

Anexo 8 Formato de referencia



HOJA DE REFERENCIA

No. de control: _____

URGENCIA SI _____ NO _____

II

NOMBRE (S) _____
 _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRES
 NUMERO DE EXPEDIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

III

UNIDAD QUE REFIERE _____

IV

UNIDAD A LA QUE SE REFIERE _____
 DOMICILIO _____
 _____ CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA _____
 SERVICIO AL QUE SE ENVIA _____

V

MOTIVO DE LA REFERENCIA (RESUMEN CLINICO DEL PADECIMIENTO): T.A. _____ TEMP _____ F.R. _____
 F.C. _____ PESO _____ TALLA _____

IMPRESION
 DIAGNOSTICA: _____

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa."

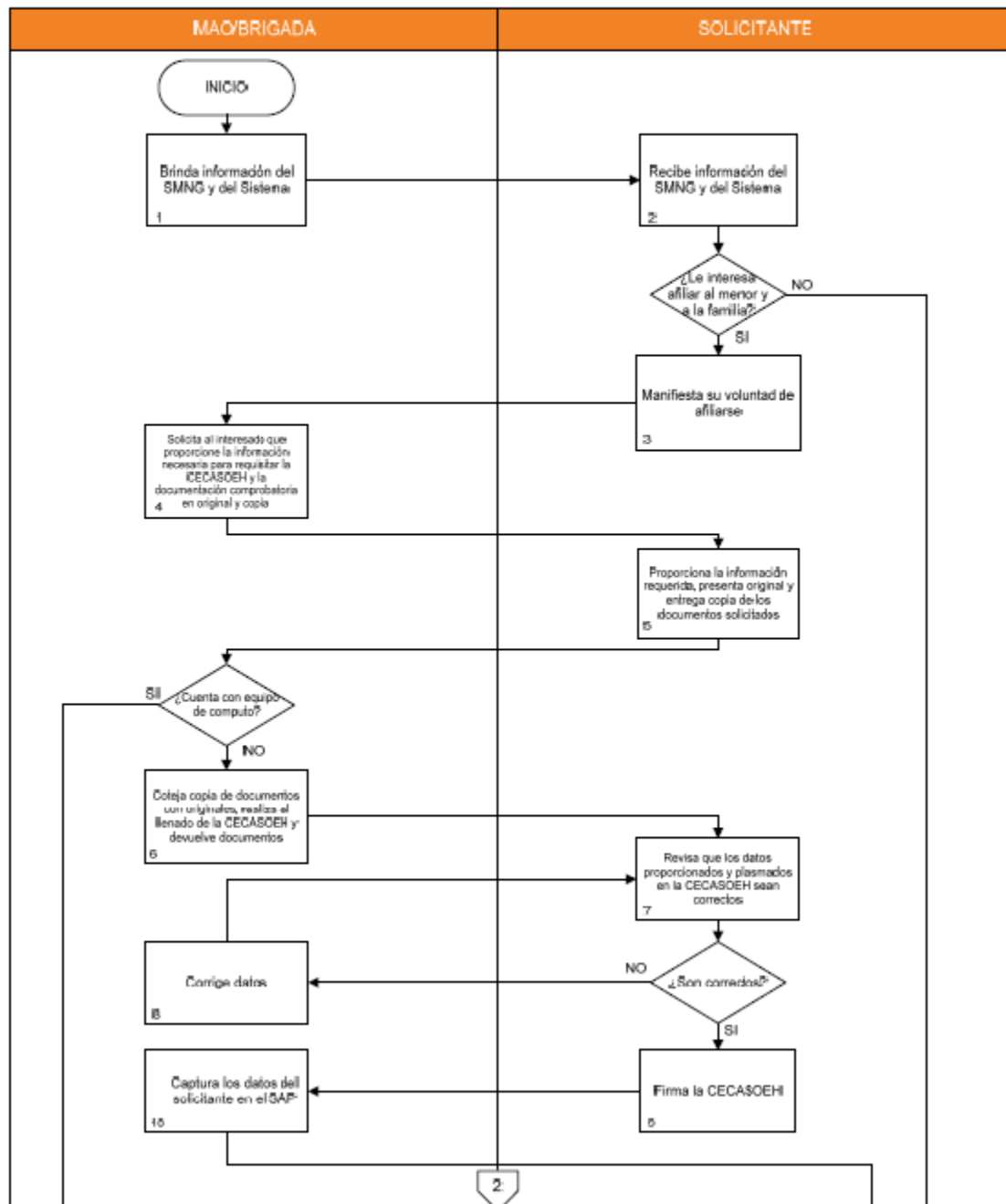
 NOMBRE Y FIRMA DEL
 RESPONSABLE DE LA UNIDAD

