (22) | Recibe receta original firmada y sellada para surtir medicamento | | |
| | | Acude a la farmacia 22 d | de abril, con su receta original firmada y sellada; | |
| | Farmacia (22) | ¿Le surten su medicamento? | Entonces | |
| 12. | Empresa Soluciones Médicas y de Curación | Si | Entrega medicamentos de patente o genéricos de acuerdo con el convenio de colaboración. Aplica siguiente actividad | |
| | | No | Regresa a farmacia para surtir receta de medicamentos. Aplica actividad 12 | |
| 13. | Paciente (22) | Recibe sus medicament . Fin del procedimiento | os para cumplir con su tratamiento | |

7.- Colaboradores:

| PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS QUE LO ASESORÓ | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|
| Asesorado por: | por: LAE. Adolfo Montaño Rubio | | | |
| PERSONAL DE LA UNIDAD QUE COLABORÓ EN LA DOCUMENTACIÓN | | | | |
| Dr. Rafael López Muñoz | | Dr. Ixchel Cuéllar Rodríguez | | Dr. Iván Alfredo Arce Cárdenas |



SELLO



Servicios de Salud Jalisco PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA A PACIENTES DEL PROGRAMA DEL 22 DE ABRIL

| NIVEL: | П |
|----------|---|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

8.- Definiciones:

| Palabra, frase o abreviatura | Definición |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Paciente (22) | Personas afectadas, beneficiarios y familiares que están dentro del programa 22 de abril. |
| Médico (22) | Médico de consulta externa, primer nivel de atención exclusivo para pacientes del programa del 22 de abril. |
| Somatometría | Mediciones del cuerpo humano; peso, talla e índice de masa corporal. |
| Farmacia (22) (Empresa Soluciones Médicas y de Curación) | Falliada externa que suite de medicamentos a los alectados dei biodiama 22 de abili. Se encuenta histamente en el |
| Consulta primera vez | Requiere que se elabore una entrevista, historia clínica, nota de evolución y receta médica. |
| Consulta subsecuente | Realiza entrevista, nota de evolución y receta médica. |
| Exámenes de Gabinete | Son los procedimientos que se requieren de un equipo especializado para realizar el diagnóstico de un paciente. |
| Medicamentos de Patente | Es un producto innovador es aquel medicamento que resulta una de un proceso de investigación, y está protegido por una patente y es fabricado de manera exclusiva por un laboratorio farmacéutico. |
| Medicamentos Genéricos | El aquel cuya composición química se encuentra en dominio público, o que posee la misma concentración y dosificación que un equivalente cuya patente haya caducado. Produce los mismos efectos que este último, ya que poseen el mismo principio activo. |

9.- Documentos de Referencia:

| Código | Documento |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DOM-093HM1_003 Manual de Organización Hospital General de Occidente | |
| | Reglas de Operación del Fideicomiso de Apoyo a la Seguridad Social |
| | Familiares de fideicomisarios registrados |
| | Contrato de Atención Médica que celebran el Gobierno del Estado de Jalisco en su carácter de fideicomitente, el fideicomiso representado por el Secretario de Hacienda Pública C.P.C. Juan Partida Morales con la asistencia del Secretario del Sistema de Asistencia Social, Lic. José Miguel Santos Zepeda; por otra parte, compadece el OPD. SSJ. Representado en este acto su Directora General, la Mtra. María del Consuelo Robles Sierra. |





Servicios de Salud Jalisco PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA A PACIENTES DEL PROGRAMA DEL 22 DE ABRIL

| NIVEL: | П |
|----------|---|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

9.- Documentos de Referencia:

| Código | Documento |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Contrato de prestación de compraventa de medicamentos y material de curación | Empresa Soluciones Médicas y de Curación SA. De CV. |

10.- Formatos Utilizados:

| Código | | Documento | |
|--------|----------|--------------------------------------------------|--|
| | Anexo 01 | Historia Clínica | |
| | Anexo 02 | Nota de Evolución | |
| | Anexo 03 | Receta Médica exclusiva del programa 22 de abril | |
| | Anexo 04 | Referencia y Contrarreferencia | |
| | Anexo 05 | Receta médica de la Secretaria de Salud Jalisco | |
| | Anexo 06 | Interconsulta | |

11.- Descripción de Cambios

| No. | Fecha del Cambio | Referencia del cambio | Breve Descripción del Cambio |
|-----|-------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1. | 4 de octubre de 2021 | Nuevo | |



Servicios de Salud Jalisco

PROCEDIMIENTO DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA A PACIENTES DEL PROGRAMA DEL 22 DE ABRIL

| livel: | П | CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|--------|---|------------------|----------------------|
| LAVE: | | € DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| SIÓN: | | ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXOS



SELLO



| NIVEL: | II |
|---------|----|
| CLAVE: | |
| ERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 01:

| | HOSPITAL HI | GENERAL DE OCC STORIA CLINICA | | AND THE RESERVE THE PROPERTY OF THE PARTY OF |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE | | | / EDAD HORA | HRS |
| FECHA DE NACIMIENTO SERVICIO | / / F | EGISTRO / EG | O CIVIL | |
| OCUPACION TELEFONO CUIDADOR PRINCIPAL NOMBRE DE QUIEN LA ELABOR | DOMICIL NUMERO | DE SEGURO POPULAR PARENTESCO | CAMA | LEFONO |
| | | S, MATERNOS, HERMANOS): | | |
| | PERSONALES NO PATO | i paicos | | |
| ANTECEDENTES F | PERSONALES NO PATO | Logicos | | |
| ANTECEDENTES F | PERSONALES PATOLO | GICOS (incluido abuso y dependenc | ia del tabaco del alcohol y | otras sustancias psicoactivas): |
| ALERGIAS. | | | | |
| • ANTECEDENTES | GINECO-OBSTETRICO | s: | | |
| | | | | |
| • MOTIVO (S) DE C | ONSULTA | | | |
| • PADECIMIENTO | ACTUAL (indagar acerca | de tratamientos previos de tipo con- | vencional, alternativos y tr | adicionales): |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| INTERROGATO Respiratorio: | RIO POR APARATOS Y | SISTEMAS: | | |
| Gastrointestina Cardiovascula Neurológico: Hematopoyétia | r: | | | |
| Genitourinario Endocrinològio Óseo: | | | | |
| Locomotor: Piel: | | | | |

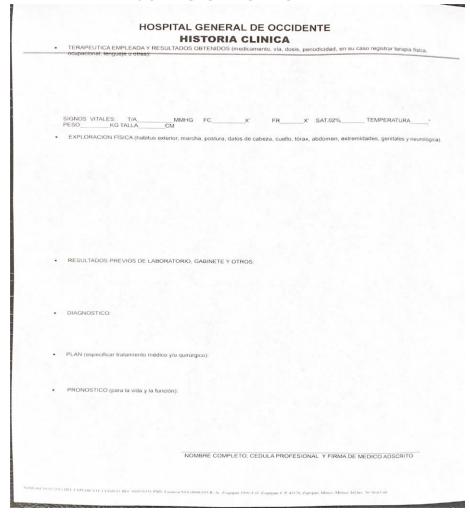




| NIVEL: | II |
|---------|----|
| CLAVE: | |
| ERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 01. HISTORIA CLÍNICA



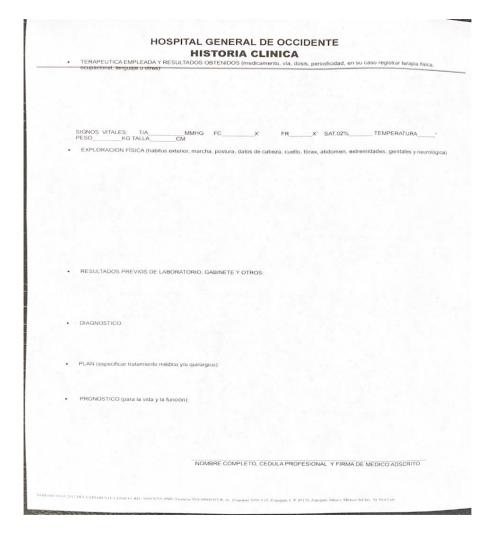




| NIVEL: | II |
|---------|----|
| CLAVE: | |
| ERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 01. HISTORIA CLÍNICA







| NIVEL: | II | |
|--------|----|------|
| LAVE: | | ECHA |
| RSIÓN: | | Ä |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| BOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 02. NOTA DE EVOLUCIÓN

| stratured by bridge | | NOT | TA DE EVOLUCIÓN | Hospital Gene de Occidente NOMANA CARLOS | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|--|
| UNIDAD: | | HOSPITAL GENER | RAL DE OCCIDENTE | HOM-004-SSALI-A | |
| NOMBRE: FECHA DE NAI | | | | | |
| | APELLIDO PATER | NO APELLIDO MATERN | IO NOMBRE (5) | DIA MES AÑO | |
| EDA | AD | SEXO FEMENINO | SERVICIO | Póliza SP: | |
| FECHA | HORA | | GINECOLOGIA | NÚMERO DE EXPEDIENTE NÚMERO DE EXPEDIENTE | |
| RESUMEN DEL INT | ERROGATORIO: | CURP: | | | |
| | | | | | |
| Objetivo: SIGNOS VITALES: T/A_ | MMHG | FCX', FR | X', TEMP: *, PESO | KG, TALLA CM | |
| | | | a, cuello, tórax, abdomen, extremidades, genitale | | |
| | | | | | |
| Análisis (resultados | de estudios auxiliares) | | | | |
| | | | | | |
| Diagnostico: | | | | | |
| Plan(especificar tratam | siento médico y/o quirúrgi | ∞): | | | |
| PRONÓSTICO (para) | a vida v la Sunción): | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | | DITO DOD V EIDMA | | | |
| | | | | | |
| NOMBRE COMPLETO | L DGP Y FIRMA DE C | DUIEN LA EL ABORA- | | | |
| NOMBRE COMPLETO | , DGP Y FIRMA DE C | UIEN LA ELABORA: | | | |
| NOMBRE COMPLETO | , DGP Y FIRMA DE C | | OLUCIÓN Fecha y Hora: | | |
| NOMBRE COMPLETO | , DGP Y FIRMA DE C | | | cimiento: / / | |
| | . DGP Y FIRMA DE C | | | cimiento:/ | |
| Nombre: | Sexo: | NOTA DE EV | | cimiento:/ | |
| Nombre: | Sexo: | NOTA DE EV | | cimiento: | |
| Nombre: Edad: RESUMEN DEL INT | Sexo: ERROGATORIO: | NOTA DE EV | Fecha de na | cimiento: | |
| Nombre:Edad:_ RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS VITALES: T/A_ | Sexo: ERROGATORIO: | NOTA DE EV | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre:Edad:_ RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS VITALES: T/A_ | Sexo: ERROGATORIO: | NOTA DE EV | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre:Edad:_ RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS VITALES: T/A_ | Sexo: ERROGATORIO: | NOTA DE EV | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre:Edad:_ RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS VITALES: T/A_ | Sexo: ERROGATORIO: | NOTA DE EV | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre:Edad:_ RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS VITALES: T/A_ | Sexo: | NOTA DE EV | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre:Edad: Edad: RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS VITALES: T/A _ EXPLORACION FISICI Análisis (resultados | Sexo: ERROGATORIO: MMHG (habitus exterior, m | NOTA DE EV | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre: Edad: RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS WTALES: T/A_ EXPLORACION FISICI Análisis (resultados | Sexo: ERROGATORIO: MMHG (habitus exterior, m | NOTA DE EV | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre: Edad: RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS WTALES: TIA _ EXPLORACION FISICI Análisis (resultados Plan(especificar trataer | Sexo: ERROGATORIO: MMHG (habitus exterior, m ide estudios auciliares) | NOTA DE EV FCX, FR archa, postura, datos de cabez | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre: Edad: RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS VITALES: TIA_ EXPLORACION FISICI Análisis (resultados Diagnostico: Plan(especificar tratue) | Sexo: ERROGATORIO: MMHG (habitus exterior, m ide estudios auciliares) | NOTA DE EV FCX, FR archa, postura, datos de cabez | Fecha de na | KG, TALLACM | |
| Nombre: Edad: RESUMEN DEL INT Objetivo: SIGNOS WTALES: TIA _ EXPLORACION FISICI Análisis (resultados Plan(especificar trataer | Sexo: ERROGATORIO: MMHG (habitus exterior, m de estudios assellares) siento médico y/o quintargo serato y/o quintargo partir y la función): DEL MEDICO ADSC | NOTA DE EV FCX. FR_ archa, postura, dalos de cabez | Fecha de na | KG, TALLACM | |

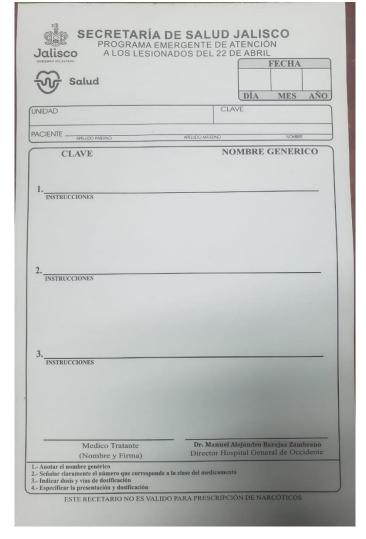




| NIVEL: | П |
|--------|---|
| CLAVE: | |
| RSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|------------------|----------------------|
| ₹ DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 03. RECETA MÉDICA A PACIENTES 22 DE ABRIL



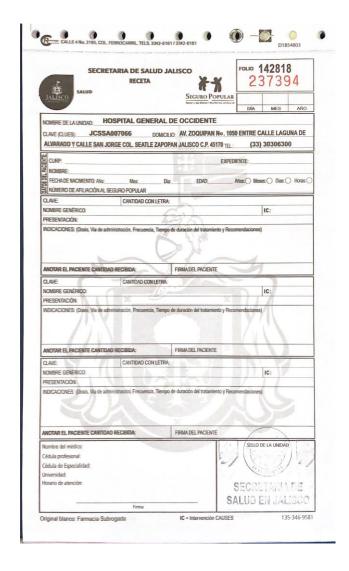




| NIVEL: | П | CÓD |
|--------|---|---------------|
| CLAVE: | | ₹ DOCUMENTACE |
| RSIÓN: | | ACTUALIZACIÓ |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|------------------|----------------------|
| ₹ DOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 04. RECETA MÉDICA







| NIVEL: | II |
|----------|----|
| CLAVE: | |
| VERSIÓN: | |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| BOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| Actualización: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 05. INTERCONSULTA

| Jalisco | <u>Ø</u> =∰ | Hospital General do Occidente Zoquipan | | 11031.710 | | INTERCONS M-004-SSA3 |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|----------|-----------|---------------|-------------------------|
| Nombre: | | | | Genero: | Femenino Edad | |
| Fecha de Nacimie | nto: / | / Fecha de Ingreso: | 1 | / Service | io | |
| CURP: | | | | | | |
| Diagnostico: | | | | | | |
| Servicio solicitant | é: | Cama No | Registro | | | |
| | ICITA LA INTERCONSI ERCONSULTA A: | JLTA | | | | |
| FECHA/HORA DE R | ECEPCIÓN DE LA SOLI | ICITUD | | | | |
| NOMBRE Y FIRMA | DE QUIEN RECIBE LA | SOLICITUD DE INTERCONSULT | Α | | | |
| | | Datos Clínic | os. | | | |
| SUGERENCIAS DIAGN | OSTICAS Y/O PROBLE | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | 4 | | | |
| SUGERENCIAS DIAGN 1-} 2-) 3-) | OSTICAS Y/O PROBLE | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | d: | | | |
| 1-) | OSTICAS Y/O PROBLE | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | 4 | | | |
| 1-} 2-} 3-} | | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | S . | | | |
| 1-) 2-) 3-) | | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | 4 | | | |
| 1-} 2-) 3-) 4-) | | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | 9 | | | |
| 1-) 2-) 3-) 4-) PLAN Y TRATAMIENTO 1-) | | emas clínicos detectados | 4 | | | |
| 1-) 2-) 3-) 4-) PLAN Y TRATAMIENTO 1-) 2-) | | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | d | | | |
| 1-) 2-) 3-) 4-) PLAN Y TRATAMIENTO 1-) 2-) | | EMAS CLÍNICOS DETECTADOS | ž. | | | |





| NIVEL: | II | |
|--------|----|------|
| LAVE: | | CH A |
| RSIÓN: | | Ē |

| CÓDIGO: | DOM-P516-HM1_001 |
|----------------|----------------------|
| BOCUMENTACIÓN: | 7 DE MAYO DE 2021 |
| ACTUALIZACIÓN: | 4 DE OCTUBRE DE 2021 |

ANEXO 6. FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | DEPARTAMENT FICHA DE IDENTIFIC | RAL DE OCCIDENTI O DE GERIATRIA ACION DEL PACIE | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------|----------|
| | | | | |
| | Seguro Popular | | Fecha | |
| Nombre: | | | | |
| Edad: | | Fecha de nacimien | to: | |
| CURP: | | | | |
| Estado civil: | Escolaridad: | Teléfono: | | |
| Dirección: | | | | |
| Número de hijos: Modo de convivencia: | Hijas Hi | os | | |
| Modo de convivencia: | C | uidar principal: | | |
| Enfermedades: | | | | |
| Medicamentos: | | | | |
| Síndromes geriátricos: Caídas en el último año (es Trastornos del sueño (esp | especifique): pecifique): | | | |
| Ocupación actual (anterio Pensionado / Jubilado: | | | | |
| Toxicomanías: ¿Consume alcohol?: ¿Consimió alcohol?: | Frecuencia: ¿Durante cuánto | tiempo y hace cuán | to lo dejó? | |
| ¿Fuma?: Fred ¿Fumó?: ¿D | cuencia: | , basa sudato lo dei | A2 | |
| ¿Fumo/: | urante cuanto tienipe | | | |
| ¿Consume drogas?: ¿Consimió drogas?: | ¿Durante cuá | nto tiempo y hace c | uánto lo dejó? | |
| Crisis vitales en el último en el último en el último año ha sufridamigos? (Especifique). | oño: | | | |
| RESULTADOS: | | | | |
| IINI MENTAL PFEIFFE | R RELOJ | BARTHEL | LAWTON | YESAVAGE |
| | | | | |
| EVALUADO | DR: | | | |
| | | | | |





| NIVEL: | II |
|----------|----|
| CLAVE: | |
| /ERSIÓN: | |

| Códio | DOM-P516-HM1_001 | |
|----------------|----------------------|--|
| E DOCUMENTACIÓ | 7 DE MAYO DE 2021 | |
| ACTUALIZACIÓN | 4 DE OCTUBRE DE 2021 | |



SELLO