 NOMBRE Y FIRMA DEL
 MEDICO QUE REFIERE

Anexo 9. Procedimiento de afiliación al Seguro Médico Siglo XXI.

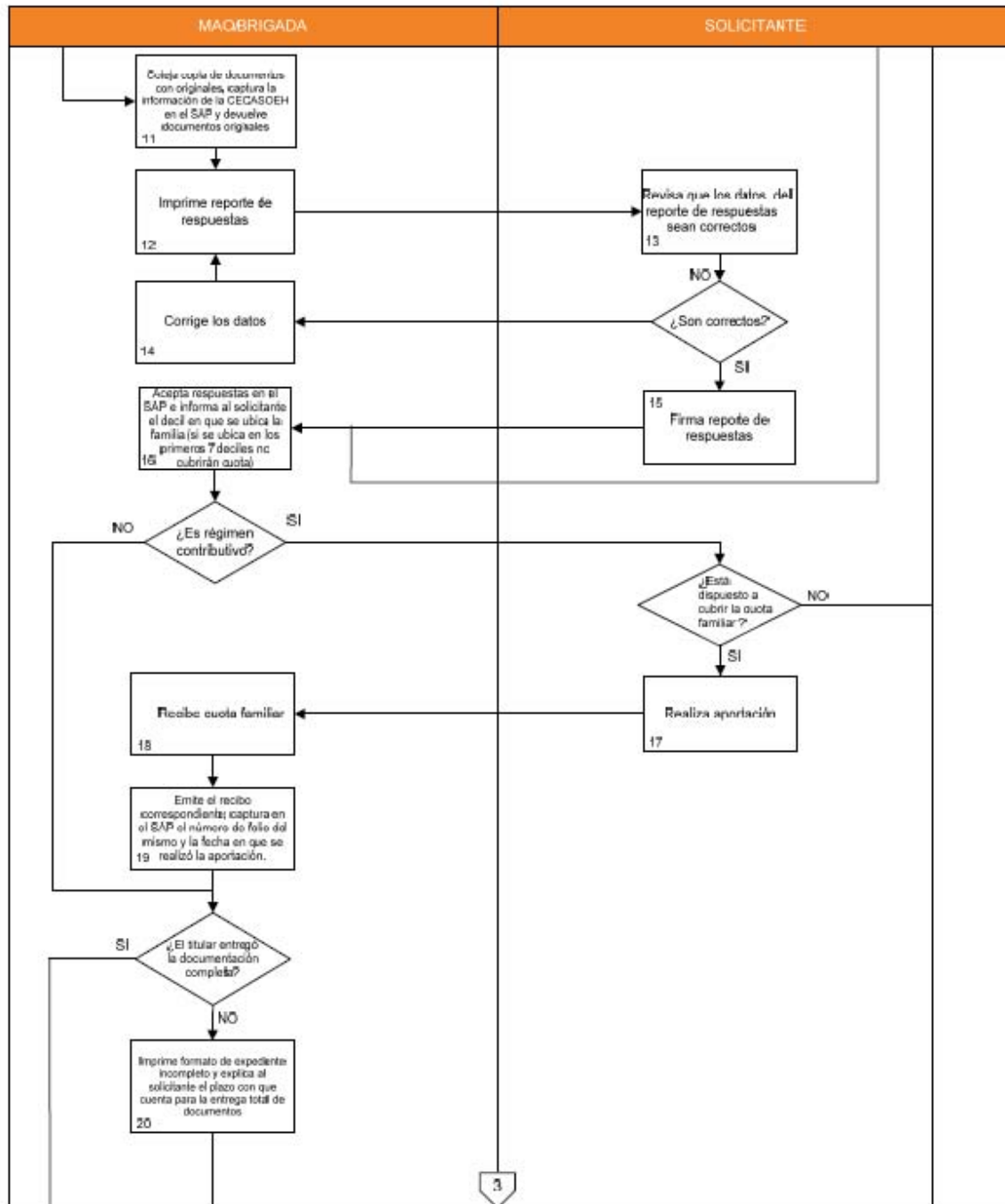


FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN SMNG



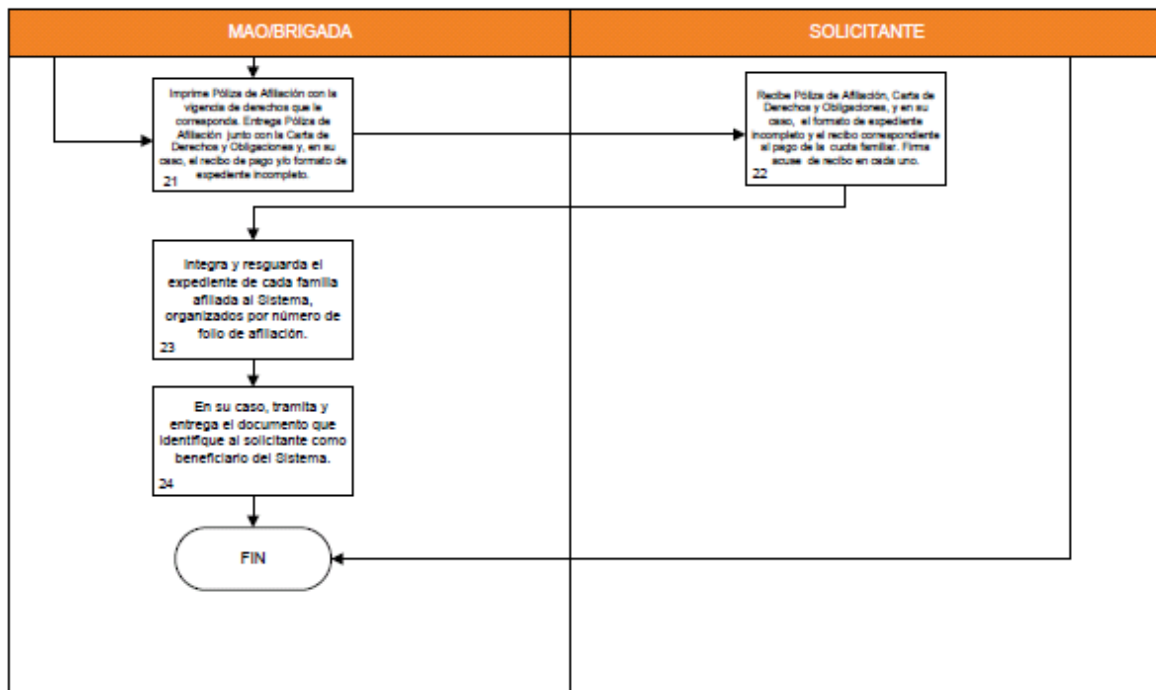


FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN






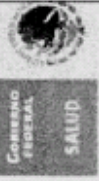
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE PROMOCIÓN Y AFILIACIÓN



Anexo 10. Citas para la familia en Anverso y Reverso



Seguro Popular



CORREO FEDERAL SALUD

CITAS PARA LA FAMILIA BENEFICIARIA DEL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN

Nombre del niño (a) _____

Nombre del titular o responsable de la familia _____

Domicilio: _____

Apellido paterno _____ **Apellido materno** _____ **Nombre** _____

Apellido paterno _____ **Apellido materno** _____ **Nombre** _____

Localidad _____ **Municipio** _____

No. de Folio de Familia _____ **No. de expediente familiar** _____

No. de CURP de la familia _____ **No. progresivo** _____ **Mes** _____ **Año** _____

Identificación del agente comunitario o de la unidad de salud

ASC o ARS ☐ **Centro de Salud** ☐ **UMF** ☐ **UMR** ☐

U. Mixta ☐ **Mod. Urbano** ☐ **Otro** ☐ **Especifique** _____

Nombre del responsable: _____

Domicilio: _____ **Localidad** _____ **Municipio** _____

Jurisdicción Sanitaria o Región: _____ **Estado:** _____


Institución: _____

Estimados Beneficiarios del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación, es importante que lean y recuerden lo siguiente:


- A través de este Programa se garantiza la cobertura completa en servicios de salud a los niños mexicanos nacidos a partir del 1° de diciembre de 2006, a fin de mejorar la salud y evitar las muertes y la discapacidad
- Cada integrante de la familia debe de tener su Cartilla Nacional de Salud y si no cuenta con ella deberán solicitarla al personal de salud
- Cada integrante debe de llevar a su consulta médica su Cartilla Nacional de Salud donde el personal de salud registrará los resultados de la atención recibida
- Es importante que todos los miembros de la familia reciban atención a la salud en las unidades médicas, asistiendo a las consultas en el día y a la hora programadas
- Para cuidar correctamente la salud del niño, deben capacitarse a través de la asistencia a los talleres comunitarios para la salud, de acuerdo a la programación señalada
- Es indispensable que su hijo reciba todas sus vacunas señaladas en la Cartilla Nacional de Vacunación y de particular importancia es la vacuna contra neumococo a los 2 y 4 meses de edad
- Preguntó a su médico la forma de prevenir la anemia en su hijo
- Como complemento de las acciones que ofrece el Seguro Popular, el Seguro Médico para una Nueva Generación cubre 103 intervenciones más
- Con este Programa los niños estarán protegidos de los principales padecimientos que se presentan en los primeros 5 años de vida, sobre todo en el primer año
- Es importante que todas las familias Oportunidades que estén afiliadas al Seguro Popular continúen con sus responsabilidades en Oportunidades, ya que pueden perderlos a los dos programas sin perder sus apoyos.

"El Seguro Popular es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social".

Anexo 11. Registro de Asistencia en Anverso y Reverso.



**REGISTRO DE ASISTENCIA A
LOS SERVICIOS DE SALUD**
AÑO: _____



**FORMATO
SMNG**

NOMBRE DEL TITULAR: _____
 NO. DE FOLIO DE LA FAMILIA: _____
 NOMBRE DEL NIÑO: _____
 NO. DE FOLIO DEL NIÑO: _____

UNIDAD DE SALUD: _____ JURISDICCIÓN O REGIÓN: _____ MUNICIPIO: _____
 CLAVE (CLUES): _____ INSTITUCIÓN: _____ LOCALIDAD: _____
 TIPO DE UNIDAD: _____ ESTADO: _____ COLONIA: _____

← MEDICO O ENFERMERA: PARA EL CORRECTO LLENADO Y MANEJO DEL FORMATO SMNG, ES NECESARIO QUE LEA EL INSTRUCTIVO QUE ESTÁ AL REVERSO DE LA HOJA →

Citas del niño (a)

Edad	Fecha	Cumplió
Al nacimiento		
A los 7 días		
A los 28 días		
A los 2 meses de edad		
A los 4 meses de edad		
A los 6 meses de edad		
A los 8 meses de edad		
A los 10 meses de edad		
A los 12 meses de edad		
A los 15 meses de edad		
A los 18 meses de edad		
A los 21 meses de edad		
A los 24 meses de edad		
A los 30 meses de edad		
A los 36 meses de edad		
A los 42 meses de edad		
A los 48 meses de edad		
A los 54 meses de edad		
A los 60 meses de edad		

Citas médicas adicionales

Edad	Fecha	Cumplió

Citas de los padres o tutores a los talleres comunitarios para el autocuidado de la salud

Tema	Fecha 1	Fecha 2	Cumplió
Seguro Médico para una Nueva Generación			
El Recién Nacido			
Menores de 1 año			
Menores de 5 años			
Enfermedades crónicas			
Infecciones respiratorias agudas			

*El Seguro Popular es público, ajeno a cualquier partido político.
 Queda prohibido el uso para fines distintos al desarrollo social*.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO SMNG REGISTRO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD:

OBJETIVO

El objetivo del llenado del Registro de Asistencia a los Servicios de Salud formato SMNG es llevar un control de todos los servicios básicos de atención que se proporcionan a la población beneficiaria como lo son los menores de 5 años dividida en las diferentes etapas de su crecimiento, así como el cumplimiento de su corresponsabilidad a los talleres de autocuidado de la salud que se imparten a los padres o tutores de los menores de 5 años en la comunidad.

Responsable del llenado. Este formato lo debe llenar el médico, enfermera y/o promotor de salud de las Unidades de Salud que proporcionan la prestación del servicio.

Llenado de la forma. Para el llenado del Registro de Asistencia a los Servicios de Salud formato SMNG de preferencia será llenado con bolígrafo.

NOMBRE DEL TITULAR: Anotar el nombre del padre o tutor

N° DE FOLIO DE LA FAMILIA: Registrar el número de folio de la familia

NOMBRE DEL NIÑO: Anotar el nombre (s) completo, Apellido Paterno y Apellido Materno del niño

N° DE FOLIO DEL NIÑO: Registrar el número de folio del niño

COLONIA: Registrar la colonia del domicilio del niño

AGEB: Anotar el Área Geostatística Básica del domicilio del niño

LOCALIDAD: Registrar la localidad del domicilio del niño

MUNICIPIO: Anotar el municipio de ubicación del domicilio del niño

ESTADO: Anotar la Entidad Federativa del domicilio del niño

UNIDAD DE SALUD: Anotar el nombre de la unidad de salud

JURISDICCIÓN O REGIÓN: Anotar el nombre y registro de la jurisdicción a la que pertenece la Unidad de Salud

TIPO DE UNIDAD: Anotar si se trata de unidad Fija/Móvil/ Equipos Itinerantes

MUNICIPIO: Registrar el municipio a que pertenece la unidad de salud

CLAVE (CLUES) 11 DIGITOS: Escribir la Clave Única del Establecimiento de Salud

INSTITUCIÓN: Anotar el nombre de los Servicios Estatales de Salud de la entidad que se trata

ESTADO: Anotar la Entidad Federativa de la Unidad de salud

COLONIA: Anotar la Colonia de la Unidad de salud

I. REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE ASISTENCIA

CITAS MÉDICAS DEL NIÑO (A):

- **Citas Médicas Del Niño (a):** Anotar el nombre (s) completo, Apellido Paterno y Apellido Materno
- **Fecha:** registre el día/mes/año del día que asistió a su cita médica programada de acuerdo a su grupo de edad.
- **Cumplido:** Anote SI /NO el cumplimiento de la asistencia a la cita médica programada en la unidad de salud.

CITAS MÉDICAS ADICIONALES

- **Edad:** Anote la edad del menor de años que acude a la cita médica adicional.
- **Fecha:** registre el día/mes/año del día que acude a su cita médica adicional.
- **Cumplido:** Anote SI /NO el cumplimiento de la asistencia a la cita médica adicional programada.

CITAS DE LOS PADRES O TUTORES A LOS TALLERES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

- **Fecha 1:** registre el día/mes/año del taller a impartirse conforme a los temas indicados
- **Fecha 2:** registre el día/mes/año del taller a impartirse conforme a los temas indicados
- **Cumplido:** Anote SI / NO, el cumplimiento de la asistencia al taller programado de autocuidado de la salud

Anexo 13. Informe Mensual de la Unidad Médica SIS-SS-CE-H

[illegible]

• Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa.