



Manual de Procedimientos

DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

SEPTIEMBRE 2016



*Ciudad
de Progreso*



Ciudad de Progreso

Manual de Procedimientos DE LA DIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

Clave: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAS063

AUTORIZACIONES		
Juan Román Espinosa Moyado  Director General	José Gerardo Teñez Gómez  Encargado de Despacho de la Dirección de Atención a la Salud	Aldo Moisés Ramírez Peña  Jefe de Departamento de Atención Médica
Enrique Montero Clavel  Jefe de Departamento de Atención Psicológica	Ismael Villalba Villalba  Jefe de Departamento de Atención Dental	Rodolfo Sánchez Corro  Contralor Municipal

Aprobado ocho de septiembre de dos mil dieciséis con fundamento en los artículos 169 fracciones VII y IX de la Ley Orgánica Municipal; 20 fracción II, 34 fracción XVIII, 35 fracción XIII del Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF; y 12 fracción VI del Reglamento Interior de la Contraloría Municipal del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Puebla.



	Índice	Página
I.	Introducción	5
II.	Presentación de los procedimientos	6
III.	Departamento de Atención Médica	
	Procedimiento para la atención médica de urgencias	7
	Formatos	14
	Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud	17
	Formatos	20
	Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico	21
	Formatos	27
	Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición	32
	Formatos	37
	Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad	43
	Formatos	46
	Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal	50
	Formatos	53
	Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus	55
	Formatos	59
	Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama	63
	Formatos	68
	Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones)	74
	Formatos	77
	Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos	80
	Formatos	85
IV.	Departamento de Atención Psicológica	
	Procedimiento para otorgar atención Psicológica	87
	Formatos	91
	Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica	97
	Formatos	102
	Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia	107
	Formatos	111
V.	Departamento de Atención Dental	
	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental	115
	Formatos	121
	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia	126
	Formatos	132
VI.	Glosario de Términos	136

	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Registro: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAS063
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Núm. de revisión: 01

I.INTRODUCCIÓN

El Sistema Municipal DIF, Organismo Público Descentralizado, constituido debidamente en el Municipio de Puebla el día 9 de marzo de 1993, y adicionado mediante Acuerdo de Cabildo del Honorable Ayuntamiento del Municipio de Puebla, de fecha 14 de noviembre del 2013 y publicado en el Periódico Oficial el 30 de Diciembre del 2013, con la finalidad de planear, generar y direccionar estrategias dedicada a promover valores y acciones que encaucen al fortalecimiento familiar, como medio para consolidar una mejor sociedad.

El presente Manual de Procedimientos pretende detallar las actividades generales de cada una de las Unidades Administrativas que integran la Dirección mostrando, a través de diagramas de flujos, la secuencia de procesos de forma esquematizada y aquellos puestos que se están involucrados, garantizando así el óptimo desarrollo de estas actividades, de su desarrollo y ejecución. De la misma forma, cuenta con el fundamento legal correspondiente, mismo que sustenta cada una de las actividades que realiza el Sistema Municipal DIF.

Por lo anterior, se pretende que el mismo, tenga una utilidad que permita conocer el funcionamiento interno de la Dirección describiendo en forma detallada las actividades de cada proceso, área o Unidad Administrativa que las ejecuta, requerimientos y puestos responsables de las mismas auxiliando en la inducción del puesto y facilitando la capacitación del personal

El Manual se usará como una herramienta que facilite el proceso de inducción y capacitación del personal de nuevo ingreso e incentive la polifuncionalidad al interior de cada Área.

El valor de este Manual, como herramienta de trabajo, radica en la información contenida en él, por lo tanto el mantenerlo actualizado permite que cumpla con su objetivo, atendiendo dicha actualización a:

- La Estructura Orgánica registrada por la Contraloría Municipal;
- El Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF; y
- Métodos de trabajo de las Unidades Administrativas.

Asimismo, y con la intención de fomentar un entorno de respeto e igualdad entre el personal de la Dirección de Atención a la Salud del Sistema Municipal DIF, que considere los principios básicos de igualdad y equidad, que deben existir entre hombres y mujeres para su óptimo desarrollo personal y profesional, toda referencia, incluyendo los cargos y puestos en este Manual, al género masculino lo es también para el género femenino, cuando de su texto y contexto no se establezca que es para uno y otro género.

En este sentido, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece en su artículo 4 que el varón y la mujer son iguales ante la Ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

El contenido técnico del presente documento es responsabilidad de quien lo emite, así como sus modificaciones, cada vez que la normatividad aplicable o las tareas al interior de las Unidades Administrativas que la conforman signifiquen cambios en sus procedimientos, a efecto de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz.

II.PRESENTACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

- Procedimiento para la atención médica de urgencias.
- Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.
- Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.
- Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.
- Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.
- Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.
- Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.
- Procedimiento para otorgar el servicio de detección de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.
- Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).
- Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- Procedimiento para otorgar atención Psicológica.
- Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.
- Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia.

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DENTAL

- Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental.
- Procedimiento para otorgar el servicio de Ortodoncia.

III. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para la atención médica de urgencias
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en general del Municipio de Puebla que requiera de atención médica de urgencias para estabilizar al paciente y preparar traslado y/o referencia en caso necesario.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Normas oficiales Mexicanas vigentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. • Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013. Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica. • Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental- salud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018. <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52 fracciones I y IX.</p>

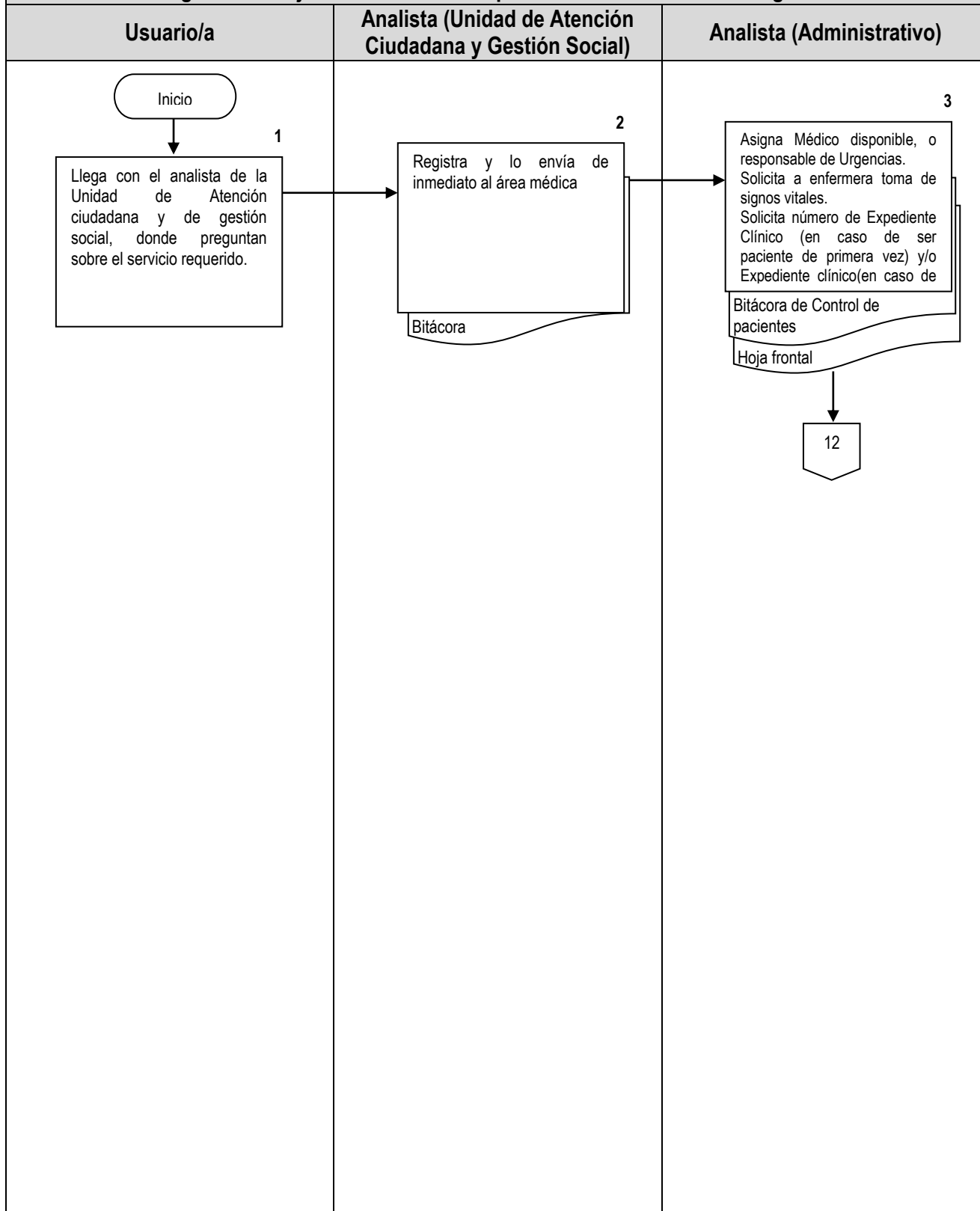
<p>Políticas de Operación:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe recibir de inmediato y a toda persona que requiera de una atención médica de urgencias y/o primeros auxilios. • La atención otorgada debe ser de manera inmediata y oportuna por parte del personal médico y paramédico capacitado de la Unidad Médica Integral • La atención médica de urgencia debe proporcionarse a aquellas personas que según su estado de salud puedan ser atendidas en un Primer nivel de atención. • Las personas deben ser referidas así lo amerita a Hospitales Públicos de Referencia de segundo nivel de atención correspondientes, inmediatamente después de haber estabilizado su estado de salud. • El costo de la atención de urgencias dependerá del servicio que se le otorgue al paciente.
<p>Tiempo Promedio de Gestión:</p>	<p>5 minutos</p>

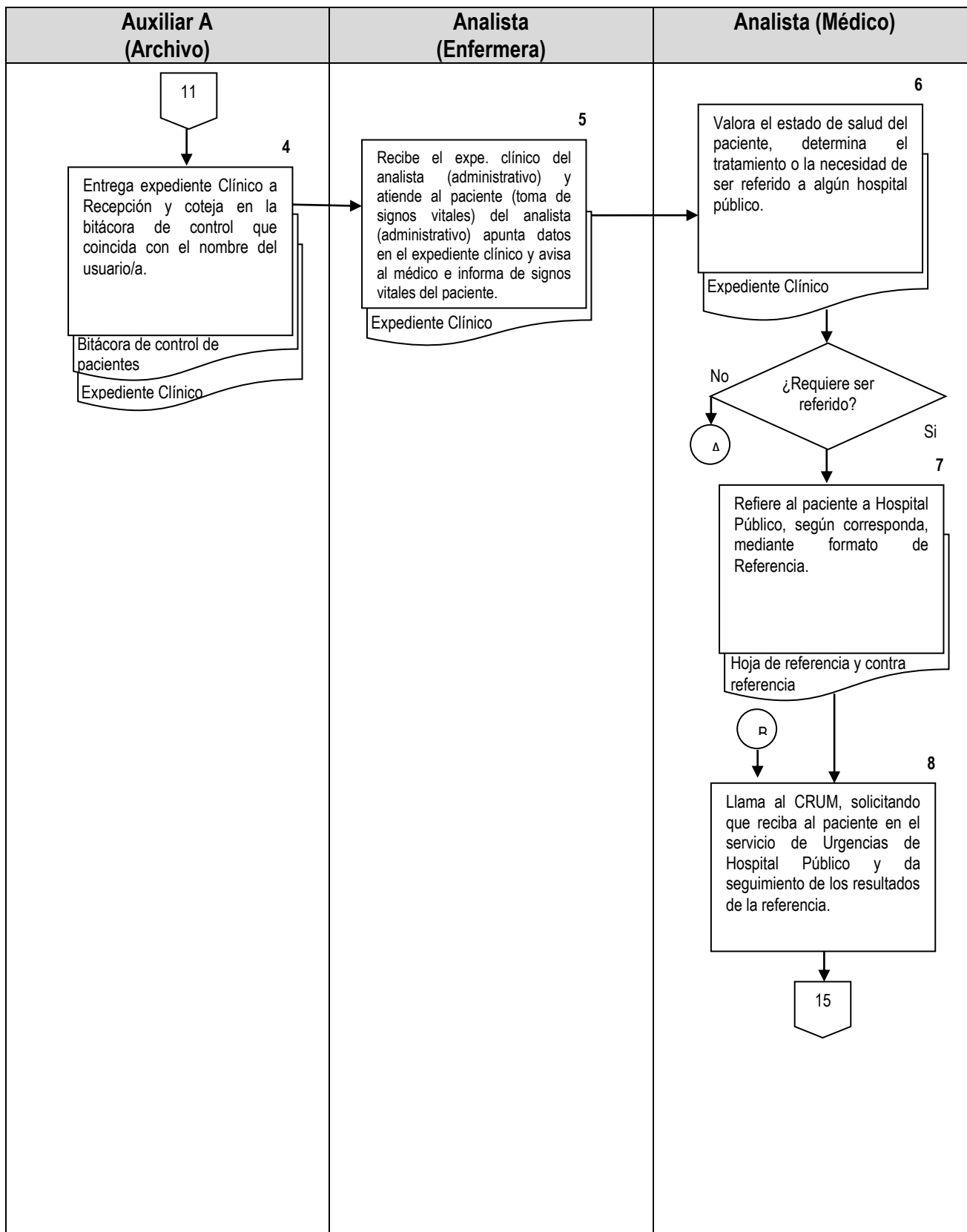
Descripción del Procedimiento: Para la atención médica de urgencias

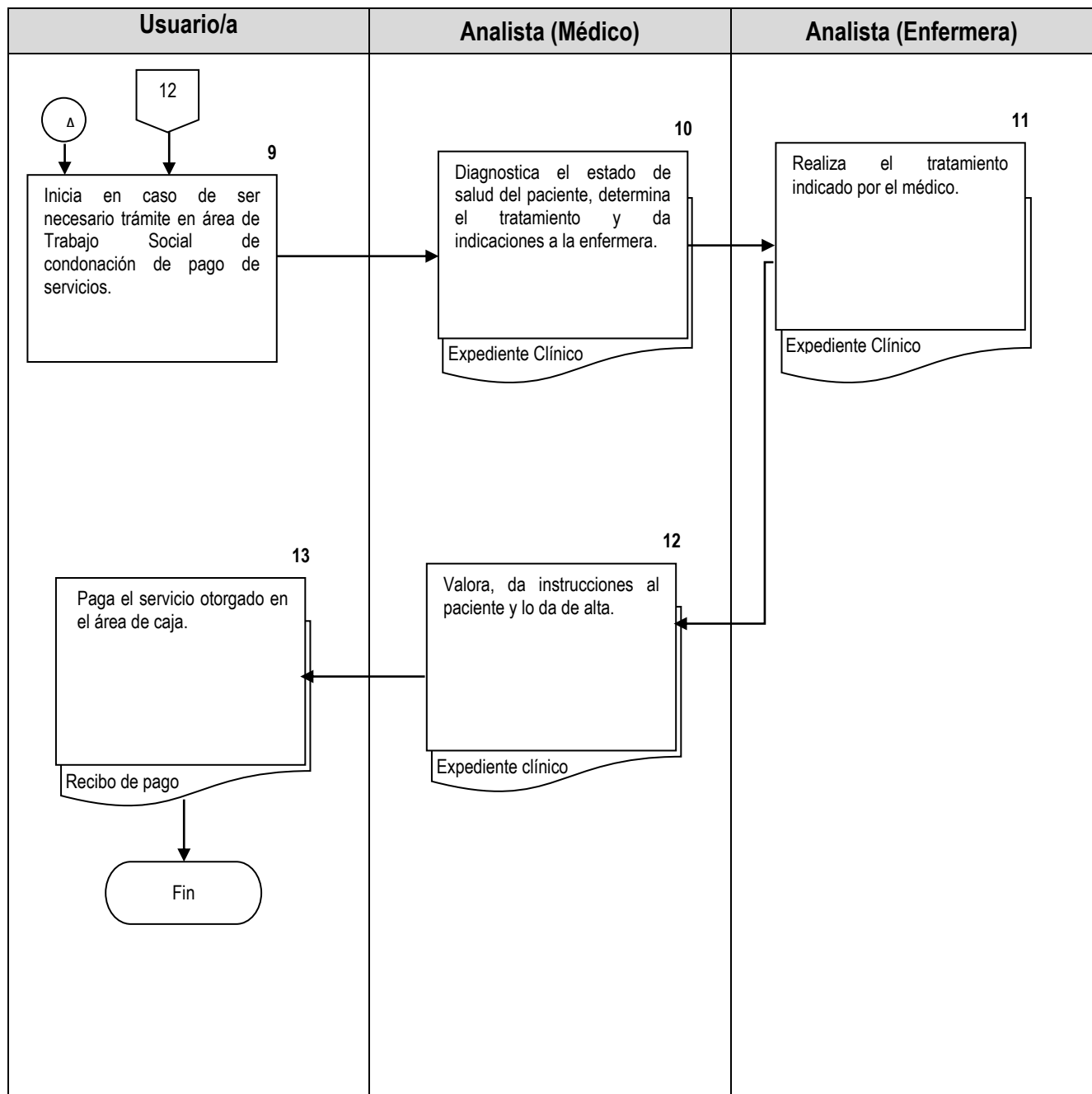
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Llega con el analista de la Unidad de Atención ciudadana y de gestión social, donde preguntan sobre el servicio requerido.		
Analista (Unidad de Atención Ciudadana y de Gestión Social)	2	Registra y envía de inmediato al Área Médica.	Bitácora de Control de pacientes	Original
Analista (Administrativo)	3	Asigna Médico disponible, o responsable de Urgencias. Solicita a enfermera toma de signos vitales. Solicita a Analista (administrativo) que se encuentra en archivo, número de Expediente Clínico (en caso de ser paciente de primera vez) y/o Expediente clínico (en caso de ser paciente subsecuente).	Bitácora de Control de pacientes/ Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)	Original
Auxiliar A (Archivo)	4	Entrega expediente Clínico a Recepción y coteja en la bitácora de control que coincida con el nombre del usuario/a.	Bitácora de Control de pacientes/ Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)	Original
Analista (Enfermera)	5	Recibe el expediente clínico del analista (administrativo) y atiende al paciente necesitado de atención urgente (toma de signos vitales) del analista (administrativo) apunta datos en el expediente clínico y avisa al médico e informa de signos vitales del paciente.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)	Original
Analista (Médico)	6	Valora el estado de salud del paciente, determina el tratamiento o la necesidad de ser referido a algún hospital público. • Si no requiere ser referido continua en la actividad Núm. 9, en caso contrario:	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) (Historia Clínica FORM1483/ SMDIF/0516)	Original

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista (Médico)	7	Refiere al paciente a Hospital Público, según corresponda, mediante formato de Referencia.	Hoja de Referencia y contra referencia FORM.1484/ SMDIF/0516	Original
	8	Llama al CRUM, solicitando que reciba al paciente en el servicio de Urgencias de Hospital Público y da seguimiento de los resultados de la referencia.		
Usuario/a	9	Inicia en caso de ser necesario trámite en área de Trabajo Social de condonación de pago de servicios.		
Analista (Médico)	10	Diagnostica el estado de salud del paciente, determina el tratamiento y da indicaciones a la enfermera.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)	Original
Analista (Enfermera)	11	Realiza el tratamiento indicado por el médico.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)	Original
Analista (Médico)	12	Valora, da instrucciones al paciente y lo da de alta.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)	Original
Usuario/a	13	Paga el servicio otorgado en el área de caja. Termina procedimiento.	Recibo de Pago FORM. 551-A/ SMDIF/0416	Original y Copia

Diagrama de flujo del Procedimiento para la atención médica de urgencias









**Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica**



Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA FRONTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Servicio: _____ Expediente: _____

Diagnóstico	Fecha	Médico

FORM-1485/SMDIF/0016


HOJA FRONTAL

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato:

1. Nombre del paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
2. Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
3. Edad.: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12
4. Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
5. Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
6. Religión: Registrar si la hubiera
7. Escolaridad: Escribir grado máximo de estudios.
8. Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente
9. Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
10. Servicio: Anotar el servicio al cual acude el paciente.
11. Expediente: Registrar el número de expediente asignado al paciente.
12. Diagnóstico: Escribir de forma breve y clara el diagnóstico del paciente.
13. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
14. Médico: Registrar el nombre del médico el cual le atendió en esa ocasión. El diagnóstico, la fecha y el médico que se encuentran en la tabla de este formato deberá ser llenado tantas veces el paciente acuda a consulta médica.

Avenida Cuá Merlo No. 201, Col. San Balthazar, Compuche C.P. 72500 / T. (229) 214 00 00 ext 608
 www.Pueblacapital.gob.mx
Chihuahuita, Gt. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

Artículos de Protección de Datos Personales: Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Coligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
 Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____

Personales no patológicos: _____

Personales patológicos: _____

Antecedentes pediátricos: _____

Gineco-obstétricos: Menarca: _____ Cidos: _____ IVSA: _____ Partos sexuales: _____
 FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
 Gestá: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____ Planificación familiar: _____
 Menopausia / Climatario: _____
 Citología vaginal: _____
 Exploración mama: _____

FORN. 3483/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

Motivo de consulta / Padecimiento actual: _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

PRONÓSTICO: _____

Sello y firma del médico: _____

FORN. 3483/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

HISTORIA CLÍNICA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Hora: Escribir la hora en la que se realizó el expediente, utilizar el formato de 24 horas (00:00).
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
- Religión: Registrar si la hubiera.
- Lugar de origen: Escribir el lugar en donde nació.
- Lugar de residencia: Escribir el lugar donde vive actualmente.

FORN. 3483/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

- Escolaridad: Escribir el grado máximo de estudios.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
- Antecedentes heredo familiares: Realizar preguntas de las enfermedades y padecimientos que se consideran hereditarios de familiares cercanos, para ubicar si el paciente está en riesgo de padecer alguno de ellos, se registra de acuerdo a lo expuesto por el paciente.
- Antecedentes personales no patológicos: Preguntar por datos de toximias, tipo de vivienda, estado socioeconómico, etc. registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes personales patológicos: Preguntar si ha cursado por alguna enfermedad, cirugía y ha estado hospitalizado, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Pediátricos: Preguntar por padecimientos o condiciones de salud durante la infancia, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Gineco-obstétricos: Registrar estos datos solo si se trata de mujeres, de acuerdo a los datos solicitados.

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Motivo de consulta/Padecimiento actual: Registrar el motivo actual de la consulta, de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, o bien derivado de la auscultación.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas: Preguntar por el estado de salud de cada uno de los aparatos y sistemas existentes en el organismo, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, a auscultación o bien a resultados de auxiliares de diagnóstico.
- Exploración física: Registrar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura, el peso y la talla, y el índice de masa corporal, describir lo observado en la exploración.
- Diagnóstico: Escribir el diagnóstico, de acuerdo a todos los datos integrados ya con anterioridad.
- Plan terapéutico: Escribir el plan terapéutico propuesto.
- Tratamiento: Escribir el tratamiento a seguir.
- Pronóstico: Llenar utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
- Sello y firma del médico: Registrar el nombre completo del médico, su cédula profesional y su sello.

FORN. 3483/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx

485 PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Formulario de Referencia y Contrarreferencia

Fecha de referencia: Expediente:

EDAD		SEXO	
AÑOS	MESES	M	F
U	NG	S	N

Nombre del paciente: Domicilio del paciente:

Médico que envía: Médico que recibe: Médico que envía:

Motivo del envío: Impresión diagnóstica: Especialidad:

Unidad a la que se refiere: Unidad de referencia: Fecha de referencia: Seguridad social: Urgencias: SI/NO Expediente:

Nombre: apellido paterno apellido materno nombre (s) Num. de expediente: edad años meses días sexo m/f

Unidad que refiere: Unidad a la que se refiere: Domicilio: calle número colonia Teléfono: Beneficio al que se envía:

Resumen clínico del padecimiento: TA: mmHg / mmHg FC: peso talla:

Impresión diagnóstica:

Nombre y firma del médico que refiere: Nombre y firma del responsable de la unidad:

FORM-1484/SMDEF/0516

485 PUEBLA

Visita domiciliaria

Fecha de visita: Se le atendió: SI/NO por qué: Continúa bajo tratamiento médico: SI/NO por qué: Observaciones:

Hoja de contrarreferencia

Unidad que contrarreferencia: Domicilio: fecha: Beneficio: Manejo del paciente: Resumen clínico:

Diagnóstico de ingreso: Diagnóstico de egreso:

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción:

Control del paciente: Tratamiento concluido: con/continuar tratamiento: Envío a consulta subsiguiente al servicio de:

Nombre y firma del médico que refiere: Nombre y firma del responsable de la unidad:

FORM-1484/SMDEF/0516

485 PUEBLA

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha de referencia: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Domicilio del paciente: Anotar la dirección del paciente
- Motivo del envío: Escribir la impresión diagnóstica por la que se envía al paciente.
- Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
- Especialidad: Anotar la especialidad médica a la que se envía al paciente.
- Edad: Anotar años cerrados y/o meses cumplidos.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Urgencia: Colocar SI o No según corresponda.
- Médico que envía: Anotar el nombre completo del Médico que realiza la referencia.
- Médico que recibe: Anotar en caso de conocer el nombre del médico que recibe al paciente en la Unidad Hospitalaria Pública.
- Seguridad Social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.
- Fecha de Referencia: Indicar la fecha exacta de referencia Día/Mes/Año
- Seguridad social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.

Avance Cód. Voto No. 201. Cód. San. Botón: Compuesto C.F. 70350 / T. 0221 214 00 00 015

www.Pueblacapital.gob.mx

- Urgencias: Marcar con X SI o NO.
- Expediente: Anotar el número de expediente del paciente
- Nombre: Anotar el nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre.
- De expediente: Anotar el numero correspondiente.
- Edad: Anotar años cerrados y/o meses cumplidos
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres
- Unidad que refiere: Escribir el nombre completo de la Unidad Médica Integral
- Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
- Domicilio: Del Hospital Público al que se refiere el paciente (si se conoce).
- Teléfono: Del Hospital Público al que se envía el paciente (si se conoce)
- Servicio al que se envía: Anotar el servicio médico a donde se envía el paciente.
- Resumen Clínico del Padecimiento: TA: presión arterial, Temp: corporal del paciente, FR: frecuencia respiratoria, FC: frecuencia cardiaca, PESO: del paciente, TALLA: del paciente. Realizar resumen clínico del paciente
- Impresión Diagnóstica: Anotar el diagnostico presuntivo por el que se envía al paciente.
- Nombre y Firma del Médico que refiere: Anotar el nombre completo y Cedula Profesional así como la rúbrica del médico que realiza la referencia.
- Nombre y Firma del Responsable de la Unidad: Anotar el nombre completo, Cedula Profesional y rubrica del Responsable de la Unidad Médica Integral.
- Sello de la Unidad Médica general: Colocar Sello de la Unidad Médica en los formatos correspondientes

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Visita domiciliaria:
- Fecha de visita: Anotar la fecha que el personal acude a visitar al paciente en domicilio.
- Se le atendió: Anotar SI en caso de respuesta positiva. Fecha: fecha de visita.- NO si no se le atendió. PORQUE: indicar motivo
- Continúa bajo tratamiento: Indicar SI o NO y MOTIVO
- Observaciones: Anotar cualquier situación que el paciente indique de la atención recibida en el Hospital Público.
- Hoja de Contra referencia: Tendrá que ser llenado por el Hospital Público donde se envió al paciente.

Avance Cód. Voto No. 201. Cód. San. Botón: Compuesto C.F. 70350 / T. 0221 214 00 00 015

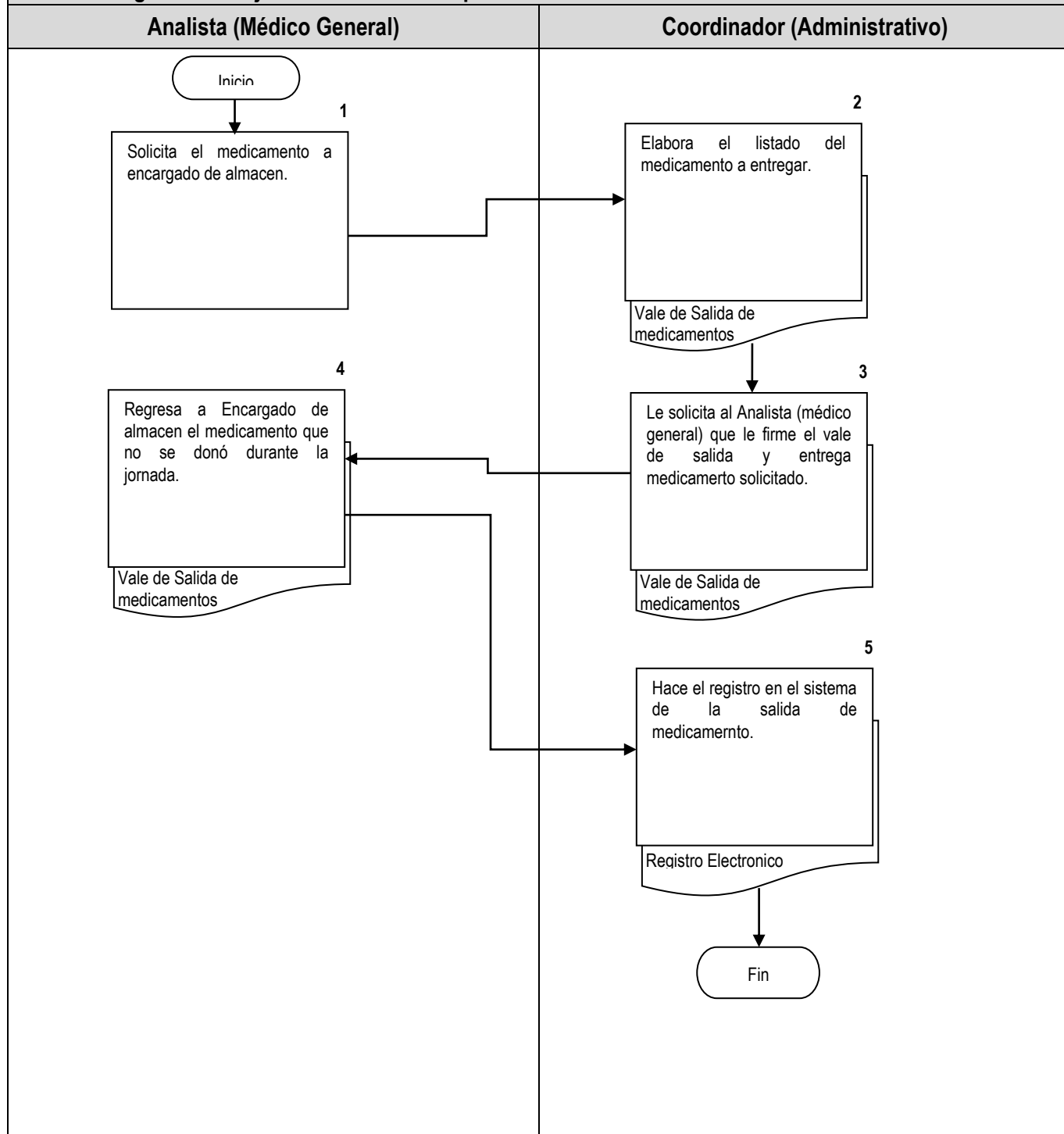
www.Pueblacapital.gob.mx


Nombre del procedimiento:	Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud.
Objetivo:	Establecer las acciones que se llevan a cabo para la entrega de medicamentos en las Jornadas de Salud, que otorga el SMDIF en el Municipio.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social. Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla. Artículo 12</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1º y 2º</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52 fracción X.</p>
Políticas de Operación:	La solicitud de medicamento solo se realiza cuando exista medicamento en almacén.
Tiempo Promedio de Gestión:	15 minutos.

Descripción del Procedimiento: Para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista (Médico General)	1	Solicita el medicamento a encargado de almacén.		
Coordinador (Administrativo)	2	Elabora el listado del medicamento a entregar.	Vale de Salida de medicamentos FORM.1493/ SMDIF/0516	Original
	3	Le solicita al Analista (médico) que le firme el vale de salida y entrega medicamento solicitado.	Vale de Salida de medicamentos FORM.1493/ SMDIF/0516	Original y Copia
Analista (Médico General)	4	Regresa a Encargado de almacén el medicamento que no se donó durante la jornada.	Vale de Salida de medicamentos FORM.1493/ SMDIF/0516	Original
Coordinador (Administrativo)	5	Hace el registro en el sistema de la salida de medicamento. Termina procedimiento.	Registro Electrónico	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para la salida de medicamentos a Jornadas de Salud






485
PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

VALE DE SALIDA DE MEDICAMENTOS

FECHA:
LUGAR DE LA JORNADA:
DR. (A):

MEDICAMENTOS	FONDO FIJO	PIEZAS EXPEDIDAS	PIEZAS REQUERIDAS



www.Pueblacapital.gob.mx
Pueblacapital @Pueblacapital Ayuntamiento de Puebla

FORM.1493/SMDIF/0516

VALE DE SALIDA DE MEDICAMENTOS

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

1. Fecha: Anotar día/mes/año de la salida del medicamento
2. Lugar de la jornada: anotar calle, colonia y junta auxiliar donde se realizara la jornada
3. Dr(a): Nombre del Médico Responsable de asistir a Jornada y encargado del medicamento.
4. Medicamentos: Anotar Nombre genérico, presentación y gramaje de medicamento.
5. Fondo fijo: Indicar la cantidad de piezas que se tienen como fondo de medicamento para jornada.
6. Piezas expandidas: Cantidad de medicamento recetado y surtido en jornada.
7. Piezas solicitadas: cantidad de medicamentos solicitados a almacén de acuerdo a los expedidos para conservar el fondo fijo de manera permanente.

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.
Objetivo:	Atender a los grupos vulnerables que solicitan servicios médicos básicos a través de las consultas médicas, general, de especialidad y expedición de certificados médicos.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo. 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1º, 4º, 8º, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p> <p>Normas Oficiales Mexicanas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. • Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012. Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. • Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002. Protección ambiental salud ambiental- residuos peligrosos biológico- infecciosos-clasificación y especificaciones de manejo. • Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012. En materia de información en salud. <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal del DIF, Artículo 52.</p>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Se le puede proporcionar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico al público en general que solicite el servicio en la

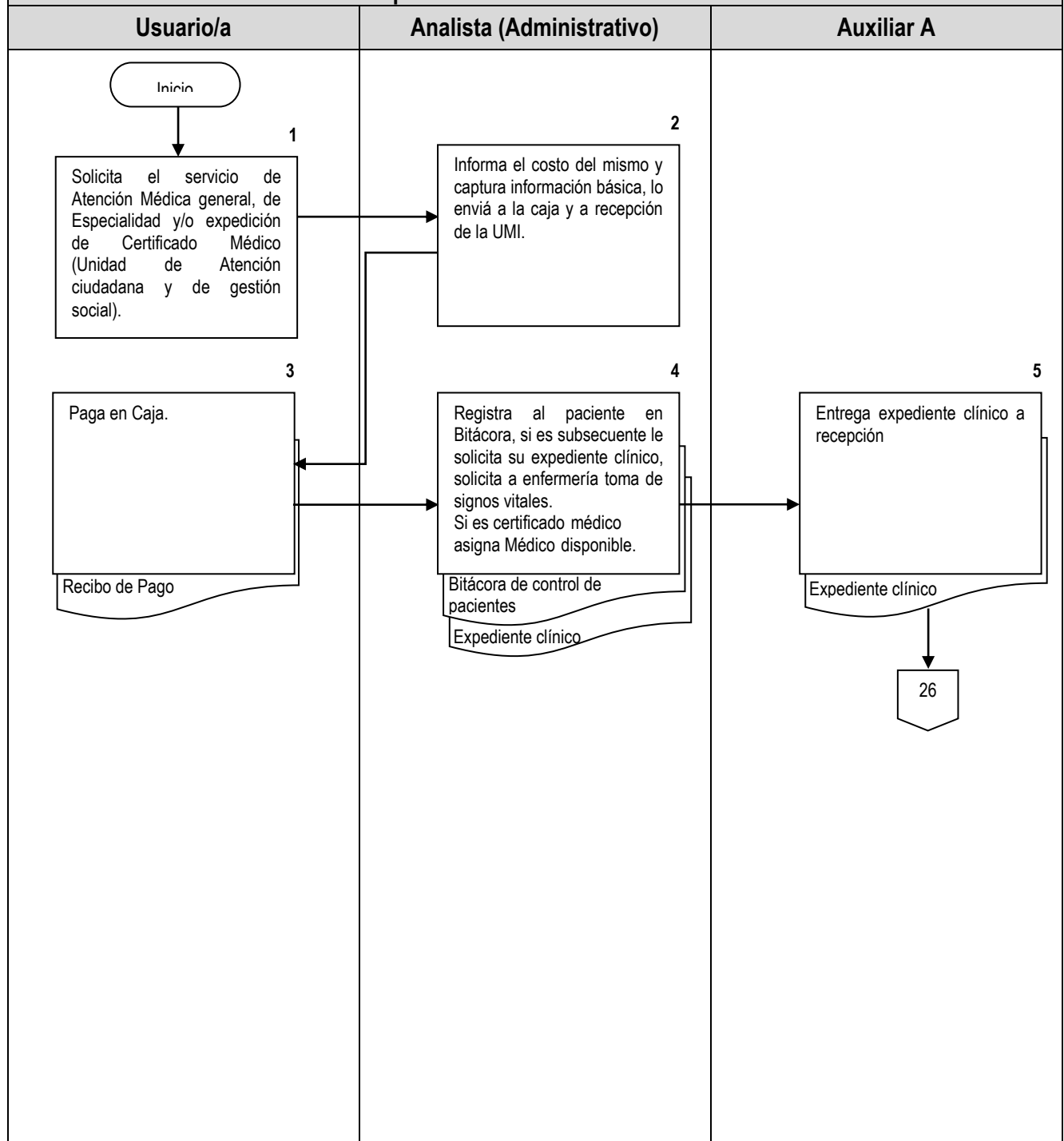
	<p>Unidad Médica Integral del Sistema Municipal DIF.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se proporcionarán a todos los que previamente hayan pagado el servicio solicitado. • Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social. • El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas. • En caso de que el usuario solicite un justificante de ausencia escolar o a su trabajo, lo deberá solicitar al médico que lo atendió para su expedición. • La consulta de Gineco-Obstetricia se otorgará en un horario de lunes a viernes de 8:00 a 13:00 horas.
<p>Tiempo Promedio de Gestión:</p>	<p>20 minutos</p>

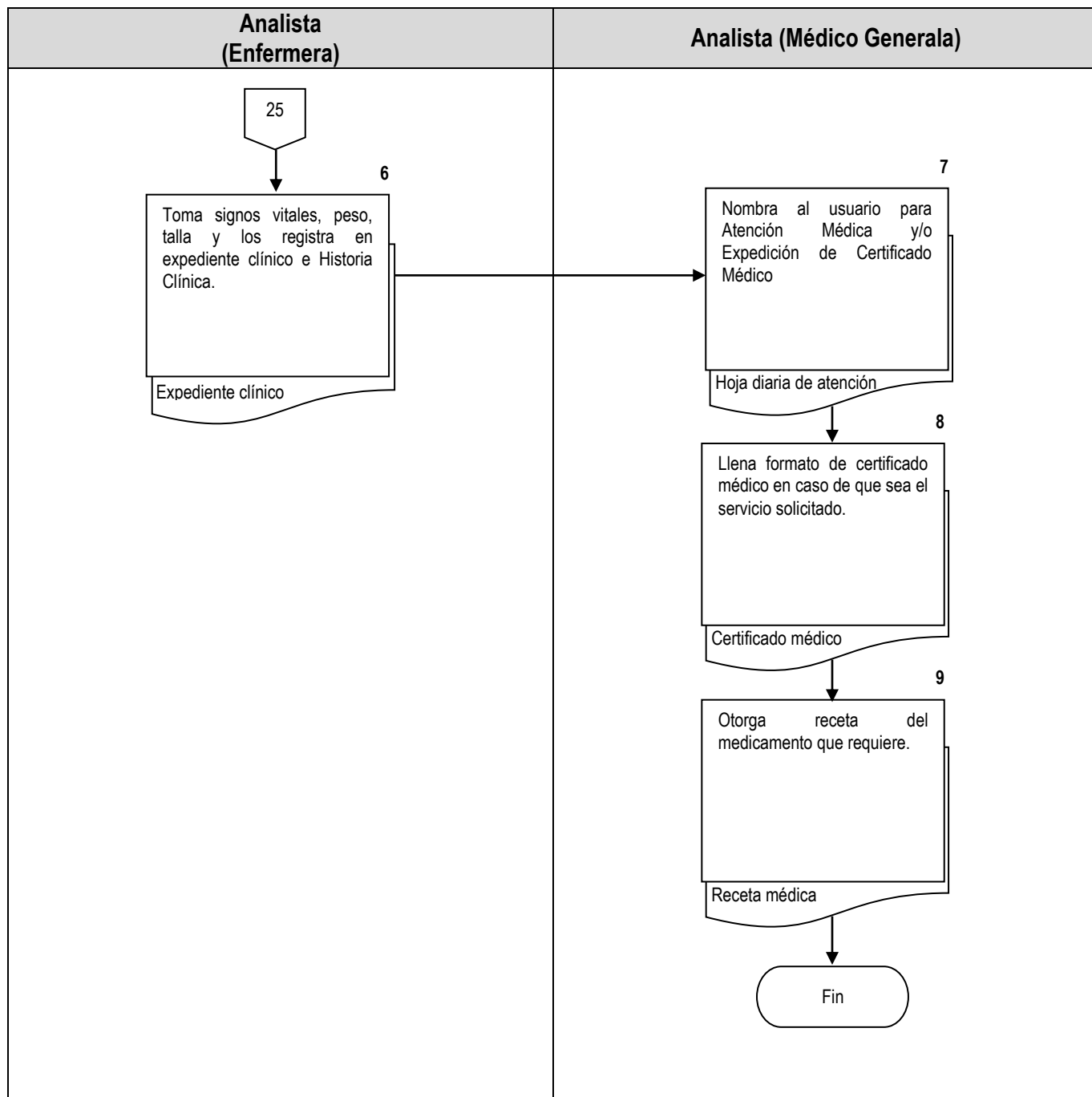
Descripción del Procedimiento: Para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita el servicio de atención médica general, de especialidad y/o expedición de certificado médico (Unidad de Atención ciudadana y de gestión social)		
Analista (Administrativo)	2	Informa el costo del mismo y captura información básica, lo envía a la caja y a recepción de la UMI.		
Usuario/a	3	Paga en Caja.	Recibo de Pago FORM.551-A/ SMDIF/0416	Original
Analista (Administrativo)	4	Registra al paciente en Bitácora y le asigna número de expediente clínico si es de primera vez. Si es subsecuente le solicita su expediente clínico a la encargada de Archivo clínico, solicita a enfermería toma de signos vitales. Si es certificado Médico asigna Médico disponible.	Bitácora de control de pacientes/ Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM1483/ SMDIF/0516)	Original
Auxiliar A	5	Entrega expediente a Recepción.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM1483/ SMDIF/0516)	Original
Analista (Enfermera)	6	Toma signos vitales, peso, talla y los registra en Expediente Clínico e Historia Clínica	Expediente clínico/ (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM1483/ SMDIF/0516)	Original
Analista (Médico General)	7	Nombra al usuario para Atención Médica y/o Expedición de Certificado Médico	Hoja Diaria de Atención FORM.819-A/ SMDIF/0516	Original

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	8	Llena formato de Certificado Médico en caso de que sea el servicio solicitado	Formato de Certificado Médico FORM.374-A/SMDIF/0516	Original
	9	Otorga receta del medicamento que requiere. Termina procedimiento.	Receta Médica FORM.375-A/SMDIF/0516	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar consulta médica general, consulta de especialidad y expedición de certificado médico





Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Artículo de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
 Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____
 Especificar: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____

Personales no patológicos: _____

Personales patológicos: _____

Antecedentes pediátricos: _____

Gineco-obstétricos: _____
 Menarca: _____ Ciclos: _____ IVSA: _____ Parejas sexuales: _____
 FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
 Gestas: _____ Para: _____ Abortos: _____ Cesáreas: _____ Planificación familiar: _____
 Menopausia / Climaterio: _____
 Citología vaginal: _____
 Exploración mama: _____

FORM. 3482/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Morel No. 201, Col. San Ildefonso Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05 www.Pueblacapital.gob.mx
 CDMX Puebla Q. R. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

Motivo de consulta / Padecimiento actual: _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PLAN TERAPÉUTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

PRONÓSTICO: _____

Sello y firma del médico: _____

FORM. 3482/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Morel No. 201, Col. San Ildefonso Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05 www.Pueblacapital.gob.mx
 CDMX Puebla Q. R. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

HISTORIA CLÍNICA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Hora: Escribir la hora en la que se realizó el expediente, utilizar el formato de 24 horas (00:00).
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
- Religión: Registrar si la hubiera.
- Lugar de origen: Escribir el lugar en donde nació.
- Lugar de residencia: Escribir el lugar donde vive actualmente.

FORM. 3482/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Morel No. 201, Col. San Ildefonso Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05 www.Pueblacapital.gob.mx
 CDMX Puebla Q. R. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

- Escolaridad: Escribir el grado máximo de estudios.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
- Antecedentes heredo familiares: Realizar preguntas de las enfermedades y padecimientos que se consideran hereditarios de familiares cercanos, para ubicar si el paciente está en riesgo de padecer alguno de ellos, se registra de acuerdo a lo expuesto por el paciente.
- Antecedentes personales no patológicos: Preguntar por datos de toximanías, tipo de vivienda, estado socioeconómico, etc. registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes personales patológicos: Preguntar si ha cursado por alguna enfermedad, cirugía y ha estado hospitalizado, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Pediátricos: Preguntar por padecimientos o condiciones de salud durante la infancia, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Gineco-obstétricos: Registrar estos datos solo si se trata de mujeres, de acuerdo a los datos solicitados.

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Motivo de consulta/Padecimiento actual: Registrar el motivo actual de la consulta, de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, o bien derivado de la auscultación.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas: Preguntar por el estado de salud de cada uno de los aparatos y sistemas existentes en el organismo, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, a auscultación o bien a resultados de auxiliares de diagnóstico.
- Exploración física: Registrar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura, el peso y la talla, y el índice de masa corporal, describir lo observado en la exploración.
- Diagnóstico: Escribir el diagnóstico, de acuerdo a todos los datos integrados ya con anterioridad.
- Plan terapéutico: Escribir el plan terapéutico propuesto.
- Tratamiento: Escribir el tratamiento a seguir.
- Pronóstico: Llenar utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
- Sello y firma del médico: Registrar el nombre completo del médico, su cédula profesional y su sello.

FORM. 3482/SMDIF/0516
 Avenida Cuá Morel No. 201, Col. San Ildefonso Compañía C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05 www.Pueblacapital.gob.mx
 CDMX Puebla Q. R. Ayuntamiento de Puebla

PUEBLA Ciudad de Progreso **DIF** MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS **485** FAMILIAS DE PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos que se recaban en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____ Servicio: _____
Fecha: _____ Lugar: _____

No	Nombre (-)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	P	S	R	C	D	Ocupación	Diagnóstico	Calle	Junta Auxiliar (abreviada)	Teléfono casa/celular	Fecha Nac. (A/M/D)	Firma	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Resumen de Estadísticas:

Total pacientes atendidos	Del total de pacientes	Rango de edades
Pacientes de paterno	Sexo	0 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 26 a 30
Pacientes de materno	Sexo	
Certificados de Salud	Sexo	
Pláticas de Familias	Sexo	31 a 35 36 a 40 41 a 45 46 a 50 51 a 55 56 a 60
Control prenatal	Sexo	
Historia de embarazo, 1.era	Sexo	
Historia de embarazo, 2.era	Sexo	61 a 65 66 a 70 71 a 75 76 a 80 81 a 85 86 a 90
Historia de embarazo, 3.era	Sexo	
Historia de embarazo, 4.era	Sexo	
Historia de embarazo, 5.era	Sexo	
Historia de embarazo, 6.era	Sexo	
Historia de embarazo, 7.era	Sexo	
Historia de embarazo, 8.era	Sexo	
Historia de embarazo, 9.era	Sexo	
Historia de embarazo, 10.era	Sexo	
Historia de embarazo, 11.era	Sexo	
Historia de embarazo, 12.era	Sexo	
Historia de embarazo, 13.era	Sexo	
Historia de embarazo, 14.era	Sexo	
Historia de embarazo, 15.era	Sexo	
Historia de embarazo, 16.era	Sexo	
Historia de embarazo, 17.era	Sexo	
Historia de embarazo, 18.era	Sexo	
Historia de embarazo, 19.era	Sexo	
Historia de embarazo, 20.era	Sexo	

Observaciones: _____

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.819-A/SMDIF/0516

PUEBLA Ciudad de Progreso **DIF** MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS **485** FAMILIAS DE PUEBLA

HOJA DIARIA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

- Nombre del responsable: Escribir el nombre del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos.
- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Servicio: El servicio se refiere al que se otorga como puede ser consulta general o especialidad así como plática o taller.
- Lugar: Es el lugar donde se otorgó el servicio.
- Nombre del usuario: comenzando con el nombre seguido de apellidos.
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
- Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres.
- P: Primera vez si acude al servicio.
- S: Si el usuario es subsiguiente al servicio.
- R: Si solo acude a revisión.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
- Diagnóstico: Lo emite el profesional de la salud después de haber evaluado al usuario.
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente, incluyendo colonia, junta auxiliar.
- Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Firma: Poner la firma de usuario aceptando de conformidad.
- Tabla: En esta tabla se realiza la estadística correspondiente por grupos de edad y algunas clasificaciones internas.
- Observaciones: En estas líneas sirven para hacer anotaciones y o justificaciones de algún argumento generado en el llenado anterior.

Aviación Cué Huelo No. 201, Col. San Batozar
Compuera C.P. 72160 / T. (222) 214-00-00 al 015

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

Aviación Cué Huelo No. 201, Col. San Batozar
Compuera C.P. 72160 / T. (222) 214-00-00 al 015

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

485
PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

CERTIFICADO MÉDICO

H. Puebla de Zaragoza a ____ de ____ de ____ de ____

El / la que suscribe _____
Médico General del Sistema Municipal DIF, HACE CONSTAR que en este momento el / la:

C. _____ Edad: _____

Se encuentra clínicamente sano (a) para ejercer cualquier actividad física o mental que se le encomiende.

Se extiende la presente a petición del (a) interesado (a) para fines que a este convengan.

Peso: _____ Estatura: _____
Alergias: _____ Hemotipo: _____

ATENTAMENTE

MÉDICO GENERAL DEL SISTEMA MUNICIPAL DIF

CED. PROF. _____

FORM.374-A/SMDIF/0516

Avenida Cuá Merlo No. 201, Col. San Baltazar Compañero C.P. 72350 / T. (222) 214 00 00 al 03
www.Pueblacapital.gob.mx

485
PUEBLA

CERTIFICADO MÉDICO

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, con máquina de escribir mecánica, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

- Fecha: Llenar los espacio correspondientes, el primero con formato DD (Día en 2 dígitos), el segundo espacio con el nombre del mes en curso y finalmente se escribe el año cursante con los 4 dígitos.
- El/La que suscribe: Escribir el nombre del médico que expedirá el certificado.
- C: Escribir el nombre del paciente, la edad, el sexo, el peso y la talla, su grupo sanguíneo, historia de alergias si las hubiera, y de enfermedades crónico degenerativas si las hubiera.
- Atentamente: Registrar la firma autógrafa del médico
- Ced. Prof.: Registrar la cédula profesional.

Avenida Cuá Merlo No. 201, Col. San Baltazar Compañero C.P. 72350 / T. (222) 214 00 00 al 03
www.Pueblacapital.gob.mx

RECETA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

IDx: _____
Px: _____

Nombre y firma del Médico: _____
Cédula Profesional: _____

FORM.375/SMDIF/0414

Ax. Cuá Merlo No. 101 San Baltazar Compañero / 222 2140000 ext. 303
www.dif.Pueblacapital.gob.mx



Ciudad
de Progreso



RECETA MEDICA



Notas generales:

- El formato se llena de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

1. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
2. Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos. En caso de escribir nombres que puedan ser utilizados por hombres y mujeres, se podrá escribir subsecuentemente el sexo.
3. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
4. Peso: Registrar el peso en kg, utilizar puntos y 1 decimal en caso de ser necesario.
5. Talla: Registrar la talla en m, utilizar puntos y 2 decimales en caso de ser necesario.
6. IDx: Este renglón se refiere al "diagnóstico", y deberá ser llenado también, utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
7. Px: Este renglón se refiere al "pronóstico", deberá ser llenado también, utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
8. Espacio en blanco: Este se encuentra ubicado entre el Pxy el Nombre y firma del Médico, y deberá ser llenado con el tratamiento propuesto o con los medicamentos numerados ascendentemente, comenzando preferentemente con el principio activo, presentación farmacéutica, concentración, indicaciones de vía de administración, dosis y frecuencia de administración claramente. Si el número de medicamentos que indica no caben en una sola receta, utilizar otra, con tal de que sea entendible.
9. Nombre y firma del Médico: Escribir el nombre del médico y firmar, se puede hacer uso de sellos que pueden incluir hasta cédula profesional y la universidad que la expidió.

Cédula Profesional: Se puede escribir a mano o bien hacer uso de sellos que la incluyan, así como la universidad que la expidió.

Av. Hidalgo Cua. Nro. 201, Col. San Baltazar
Compuca C.P. 72350 / T. (222) 214 00 00 al/03



www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblayYo H. Ayuntamiento de Puebla

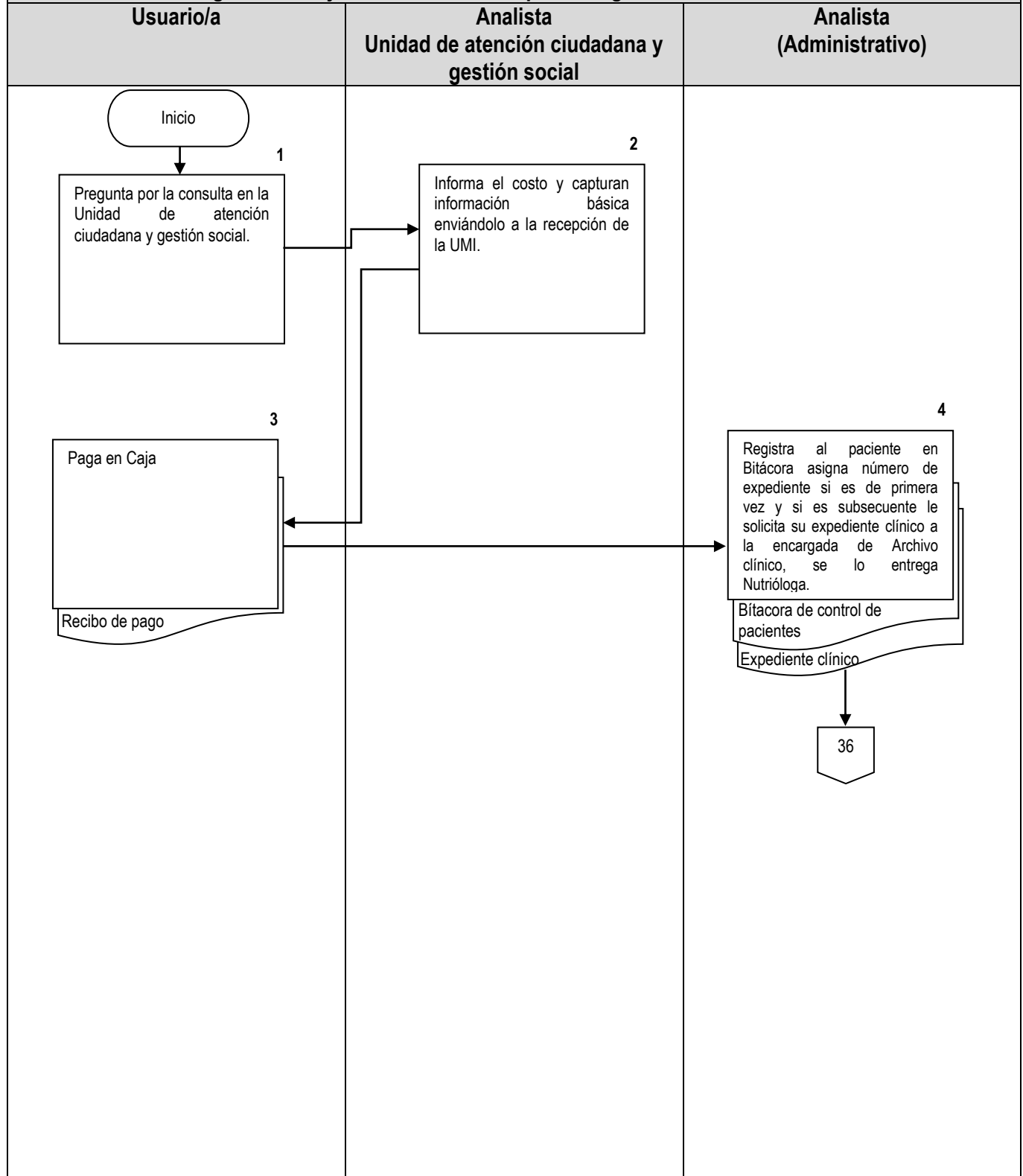
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición.
Objetivo:	Brindar consultas de nutrición a la población vulnerable, a través de la información respecto a la cantidad y calidad de los alimentos para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe proporcionar consulta a la población que viva en el Municipio de Puebla sin distinción de sexo, edad y estrato social que requieran del servicio de nutrición • En caso de considerarse necesario se debe solicitar interconsulta para otorgarle una atención integral. • Toda persona que solicite el servicio de nutrición debe ser atendida de manera tal, que favorezca el mejoramiento de la calidad de vida. • Se debe requerir del número de expediente proporcionado por el Archivo clínico • Se deben hacer condonaciones o descuentos según sea el caso, de acuerdo al previo visto bueno de Trabajo Social.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 Minutos

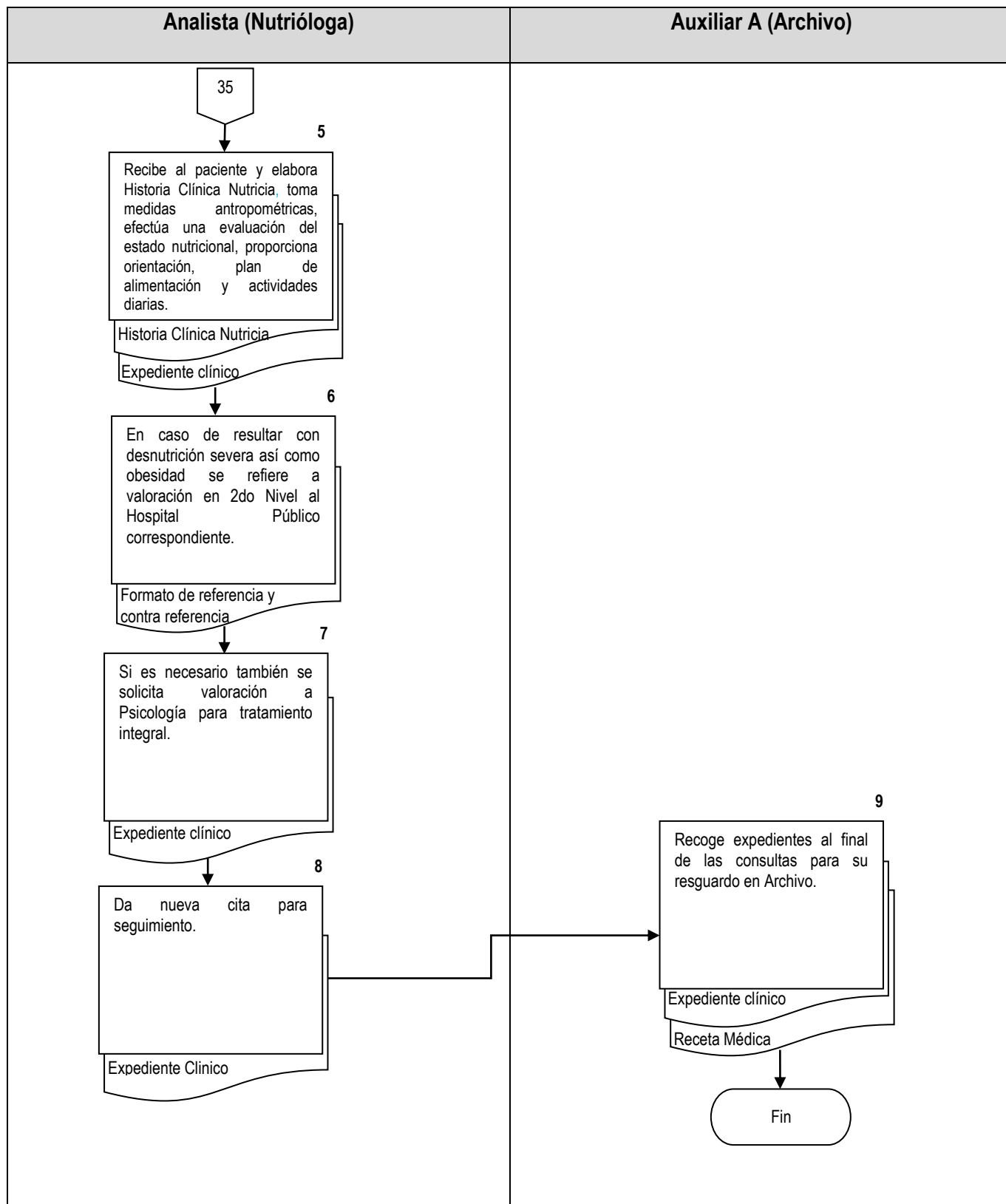
Descripción del Procedimiento: Para otorgar consulta de Nutrición.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Pregunta por la consulta en la Unidad de atención ciudadana y gestión social.		
Analista Unidad de atención ciudadana y gestión social	2	Informa el costo y capturan información básica enviándolo a la recepción de la UMI.		
Usuario /a	3	Paga en Caja	Recibo de Pago FORM.551-A/ SMDIF/0416	Original
Analista (Administrativo)	4	Registra al paciente en Bitácora, asigna número de expediente clínico si es de primera vez y si es subsecuente le solicita su expediente clínico a la encargada de Archivo clínico, se lo entrega Nutrióloga.	Bitácora de control de pacientes/ Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica Nutricia (niña/o, adulto) FORM 1491/ SMDIF/0516 y/o FORM.1490/ SMDIF/0516	Original
Analista (Nutrióloga)	5	Recibe al paciente y elabora Historia Clínica Nutricia, toma medidas antropométricas, efectúa una evaluación del estado nutricional proporciona orientación nutricia, plan de alimentación y actividades diarias.	Expediente clínico (Historia Clínica Nutricia (niño/a, adulto) FORM.1491/ SMDIF/0516 y/o FORM.1490/ SMDIF/0516 Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Hoja diaria de atención FORM.819-A/ SMDIF/0516	Original
	6	En caso de resultar con desnutrición severa así como obesidad se refiere a valoración en 2do Nivel al Hospital Público correspondiente.	Formato Referencia y contra referencia FORM.1484/ SMDIF/0516	Original

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	7	Si es necesario también se solicita valoración a Psicología para tratamiento integral.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica Nutricia (niño/a, adulto) FORM.1491/ SMDIF/0516 y/o FORM.1490/ SMDIF/0516	Original
	8	Da nueva cita para seguimiento.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica Nutricia (niño/a, adulto) FORM.1491/ SMDIF/0516 y/o FORM.1490/ SMDIF/0516	Original
Auxiliar A (Archivo)	9	Recoge expedientes al final de las consultas para su resguardo en Archivo. Termina procedimiento.	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica Nutricia (niño/a, adulto) FORM.1491/ SMDIF/0516 y/o FORM.1490/ SMDIF/0516/ Receta médica FORM375-A/ SMDIF/0516	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar consulta de Nutrición







Ciudad de Progreso



Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Artículo de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA FRONTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____
Servicio: _____ Expediente: _____

Diagnóstico	Fecha	Médico

FORM-1485/SMDIF/0916

Avenida Cué Morío No. 201,
Col. San Baltasar Compeche C.P. 72500 /
T. (223) 214 00 00 ext 65

www.Pueblacapital.gob.mx
CdmxPuebla @H. Ayuntamiento de Puebla



Ciudad de Progreso



HOJA FRONTAL

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato:

1. Nombre del paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
2. Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
3. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12
4. Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
5. Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
6. Religión: Registrar si la hubiera
7. Escolaridad: Escribir grado máximo de estudios.
8. Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente
9. Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
10. Servicio: Anotar el servicio al cual acude el paciente.
11. Expediente: Registrar el número de expediente asignado al paciente.
12. Diagnóstico: Escribir de forma breve y clara el diagnóstico del paciente.
13. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
14. Médico: Registrar el nombre del médico al cual le atendió en esa ocasión. El diagnóstico, la fecha y el médico que se encuentran en la tabla de este formato deberán ser llenados tantas veces el paciente acuda a consulta médica.

Avenida Cué Morío No. 201, Col. San Baltasar
Compeche C.P. 72500 / T. (223) 214 00 00 ext 65

www.Pueblacapital.gob.mx
CdmxPuebla @H. Ayuntamiento de Puebla






Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos que se recaban en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Lugar: _____

No	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	P	S	R	C	D	Ocupación	Diagnóstico	Calle	Junta Auxiliar (abreviada)	Teléfono casa/celular	Fecha Nac. (A/M/D)	Firma	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Total pacientes atendidos	Del total de pacientes	Rango de edades
Pacientes de atención	Sexo	0 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 26 a 30
Pacientes subsecuentes	Sexo	
Cedencia Médica	Sexo	
Pláticas de familias	Sexo	31 a 35 36 a 40 41 a 45 46 a 50 51 a 55 56 a 60
Cedencia personal	Sexo	
Hombres 0 a 5 años	Sexo	
Mujeres 0 a 5 años	Sexo	
Hombres 6 a 10 años	Sexo	
Mujeres 6 a 10 años	Sexo	
Hombres 11 a 15 años	Sexo	
Mujeres 11 a 15 años	Sexo	
Hombres 16 a 20 años	Sexo	
Mujeres 16 a 20 años	Sexo	
Hombres 21 a 25 años	Sexo	
Mujeres 21 a 25 años	Sexo	
Hombres 26 a 30 años	Sexo	
Mujeres 26 a 30 años	Sexo	
Hombres 31 a 35 años	Sexo	
Mujeres 31 a 35 años	Sexo	
Hombres 36 a 40 años	Sexo	
Mujeres 36 a 40 años	Sexo	
Hombres 41 a 45 años	Sexo	
Mujeres 41 a 45 años	Sexo	
Hombres 46 a 50 años	Sexo	
Mujeres 46 a 50 años	Sexo	
Hombres 51 a 55 años	Sexo	
Mujeres 51 a 55 años	Sexo	
Hombres 56 a 60 años	Sexo	
Mujeres 56 a 60 años	Sexo	

Observaciones:










QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
664432

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto | H. Ayuntamiento de Puebla

FORM-819-A/SMDIF/0516





HOJA DIARIA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.





Llenado de formato:

1. Nombre del responsable: Escribir el nombre del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos.
2. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
3. Servicio: El servicio se refiere al que se otorga como puede ser consulta general o especialidad así como plática o taller.
4. Lugar: Es el lugar donde se otorgó el servicio.
5. Nombre del usuario: comenzando con el nombre seguido de apellidos.
6. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.










QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
664432

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto | H. Ayuntamiento de Puebla







7. Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres.
8. P: Primera vez si acude al servicio.
9. S: Si el usuario es subsecuente al servicio.
10. R: Si solo acude a revisión.
11. Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
12. Diagnóstico: Lo emite el profesional de la salud después de haber evaluado al usuario.
13. Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente, incluyendo colonia, junta auxiliar.
14. Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia.
15. Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
16. Firma: Poner la firma de usuario aceptando de conformidad.
17. Tabla: En esta tabla se realiza la estadística correspondiente por grupos de edad y algunas clasificaciones internas.
18. Observaciones: En estas líneas sirven para hacer anotaciones y/o justificaciones de algún argumento generado en el llenado anterior.












QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
664432

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto | H. Ayuntamiento de Puebla

		Recibo: 126555 Folio: Fecha:	
Recibimos de:		RFC:	
Nombre de la calle:		No. Oficial:	
Letra:	No. Interior:	Colonia:	C.P.
Observaciones:			
Clave	Concepto	C.U.	Importe
			Total

R.F.C. SMD-930309-8U6
 Av. Cué Morfo #201, San Baltazar Campeche
 Puebla, Puebla
 www.Pueblacapital.gob.mx
FORM.551/SMDIF/0614

							
Dirección de Atención a la Salud Departamento de Atención Médica Sala de Evaluación de Datos Personales							
Los datos recabados en el presente formato, serán protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales y pasará a las dependencias del Estado de Puebla a donde disponamos los datos recabados.							
HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA NIÑO (A) Nombre: _____ Fecha: _____ Hora: _____ F/M _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Ocupación: _____				Fecha _____ Hora _____ Peso _____ CB _____ IMC _____ Cant. de agua _____ Observaciones			
Antropometría P. actual _____ CB _____ IMC _____ EST/E _____ Peso meta _____ Estatura _____ P. cor/48hrs _____ P/E _____ P/B/E _____ Edo. Nut. _____ Carga _____ PCT _____ P/EST _____ AMB _____ Plan y manejo: _____				Recordatorio de 24hrs Desayuno _____ Col.1 _____ Comida _____ Col.2 _____ Cena _____			
Historial de peso Perfil bioquímico Antecedentes familiares Padecimiento actual Antecedentes perinatales ¿Durante el embarazo hubo algún problema? Edad y estatura de mamá _____ Edad y estatura de papá _____ ¿Hubo algún problema cuando nació? ¿Parto normal o cesárea? _____ Peso al nacer _____ Est. al nacer _____ ¿Existe aberración por algún alimento? ¿Existe alergia a un alimento? ¿Practica algún deporte? Cantidad de agua que bebe al día _____ Horas de sueño _____				Fecha _____ Hora _____ Peso _____ CB _____ IMC _____ Cant. de agua _____ Estatura _____ PCT _____ AMB _____ Ejercicio _____ Observaciones			
Frecuencia alimentaria Verduras _____ Frutas _____ Arroz _____ Manteca _____ Pescado _____ Leche _____ Oleag. _____ Pan _____ Res _____ Azúcar _____ Yogur _____ Tortilla _____ Legum. _____ Pollo _____ Dulces _____ Quesos _____ Pastas _____ Aceite _____ Cerdo _____				Recordatorio de 24hrs ¿Existe horario para el consumo de alimentos? Desayuno _____ Col.1 _____ Comida _____ Col.2 _____ Cena _____			
Observaciones				Observaciones			
 www.Pueblacapital.gob.mx				 www.Pueblacapital.gob.mx			
FORM.1498/SMDIF/0516				FORM.1498/SMDIF/0516			

Página 1 Página 2

*Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica*

Unidad de Promoción de Salud - Promoción de la Salud

Los datos registrados en el presente formato, serán guardados en la base de datos de Promoción de Salud y serán utilizados para fines estadísticos.

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIA ADULTO

Nombre _____ Fecha _____ Hora _____
 FIM _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Tel _____ Ocupación _____

Antropometría
 Peso actual _____ CB _____ Peso ideal _____ Edo. Nut. _____
 Estatura _____ PCT _____ Peso meta _____
 Carpo _____ PCSe _____ IMC _____
 Cintura _____ PCB _____ AMB _____
 Cadera _____ PCSi _____ Grasa corporal _____
 Plan y manejo _____

Historial de peso
Perfil bioquímico

Antecedentes familiares
Padecimiento actual

¿Existe alergia a un alimento? _____
 ¿Practica algún deporte? _____
 horas de sueño _____
 Cantidad de agua que bebe al día _____ Vicios _____

Frecuencia alimentaria

Verduras	Frutas	Arroz	Manteca	Pescado
Leche	Oleag.	Pan	Res	Azúcar
Yogurt	Tortilla	Legum.	Pollo	Dulces
Quesos	Pastas	Aceite	Cerdo	Refresco

Recordatorio de 24hrs
 ¿Existe horario para el consumo de alimentos?
 Desayuno _____ Col.1 _____ Comida _____ Col.2 _____ Cena _____

Observaciones

Fecha _____ Hora _____

Peso _____ CB _____ PCB _____ AMB _____ Cant. de agua _____
 Cintura _____ PCT _____ PCSi _____ G.CORP _____ Ejercicio _____
 Cadera _____ PCSe _____ IMC _____ Dx Nut. _____

Observaciones

Recordatorio de 24hrs
 Desayuno _____ Col.1 _____ Comida _____ Col.2 _____ Cena _____

Fecha _____ Hora _____
 Peso _____ CB _____ PCB _____ AMB _____ Cant. de agua _____
 Cintura _____ PCT _____ PCSi _____ G.CORP _____ Ejercicio _____

Observaciones

Página 1

www.Pueblacapital.gob.mx

Página 2

www.Pueblacapital.gob.mx

FORM.1491/SMDIF/0516 DRM.1491/SMDIF/0516

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Anexo de Procedimientos de Atención Médica
Los datos registrados en el presente formato serán propiamente de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
Procesados por la Unidad Operativa de Atención de Salud y demás acciones que sean aplicables

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____

EDAD		SEXO	
AÑOS	MESES	HOMBRE	MUJER
SI	NO	SI	NO

Domicilio del paciente: _____

Medico que envia	Medico que envia	Medico que envia
------------------	------------------	------------------

Motivo de envío (Impresión diagnóstica): _____
Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia: _____
Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____
Urgencias: SI NO Expediente: _____

Nombre: _____
 apellido paterno _____ apellido materno _____ nombre (s) _____
 Num. de expediente: _____ edad años _____ meses _____ sexo: M _____ F _____
 Unidad que refiere: _____

Unidad a la que se refiere: _____
 Domicilio: _____ calle _____ número _____ colonia _____ Teléfono: _____
 Servicio al que se envia: _____
 Resumen clínico del padecimiento: TA: _____ FRC: _____ PESO: _____ TALLA: _____
 Impresión diagnóstica: _____

Nombre y firma del médico que refiere: _____ Nombre y firma del responsable de la unidad: _____

FORM 1484/SMDIF/0516 www.Pueblacapital.gob.mx

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Anexo de Procedimientos de Atención Médica
Los datos registrados en el presente formato serán propiamente de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
Procesados por la Unidad Operativa de Atención de Salud y demás acciones que sean aplicables

HOJA DE CONTRAREFERENCIA

Unidad que recibe: _____
 Domicilio: _____ fecha: _____
 Servicio: _____
 Manejo del paciente: _____
 Resumen clínico: _____

Diagnóstico de ingreso: _____
 Diagnóstico de egreso: _____

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción: _____

Control de paciente: _____
 Tratamiento concluido: _____
 Envío a consulta subsiguiente al servicio de: _____

Nombre y firma del médico que refiere: _____ Nombre y firma del responsable de la unidad: _____

FORM 1484/SMDIF/0516 www.Pueblacapital.gob.mx

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha de referencia : Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Domicilio del paciente: Anotar la dirección del paciente
- Motivo del envío: Escribir la impresión diagnóstica por la que se envía al paciente.
- Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
- Especialidad: Anotar la especialidad médica a la que se envía al paciente.
- Edad: Anotar años cerrados y/ o meses cumplidos.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Urgencia: Colocar SI o No según corresponda.
- Médico que envia: Anotar el nombre completo del Médico que realiza la referencia.
- Médico que recibe: Anotar en caso de conocer el nombre del médico que recibe al paciente en la Unidad Hospitalaria Pública.
- Seguridad Social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.
- Fecha de Referencia: Indicar la fecha exacta de referencia Día/Mes/Año
- Seguridad social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Visita domiciliaria:
- Fecha de visita: Anotar la fecha que el personal acude a visitar al paciente en domicilio.
- Se le atendió: Anotar SI en caso de respuesta positiva. Fecha: fecha de visita.- NO si no se le atendió. PORQUE: Indicar motivo
- Continúa bajo tratamiento: Indicar SI o NO y MOTIVO
- Observaciones: Anotar cualquier situación que el paciente indique de la atención recibida en el Hospital Público.
- Hoja de Contra referencia: Tendrá que se llenado por el Hospital Publico donde se envió al paciente.

16. Urgencias: Marcar con x SI o NO.
 17. Expediente: Anotar el número de expediente del paciente
 18. Nombre: Anotar el nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre.
 19. De expediente: Anotar el numero correspondiente.
 20. Edad: Anotar años cerrados y/ o meses cumplidos
 21. Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres
 22. Unidad que refiere: Escribir el nombre completo de la Unidad Médica Integral
 23. Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
 24. Domicilio: Del Hospital Público al que se refiere el paciente (si se conoce).
 25. Teléfono: Del Hospital Público al que se envía el paciente (si se conoce)
 26. Servicio al que se envia: Anotar el servicio médico a donde se envía el paciente.
 27. Resumen Clínico del Padecimiento: TA: presión arterial, Temp: corporal del paciente, FR: frecuencia respiratoria, FC: frecuencia cardiaca, PESO: del paciente, TALLA: del paciente. Realizar resumen clínico del paciente
 28. Impresión Diagnóstica: Anotar el diagnóstico presuntivo por el que se envia al paciente.
 29. Nombre y Firma del Médico que refiere: Anotar el nombre completo y Cedula Profesional así como la rubrica del médico que realiza la referencia.
 30. Nombre y Firma del Responsable de la Unidad: Anotar el nombre completo, Cedula Profesional y rubrica del Responsable de la Unidad Médica Integral.
 31. Sello de la Unidad Médica general: Colocar Sello de la Unidad Médica en los formatos correspondientes

Av. Juárez No. 201, Col. San Satolir
Compuce C.P. 72300 / T. (222) 214 00 00 o 03 www.Pueblacapital.gob.mx

RECETA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

IDx: _____

Px: _____

Nombre y firma del Médico: _____

Cédula Profesional: _____

FORM.375/SMDIF/0414

Av. Cal Mérito No. 201 San Baltazar Cancón / 222 2140300 ext. 312
www.dif.Pueblacapital.gob.mx

RECETA MÉDICA

Notas generales:

- El formato se llena de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

1. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
2. Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos. En caso de escribir nombres que puedan ser utilizados por hombres y mujeres, se podrá escribir subsecuentemente el sexo.
3. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12
4. Peso: Registrar el peso en kg, utilizar puntos y 1 decimal en caso de ser necesario.
5. Talla: Registrar la talla en m, utilizar puntos y 2 decimales en caso de ser necesario.
6. IDx: Este renglón se refiere al "diagnóstico", y deberá ser llenado también, utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
7. Px: Este renglón se refiere al "pronóstico", deberá ser llenado también, utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
8. Espacio en blanco: Este se encuentra ubicado entre el Pxy el Nombre y firma del Médico, y deberá ser llenado con el tratamiento propuesto o con los medicamentos numerados ascendientemente, comenzando preferentemente con el principio activo, presentación farmacéutica, concentración, indicaciones de vía de administración, dosis y frecuencia de administración claramente. Si el número de medicamentos que indica no caben en una sola receta, utilizar otra, con tal de que sea entendible.
9. Nombre y firma del Médico: Escribir el nombre del médico y firmar, se puede hacer uso de sellos que pueden incluir hasta cédula profesional y la universidad que la expidió.

Cédula Profesional: Se puede escribir a mano o bien hacer uso de sellos que la incluyan, así como la universidad que la expidió.

Av. Cal Mérito No. 201, Col. San Baltazar
Cancón, Pue. C.P. 72350 / T. (222) 214-0300 ext. 312



www.Pueblacapital.gob.mx

Facebook Twitter

Nombre del

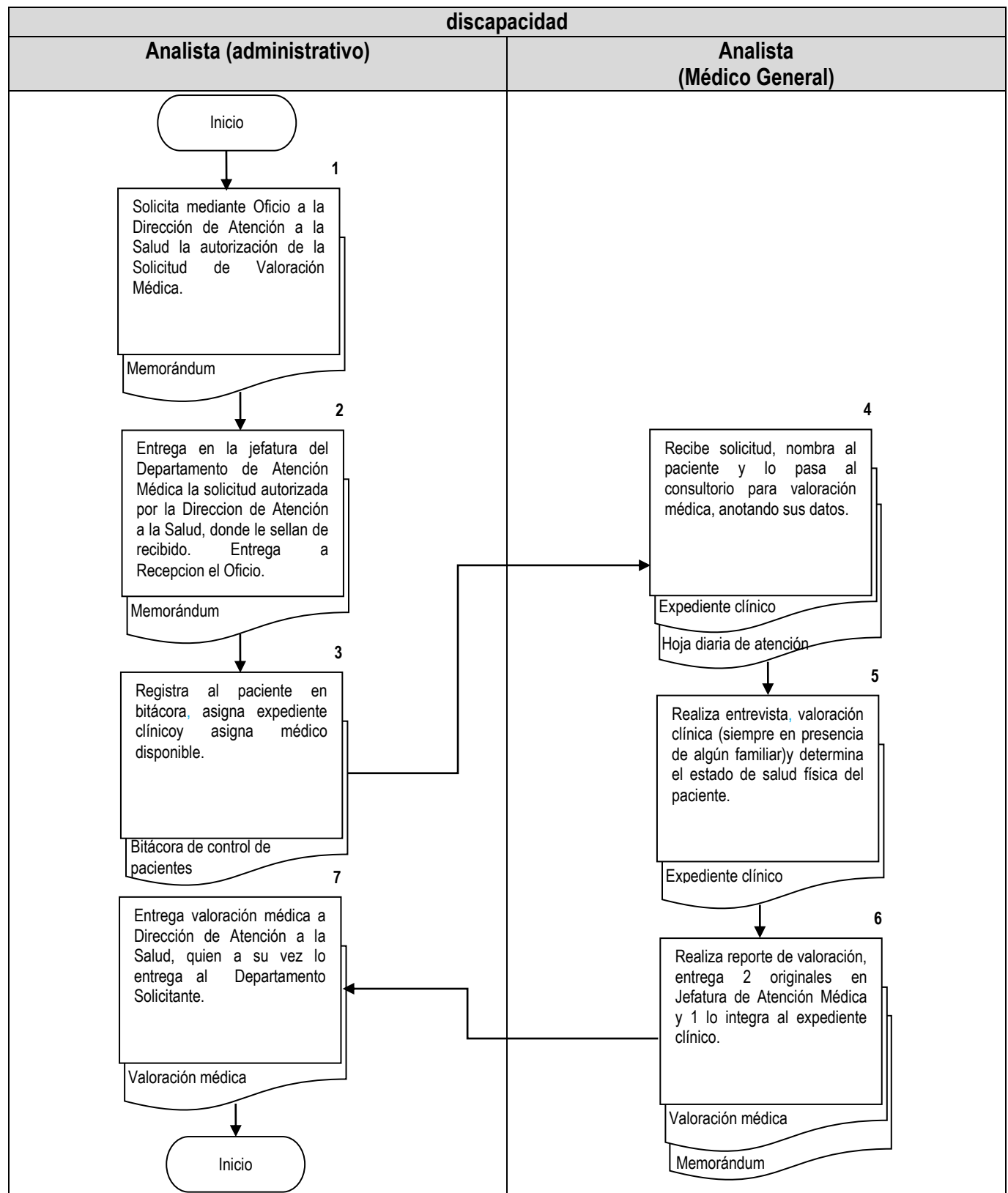
Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.

Procedimiento:	
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en General del Municipio de Puebla que requiera de un certificado Médico por Violencia o Discapacidad para los fines que más les convengan.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículo 1º, 4º, 8º, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas víctimas de violencia que requieran una valoración médica, deben ser solicitadas a través del departamento de defensa de los derechos del menor, la mujer y la familia del SMDIF mediante Oficio, el cual debe ser autorizado por la Dirección de Atención a la Salud. • La Solicitud de valoración médica debe entregarse mediante oficio al Departamento de Atención Médica previamente autorizado por la Dirección de Atención a la Salud. • El Departamento de Atención Médica entregará oficio a recepción para que asigne a Médico para la realización de la valoración. • Cualquier Médico puede realizar la valoración, en un horario de 8:00 a 16:00 horas. • Si son menores de edad, deben de ser acompañados por el padre o tutor, en caso contrario no se podrá realizar. • Se entregará la Valoración Médica en Hoja Membretada autorizada por el SMDIF, el cual llevará el sello de Departamento de Atención Médica.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 minutos

Descripción del Procedimiento: Para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o discapacidad.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tanto
Analista (Administrativo)	1	Solicita a la Dirección de Atención a la Salud la autorización de la valoración médica por violencia o discapacidad.	Memorándum	Original
	2	Entrega en la jefatura del Departamento de Atención Médica la solicitud autorizada por la Dirección de Atención a la Salud, donde le sellan de recibido, entrega en recepción para que asigne un médico.	Memorándum	Original
	3	Registra al paciente en bitácora, asigna expediente clínico y asigna médico disponible.	Bitácora de control de pacientes	Original
Analista (Médico General)	4	Recibe solicitud, nombra al paciente y lo pasa al consultorio para valoración médica, anotando sus datos.	Expediente Clínico Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)/ Hoja Diaria de atención FORM.819-A/ SMDIF/0516	Originales
	5	Realiza entrevista, valoración clínica (siempre en presencia de algún familiar) y determina el estado de salud física del paciente.	Expediente Clínico Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) Historia Clínica FORM 1483/ SMDIF/0516)	Original
	6	Realiza reporte de valoración y entrega 2 originales en Jefatura de Atención Médica y 1 lo integra al expediente clínico.	Valoración Médica (Hoja Membretada autorizada por SMDIF)/ Memorándum	Originales
Analista (Administrativo).	7	Entrega valoración médica a Dirección de Atención a la Salud, quien a su vez lo entrega al Departamento Solicitante. Termina procedimiento.	Valoración médica (Hoja membretada autorizada por SMDIF)	Original/ copia de recibido

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar dictamen y/o valoración médica por violencia o



DIF MUNICIPAL PUEBLA
CONSTRUYENDO FAMILIAS

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

VALORACIÓN MÉDICA

REF. 003-A/SMDIF/0812

Av. Cuá Merlo No. 205, Col. San Sebastián Campeche | (222) 244 00 00 al 05
www.dif.pueblacapital.gob.mx



HOJA MEMBRETADA AUTORIZADA POR SMDIF

Notas generales:

- La Hoja Membretada se encuentra en cada uno de los Equipos de Computo de cada consultorio, por lo que el llenado deberá ser de forma electrónica.

Llenado de formato:

1. Se pondrá la fecha, Nombre completo, edad.
2. Antecedentes Heredo familiares
3. Antecedentes personales no Patológicos.
4. Antecedentes Patológicos.
5. Motivo de la solicitud de la valoración.
6. Exploración Física.
7. Diagnostico de la valoración realizada
8. Los datos del médico que lo realiza (Nombre completo y Cedula Profesional).
9. Registrar la firma autógrafa del médico.
10. Sello del Departamento de Atención Médica.

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Artículo de Protección de Datos Personales:
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Domicilio: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____

Personales no patológicos: _____

Personales patológicos: _____

Antecedentes pediátricos: _____

Gineco-obstétricos:
Menarca: _____ Cidos: _____ IVSA: _____ Partos sexuales: _____
FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____ Planificación familiar: _____
Menopausia / Climaterio: _____
Citología vaginal: _____
Exploración mama: _____

FORM 1485/SMDIF/0516
Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar Compecha C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 ext. 05
www.Pueblacapital.gob.mx
@Pueblacapital @G. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

Motivo de consulta / Padecimiento actual: _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO:

TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Sello y firma del médico

Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar Compecha C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 ext. 05
www.Pueblacapital.gob.mx
@Pueblacapital @G. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

HISTORIA CLÍNICA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Hora: Escribir la hora en la que se realizó el expediente, utilizar el formato de 24 horas (00:00).
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
- Religión: Registrar si la hubiera.
- Lugar de origen: Escribir el lugar en donde nació.
- Lugar de residencia: Escribir el lugar donde vive actualmente.

Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar Compecha C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 ext. 05
www.Pueblacapital.gob.mx
@Pueblacapital @G. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

- Escolaridad: Escribir el grado máximo de estudios.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
- Antecedentes heredo familiares: Realizar preguntas de las enfermedades y padecimientos que se consideran hereditarios de familiares cercanos, para ubicar si el paciente está en riesgo de padecer alguno de ellos, se registra de acuerdo a lo expuesto por el paciente.
- Antecedentes personales no patológicos: Preguntar por datos de toximánias, tipo de vivienda, estado socioeconómico, etc. registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes personales patológicos: Preguntar si ha cursado por alguna enfermedad, cirugía y ha estado hospitalizado, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Pediátricos: Preguntar por padecimientos o condiciones de salud durante la infancia, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Gineco-obstétricos: Registrar estos datos solo si se trata de mujeres, de acuerdo a los datos solicitados.

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Motivo de consulta/Padecimiento actual: Registrar el motivo actual de la consulta, de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, o bien derivado de la auscultación.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas: Preguntar por el estado de salud de cada uno de los aparatos y sistemas existentes en el organismo, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, a auscultación o bien a resultados de auxiliares de diagnóstico.
- Exploración física: Registrar la tensión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura, el peso y la talla, y el índice de masa corporal, describir lo observado en la exploración.
- Diagnóstico: Escribir el diagnóstico, de acuerdo a todos los datos integrados ya con anterioridad.
- Plan terapéutico: Escribir el plan terapéutico propuesto.
- Tratamiento: Escribir el tratamiento a seguir.
- Pronóstico: Llenar utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
- Sello y firma del médico: Registrar el nombre completo del médico, su cédula profesional y su sello.

Avenida Cuá Metla No. 201, Col. San Baltazar Compecha C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 ext. 05
www.Pueblacapital.gob.mx
@Pueblacapital @G. Ayuntamiento de Puebla






Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos que se recaban en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones que le sean aplicables.

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Lugar: _____

No	Nombre (-)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	P	S	R	C	D	Ocupación	Diagnóstico	Calle	Junta Auxiliar (abreviado)	Teléfono casa/celular	Fecha Nac. (A/M/D)	Firma	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Total pacientes atendidos	Del total de pacientes	Rango de edades
Pacientes de paterno...	Sexo	0 a 5 6 a 10 11 a 15 16 a 20 21 a 25 26 a 30
Pacientes de materno...	Sexo	
Cerchitos Niños	Femenino	
Pláticas de Familias	Sexo	31 a 35 36 a 40 41 a 45 46 a 50 51 a 55 56 a 60
Cerchitos Adultos	Sexo	
Pláticas de Adultos...	Femenino	
Pláticas de Adultos...	Sexo	61 a 65 66 a 70 71 a 75 76 a 80 81 a 85 86 a 90
Pláticas de Adultos...	Sexo	
Pláticas de Adultos...	Femenino	
Pláticas de Adultos...	Sexo	91+
Pláticas de Adultos...	Sexo	
Pláticas de Adultos...	Femenino	
Pláticas de Adultos...	Femenino	

Observaciones: _____






HOJA DIARIA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

- Nombre del responsable: Escribir el nombre del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos.
- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Servicio: El servicio se refiere al que se otorga como puede ser consulta general o especialidad así como plática o taller.
- Lugar: Es el lugar donde se otorgó el servicio.
- Nombre del usuario: comenzando con el nombre seguido de apellidos.
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.

- Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres.
- P: Primera vez si acude al servicio.
- S: Si el usuario es subsecuente al servicio.
- R: Si solo acude a revisión.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
- Diagnóstico: Lo emite el profesional de la salud después de haber evaluado al usuario.
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente, incluyendo colonia, junta auxiliar.
- Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Firma: Poner la firma de usuario aceptando de conformidad.
- Tabla: En esta tabla se realiza la estadística correspondiente por grupos de edad y algunas clasificaciones internas.
- Observaciones: En estas líneas sirven para hacer anotaciones y o justificaciones de algún argumento generado en el llenado anterior.



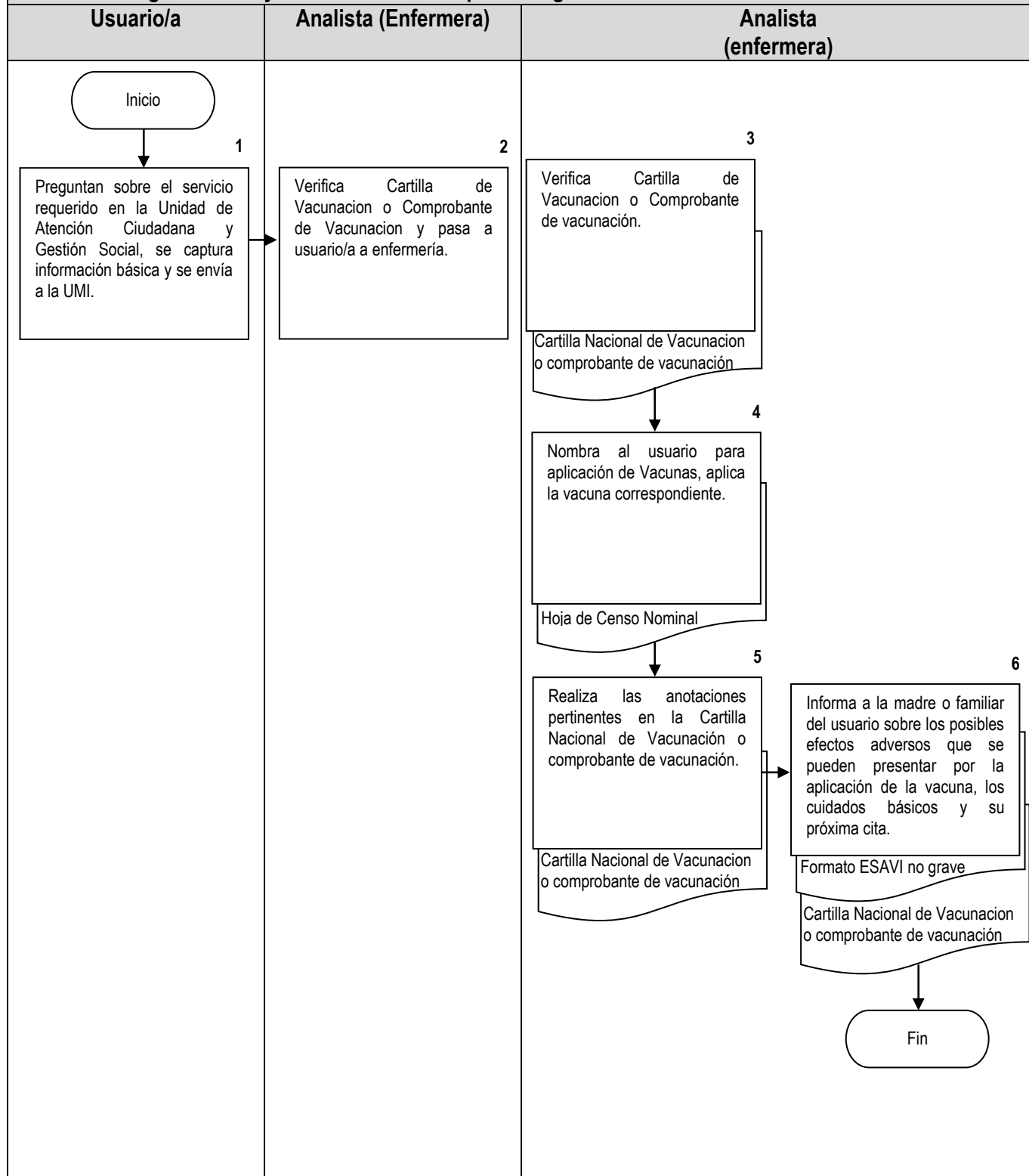



Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal.
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en General del Municipio de Puebla que requiera de una vacunación universal para poder prevenir enfermedades virales y bacterianas.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Las vacunas se aplicarán conforme al Esquema Nacional de Vacunación y campañas nacionales de Vacunación y en base a la disponibilidad en la UMI entregados por el Sistema DIF estatal. • Es requisito presentar la Cartilla Nacional de Vacunación o comprobante de vacunación para aplicar y registrar la dosis correspondiente.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 Minutos

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de Vacunación Universal

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario /a	1	Preguntan sobre el servicio requerido en la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social, se captura información básica y se envía a la UMI		
Analista (administrativo)	2	Verifica Cartilla de Vacunación o comprobante de vacunación y pasa a usuario a Enfermería.		
Analista (enfermera)	3	Verifica Cartilla de Vacunación o Comprobante de vacunación	Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de vacunación FORM.377-A/SMDIF/0516	Original
	4	Nombra al usuario para aplicación de Vacunas, aplica la vacuna correspondiente.	Hoja de Censo Nominal	Original
	5	Realiza las anotaciones pertinentes en la Cartilla Nacional de Vacunación o comprobante de vacunación.	Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de Vacunación FORM.377-A/SMDIF/0516	Original
	6	Informa a la madre o familiar del usuario sobre los posibles efectos adversos que se pueden presentar por la aplicación de la vacuna, los cuidados básicos y su próxima cita. Termina Procedimiento.	FORMATO ESAVI NO GRAVE (Formato Federal Clave ESAVI-1) Cartilla Nacional de Vacunación o Comprobante de Vacunación	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de Vacunación Universal





Ciudad
de Progreso



Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Avisos de Protección de Datos Personales

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____
 Municipio: _____
 B.C.G. única dosis: _____
 Hepatitis B: _____
 Pentavalente acelular: _____
 Neumococo Heptavalente: _____
 Rotavirus: _____
 Triple Viral S.R.P.: _____
 D.P.T.: _____
 Influenza: _____
 S.R.: _____
 T.D.: _____ 1a.: _____ 2a.: _____
 Otras: _____

Enfermera: _____

FORM.377-A/SMDIF/0516

Avenida Cué Marco No. 501
Col. San Baltazar, Compañero C.P. 72550 /
T. (222) 214 00 00 al 05



www.Pueblacapital.gob.mx
@Pueblacapital @H. Ayuntamiento de Puebla



Ciudad
de Progreso



COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

1. Nombre: Anotar nombre completo usuario vacunado
2. Fecha de nacimiento: anotar fecha de nacimiento del usuario vacunado
3. Domicilio: Indicar calle y colonia del usuario
4. Localidad: Indicar Junta Auxiliar del usuario
5. Municipio: Indicar Municipio de origen del usuario
6. B.C.C única dosis: Anotar fecha de aplicación
7. Hepatitis B: Anotar fecha de aplicación
8. Pentavalente acelular: Anotar fecha de aplicación
9. Neumococo heptavalente: Anotar fecha de aplicación
10. Rotavirus: Anotar fecha de aplicación
11. Triple viral S.R. P.: Anotar fecha de aplicación
12. D.P.T.: Anotar fecha de aplicación
13. Influenza: Anotar fecha de aplicación
14. S. R.: Anotar fecha de aplicación
15. T.D.: Anotar fecha de aplicación
16. ~~Otras~~, se anota la aplicación de alguna otra vacuna que no se encuentre en la lista.
17. Enfermera: Anotar nombre de la enfermera que aplico las vacunas

Compendio C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 p.03



www.Pueblacapital.gob.mx

#Pueblacapital @Gobierno de Puebla

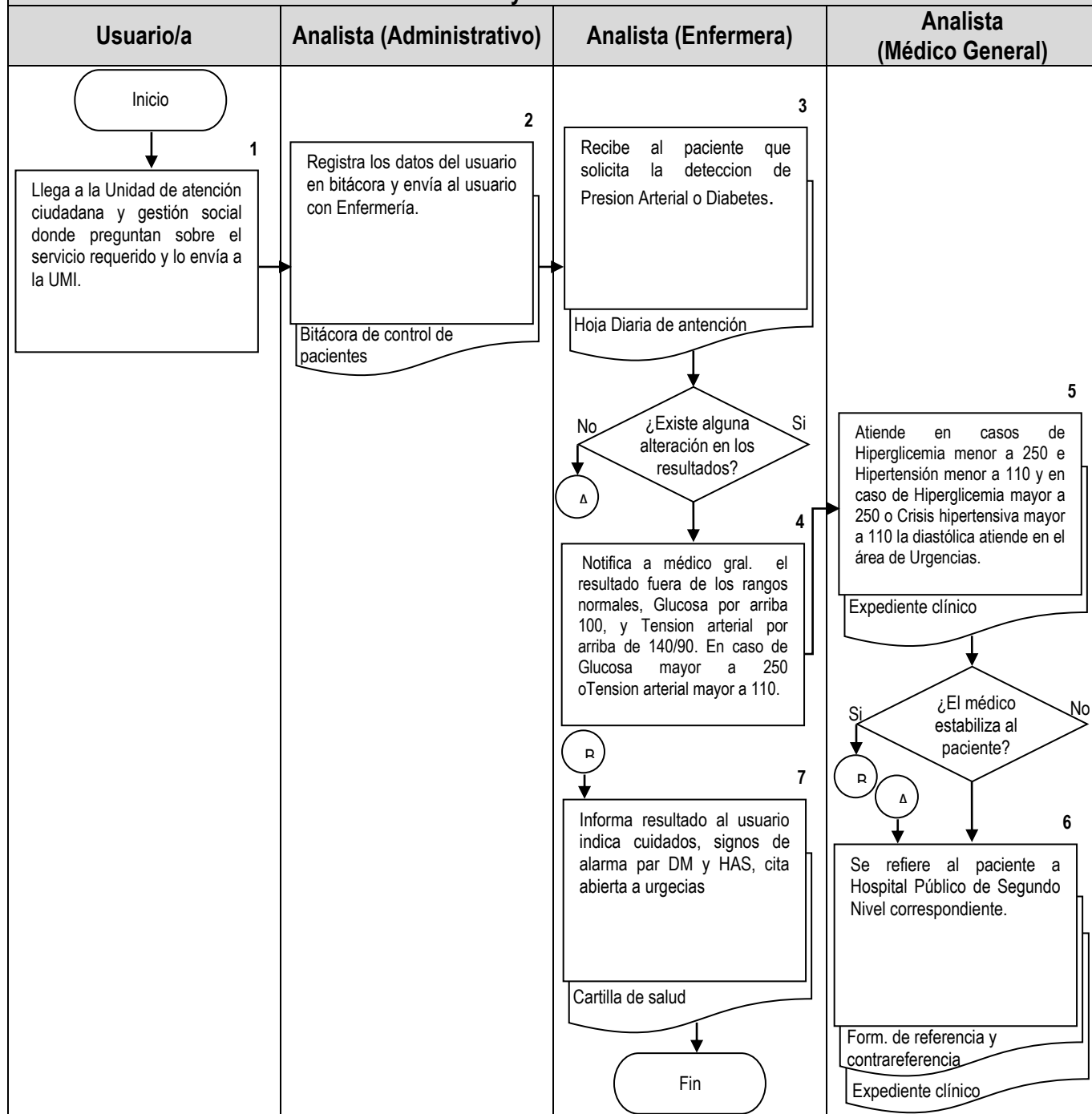
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población del Municipio de Puebla que requiera de una adecuada detección a fin de prevenir la hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes en el mundo.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente debe presentarse en las condiciones óptimas para realizar la prueba, ya sea en ayuno de 8 a 12 horas o 2 horas posterior a haber consumido alimento para realización de la prueba de Diabetes. • El material utilizado para la prueba de Diabetes debe ser único para cada paciente y desechado al término de su uso. • Se le realizará tarjeta de control de HAS/DM al paciente después de 3 consultas consecutivas, con el diagnóstico de has/dm en control en esta UMI.
Tiempo Promedio de Gestión:	10 Minutos

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Llega a la Unidad de atención ciudadana y gestión social donde preguntan sobre el servicio requerido y lo envía a la UMI.		
Analista (Administrativo)	2	Registra los datos del usuario en bitácora y envía al usuario con Enfermería.	Bitácora de control de pacientes	Original
Analista (Enfermera)	3	Recibe al paciente que solicita el servicio, toma la presión y/o glucosa capilar. <ul style="list-style-type: none"> • Si no existe alteración en los resultados continua en la actividad Núm. 6, en caso contrario: 	Hoja Diaria de atención FORM.819-A/ SMDIF/0516	Original
	4	Notifica al médico general el resultado fuera de los rangos normales, glucosa por arriba 100, tensión arterial por arriba de 140/90 y en caso de glucosa mayor a 250 o tensión arterial mayor a 110 de Diastólica, pasa al área de Urgencias.		
Analista (Médico General)	5	Atiende en el consultorio en casos de Hiperglicemia menor a 250 e Hipertensión menor a 110 y en caso de Hiperglicemia mayor a 250 o Crisis hipertensiva mayor a 110 la diastólica atiende en el área de Urgencias: <ul style="list-style-type: none"> • Si el médico estabiliza al paciente, continua en la actividad Núm. 7, en caso contrario 	Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) (Historia Clínica FORM1483/ SMDIF/0516	Original

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	6	Se refiere al paciente a Hospital Público de Segundo Nivel correspondiente.	Formato de Referencia y contra referencia FORM.1484/ SMDIF/0516/ Expediente Clínico (Hoja frontal FORM1485/ SMDIF/0516) (Historia Clínica FORM1483/ SMDIF/0516	Original y copia
Analista (Enfermera)	7	Informa resultado al usuario indica cuidados, signos de alarma par DM y HAS, cita abierta a urgencias. Termina procedimiento.	Cartilla de Salud	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de detección de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus





Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos que se recaban en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Lugar: _____

No	Nombre (-)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	P	S	R	C	D	Ocupación	Diagnóstico	Calle	Junta Auxiliar (abreviada)	Teléfono casa/celular	Fecha Nac. (A/M/D)	Firma
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	


Total pacientes atendidos		Del total de pacientes		Rango de edades															
Pacientes de paterno	Sexo	0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30												
Pacientes de materno	Sexo																		
Certificados Pólizas	Femenino																		
Planificadas Familias	Sexo	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60												
Cuidado personal	Sexo																		
Historia de embarazo, 1a. vez	Femenino																		
Historia de embarazo, 2a. vez	Sexo	61 a 65	66 a 70	71 a 75	76 a 80	81 a 85	86 a 90												
Historia de embarazo, 3a. vez	Femenino																		
Historia de embarazo, 4a. vez	Femenino																		
Historia de embarazo, 5a. vez	Sexo	91*																	
Historia de embarazo, 6a. vez	Femenino																		
Historia de embarazo, 7a. vez	Femenino																		
Historia de embarazo, 8a. vez	Femenino																		
Historia de embarazo, 9a. vez	Femenino																		
Historia de embarazo, 10a. vez	Femenino																		

Página 1



www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto @H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.819-A/SMDIF/0516




HOJA DIARIA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

1. Nombre del responsable: Escribir el nombre del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos.
2. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
3. Servicio: El servicio se refiere al que se otorga como puede ser consulta general o especialidad así como plática o taller.
4. Lugar: Es el lugar donde se otorgó el servicio.
5. Nombre del usuario: comenzando con el nombre seguido de apellidos.
6. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
7. Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres.
8. P: Primera vez si acude al servicio.
9. S: Si el usuario es subsecuente al servicio.
10. R: Si solo acude a revisión.
11. Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
12. Diagnóstico: Lo emite el profesional de la salud después de haber evaluado al usuario.
13. Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente, incluyendo colonia, junta auxiliar.
14. Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia.
15. Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
16. Firma: Poner la firma de usuario aceptando de conformidad.
17. Tabla: En esta tabla se realiza la estadística correspondiente por grupos de edad y algunas clasificaciones internas.
18. Observaciones: En estas líneas sirven para hacer anotaciones y/o justificaciones de algún argumento generado en el llenado anterior.



www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto @H. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Artículo de Protección de Datos Personales:
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
 Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____

Personales no patológicos: _____

Personales patológicos: _____

Antecedentes pediátricos: _____

Gineco-obstétricos:
 Menarca: _____ Cidos: _____ IVSA: _____ Partos sexuales: _____
 FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
 Gestá: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____ Planificación familiar: _____
 Menopausia / Climaterio: _____
 Citología vaginal: _____
 Exploración mama: _____

FORN. 3483/SMDIF/0516
 Avenida Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar Compeche C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Pueblacapital @H. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

Motivo de consulta / Padecimiento actual: _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO:

TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Sello y firma del médico
 Avenida Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar Compeche C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Pueblacapital @H. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

HISTORIA CLÍNICA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Hora: Escribir la hora en la que se realizó el expediente, utilizar el formato de 24 horas (00:00).
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
- Religión: Registrar si la hubiera.
- Lugar de origen: Escribir el lugar en donde nació.
- Lugar de residencia: Escribir el lugar donde vive actualmente.

Avenida Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar Compeche C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Pueblacapital @H. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485 PUEBLA

- Escolaridad: Escribir el grado máximo de estudios.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
- Antecedentes heredo familiares: Realizar preguntas de las enfermedades y padecimientos que se consideran hereditarios de familiares cercanos, para ubicar si el paciente está en riesgo de padecer alguno de ellos, se registra de acuerdo a lo expuesto por el paciente.
- Antecedentes personales no patológicos: Preguntar por datos de toximánias, tipo de vivienda, estado socioeconómico, etc. registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes personales patológicos: Preguntar si ha cursado por alguna enfermedad, cirugía y ha estado hospitalizado, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Pediátricos: Preguntar por padecimientos o condiciones de salud durante la infancia, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Gineco-obstétricos: Registrar estos datos solo si se trata de mujeres, de acuerdo a los datos solicitados.

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Motivo de consulta/Padecimiento actual: Registrar el motivo actual de la consulta, de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, o bien derivado de la auscultación.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas: Preguntar por el estado de salud de cada uno de los aparatos y sistemas existentes en el organismo, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, a auscultación o bien a resultados de auxiliares de diagnóstico.
- Exploración física: Registrar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura, el peso y la talla, y el índice de masa corporal, describir lo observado en la exploración.
- Diagnóstico: Escribir el diagnóstico, de acuerdo a todos los datos integrados ya con anterioridad.
- Plan terapéutico: Escribir el plan terapéutico propuesto.
- Tratamiento: Escribir el tratamiento a seguir.
- Pronóstico: Llenar utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
- Sello y firma del médico: Registrar el nombre completo del médico, su cédula profesional y su sello.

Avenida Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar Compeche C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Pueblacapital @H. Ayuntamiento de Puebla



Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Anexo de Atención de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato serán propiamente de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
Procesados por la Unidad Ejecutora del Sistema de Salud y demás acciones que sean aplicables

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____

EDAD		SEXO	
AÑOS	MESES	HOMBRE	MUJER
_____	_____	_____	_____

Domicilio del paciente: _____

Médico que envía: _____ Médico que envía: _____ Médico que envía: _____

Motivo de envío (Impresión diagnóstica): _____
Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia: _____
Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____
Urgencias: SI / NO / Expediente: _____

Nombre: _____
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____
Num. de expediente: _____ Edad años: _____ Meses: _____ Sexo: M / F _____
Unidad que refiere: _____

Unidad a la que se refiere: _____
Domicilio: _____ Calle: _____ Número: _____ Colonia: _____ Teléfono: _____
Servicio al que se envía: _____
Resumen clínico del padecimiento: TA: _____ Temp: _____ FC: _____ PESO: _____ TALLA: _____

Impresión diagnóstica: _____

Nombre y firma del médico que refiere: _____ Nombre y firma del responsable de la unidad: _____

FORM 1484/SMDIF/0516  www.Pueblacapital.gob.mx



Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Visita domiciliaria

Fecha de visita: _____
Se le atendió: SI / NO / POR QUÉ: _____
Continúa bajo tratamiento médico: SI / NO / POR QUÉ: _____

Observaciones: _____

Hoja de Contrareferencia

Unidad que contrarefiere: _____ Fecha: _____
Domicilio: _____
Servicio: _____
Médico del paciente: _____
Resumen clínico: _____


Diagnóstico de ingreso: _____
Diagnóstico de egreso: _____

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción: _____

Control del paciente: _____
Tratamiento concluido: _____
Envío a consulta subsiguiente al servicio de: _____

Nombre y firma del médico que refiere: _____ Nombre y firma del responsable de la unidad: _____

FORM 1484/SMDIF/0516  www.Pueblacapital.gob.mx



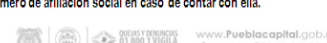
FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA


Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha de referencia : Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Domicilio del paciente: Anotar la dirección del paciente
- Motivo del envío: Escribir la impresión diagnóstica por la que se envía al paciente.
- Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
- Especialidad: Anotar la especialidad médica a la que se envía al paciente.
- Edad: Anotar años cerrados y/ o meses cumplidos.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Urgencia: Colocar SI o No según corresponda.
- Médico que envía: Anotar el nombre completo del Médico que realiza la referencia.
- Médico que recibe: Anotar en caso de conocer el nombre del médico que recibe al paciente en la Unidad Hospitalaria Pública.
- Seguridad Social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.
- Fecha de Referencia: Indicar la fecha exacta de referencia Día/Mes/Año
- Seguridad social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.

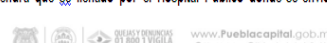
Avenida Cué Vieja No. 201, Col. San Baltazar
Compucre C.P. 72330 / T. (222) 214 00 00 o 03  www.Pueblacapital.gob.mx



- Urgencias: Marcar con x SI o NO.
- Expediente: Anotar el número de expediente del paciente
- Nombre: Anotar el nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre.
- De expediente: Anotar el numero correspondiente.
- Edad: Anotar años cerrados y/ o meses cumplidos
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres
- Unidad que refiere: Escribir el nombre completo de la Unidad Médica Integral
- Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
- Domicilio: Del Hospital Público al que se refiere el paciente (si se conoce).
- Teléfono: Del Hospital Público al que se envía el paciente (si se conoce)
- Servicio al que se envía: Anotar el servicio médico a donde se envía el paciente.
- Resumen Clínico del Padecimiento: TA: presión arterial, Temp: corporal del paciente, FR: frecuencia respiratoria, FC: frecuencia cardiaca, PESO: del paciente, TALLA: del paciente. Realizar resumen clínico del paciente
- Impresión Diagnóstica: Anotar el diagnóstico presuntivo por el que se envía al paciente.
- Nombre y Firma del Médico que refiere: Anotar el nombre completo y Cedula Profesional así como la rúbrica del médico que realiza la referencia.
- Nombre y Firma del Responsable de la Unidad: Anotar el nombre completo, Cedula Profesional y rubrica del Responsable de la Unidad Médica Integral.
- Sello de la Unidad Médica general: Colocar Sello del la Unidad Médica en los formatos correspondientes

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Visita domiciliaria:
- Fecha de visita: Anotar la fecha que el personal acude a visitar al paciente en domicilio.
- Se le atendió: Anotar SI en caso de respuesta positiva. Fecha: fecha de visita.- NO si no se le atendió. PORQUE: Indicar motivo
- Continúa bajo tratamiento: Indicar SI o NO y MOTIVO
- Observaciones: Anotar cualquier situación que el paciente indique de la atención recibida en el Hospital Público.
- Hoja de Contra referencia: Tendrá que ser llenado por el Hospital Publico donde se envió al paciente.

Avenida Cué Vieja No. 201, Col. San Baltazar
Compucre C.P. 72330 / T. (222) 214 00 00 o 03  www.Pueblacapital.gob.mx

Nombre del	Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino
------------	--

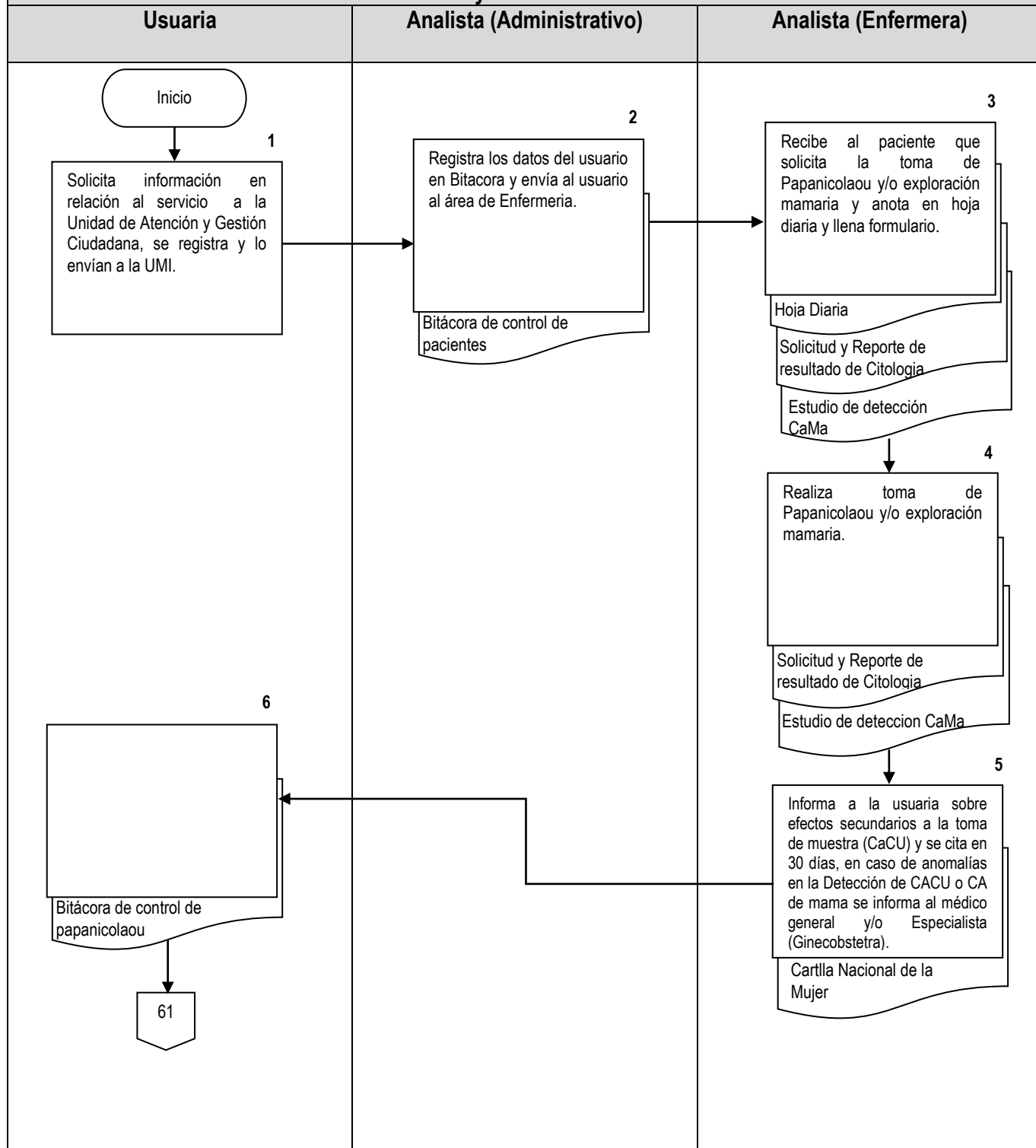
Procedimiento:	y Cáncer de Mama.
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población del Municipio de Puebla que requiera de una adecuada detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículos 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • La detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y mamario podrá realizarse por la ginecóloga, médico general y/o enfermera general. • El resultado de los exámenes solo se le entregará a la paciente. • Las campañas de detección masiva se llevarán a cabo de acuerdo a cronogramas establecido en el PBR.
Tiempo Promedio de Gestión:	30 Minutos

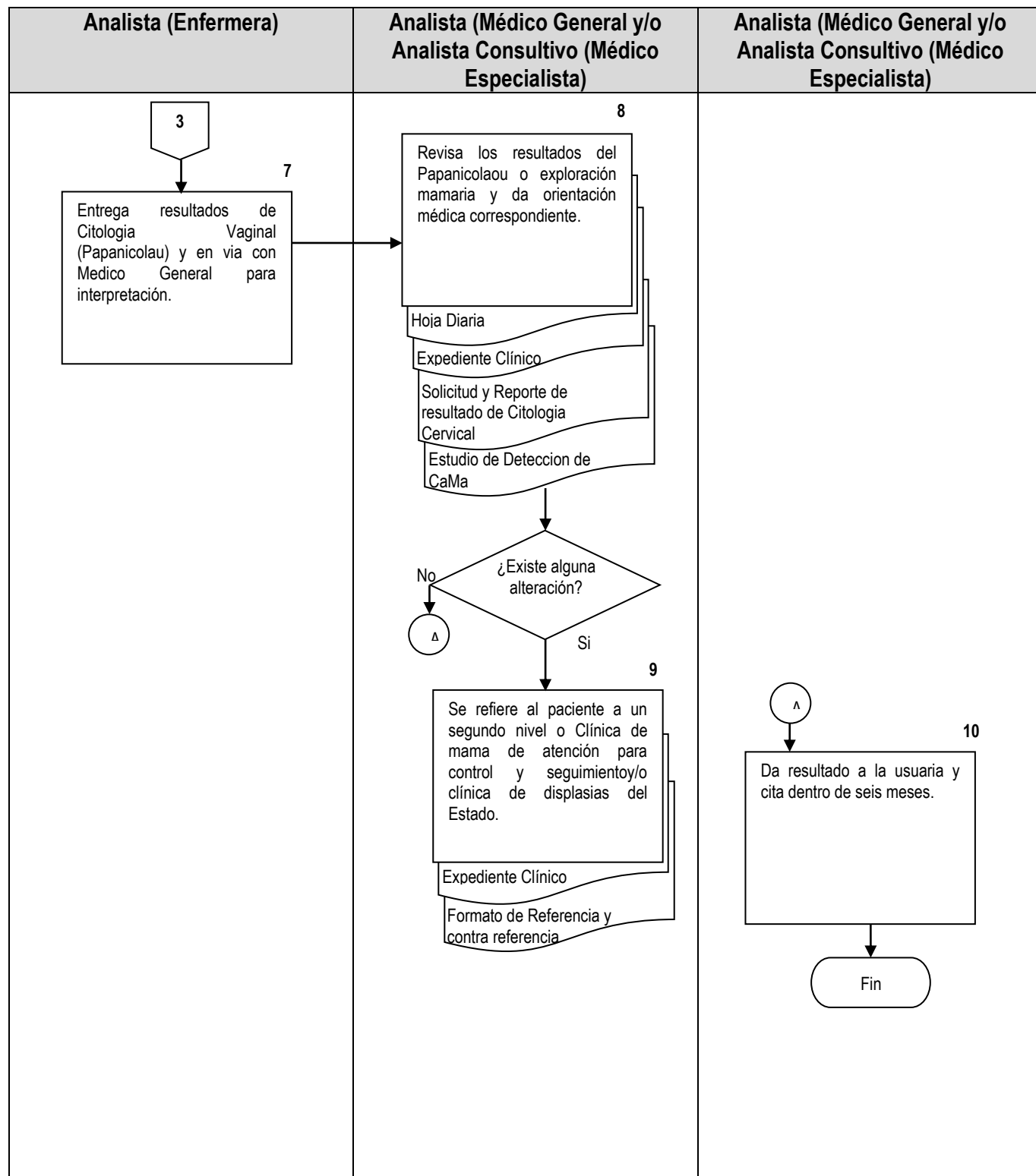
Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama.

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuaría	1	Solicita información en relación al servicio a la Unidad de Atención y Gestión Ciudadana, se registra y lo envían a la UMI.		
Analista (Administrativo)	2	Registra los datos del usuario en la Bitácora y envía al usuario al área de Enfermería.	Bitácora de control de pacientes	Original
Analista (Enfermera)	3	Recibe al paciente que solicita la toma de Papanicolaou y/o exploración mamaria y anota en hoja diaria y llena formulario.	Hoja Diaria de atención FORM.819-A/SMDIF/0516/ Solicitud y Reporte de resultado de Citología Vaginal/Estudio de detección CaMa.	Original
	4	Realiza toma de Papanicolaou y/o exploración mamaria	Solicitud y Reporte de resultado de Citología Vaginal/Estudio de detección CaMa.	Original
	5	Informa a la usuaria sobre efectos secundarios a la toma de muestra (CaCU) y se cita en 30 días para entrega de resultados en el caso de Papanicolaou, los resultados de la exploración mamaria y en caso de Anomalías en la Detección de CACU o CA de mama se informa al Médico General y/o Especialista (Ginecobotetra)	Cartilla Nacional de la Mujer	N/A
Usuaría	6	Solicita resultados pasados los 30 días en enfermería se verifica en la Bitácora de control interno de captura.	Bitácora de control de resultado de papanicolaou	Original
Analista (Enfermera)	7	Entrega resultados de Citología Vaginal (Papanicolaou) y envía con Médico General o Médico Especialista para interpretación.		

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista (Médico General) y/o Analista Consultivo (Médico Especialista)	8	<p>Revisa los resultados del Papanicolaou exploración mamaria y da orientación médica correspondiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si no existe alguna alteración en la exploración de mama o en el Papanicolaou continúa en la actividad Núm. 10, en caso: 	<p>Hoja Diaria FORM.819-A/SMDIF/0516, Expediente clínico (Hoja frontal FORM1485/SMDIF/0516) Historia Clínica FORM1483/SMDIF/0516)/ Solicitud y Reporte de resultado de Citología cervical / Estudio de DetecciónCaMa</p>	Originales
Analista (Médico General) o Analista Consultivo (Médico Especialista)	9	Se refiere al paciente a un segundo nivel o Clínica de mama de atención para control y seguimiento y/o clínica de displasias del Estado.	<p>Expediente Clínico (Hoja frontal FORM1485/SMDIF/0516) (Historia Clínica FORM1483/SMDIF/0516// Formato de Referencia y contra referencia FORM.1484/SMDIF/0516</p>	Original y copia
Analista (Médico General) o Analista Consultivo (Médico Especialista)	10	<p>Da resultado a la usuaria y cita dentro de seis meses.</p> <p>Termina Procedimiento.</p>		

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de detección oportuna de Cáncer Cérvico-Uterino y Cáncer de Mama










Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Hoja de Protección de Datos Personales

Las datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____ Servicio: _____
 Fecha: _____ Lugar: _____

No	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	P	S	R	C	D	Ocupación	Diagnóstico	Calle	Junta Auxiliar (abreviado)	Teléfono casa/celular	Fecha Nac. (A/M/D)	Firma	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Total pacientes atendidos		Del total de pacientes		Rango de edades																							
				0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60												
Pacientes de género masculino		Masculino																									
Pacientes de género femenino		Femenino																									
Pacientes de género masculino		Masculino																									
Pacientes de género femenino		Femenino																									
Pacientes de género masculino		Masculino																									
Pacientes de género femenino		Femenino																									
Pacientes de género masculino		Masculino																									
Pacientes de género femenino		Femenino																									

Página 1














QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM. 815-A/SMDIF/0516

HOJA DIARIA





Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

1. Nombre del responsable: Escribir el nombre del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos.
2. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
3. Servicio: El servicio se refiere al que se otorga como puede ser consulta general o especialidad así como plática o taller.
4. Lugar: Es el lugar donde se otorgó el servicio.
5. Nombre del usuario: comenzando con el nombre seguido de apellidos.
6. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.

7. Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres.
8. P: Primera vez si acude al servicio.
9. S: Si el usuario es subsiguiente al servicio.
10. R: Si solo acude a revisión.
11. Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
12. Diagnóstico: Lo emite el profesional de la salud después de haber evaluado al usuario.
13. Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente, incluyendo colonia, junta auxiliar.
14. Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia.
15. Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
16. Firma: Poner la firma de usuario aceptando de conformidad.
17. Tabla: En esta tabla se realiza la estadística correspondiente por grupos de edad y algunas clasificaciones internas.
18. Observaciones: En estas líneas sirven para hacer anotaciones y/o justificaciones de algún argumento generado en el llenado anterior.

QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

Artículo de Protección de Datos Personales: Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HISTORIA CLÍNICA

Fecha: _____ Expediente: _____ Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
 Lugar de origen: _____ Lugar de residencia: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____

ANTECEDENTES

Heredo familiares: _____

Personales no patológicos: _____

Personales patológicos: _____

Antecedentes pediátricos: _____

Gineco-obstétricos:

Menarca: _____ Cidos: _____ IVSA: _____ Partos sexuales: _____
 FUM: _____ FPP: _____ FUP: _____
 Gestá: _____ Para: _____ Aborto: _____ Cesárea: _____ Planificación familiar: _____
 Menopausia / Climaterio: _____
 Citología vaginal: _____
 Exploración mama: _____

FORM 1485/SMDIF/0516
 Avenida Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compucho C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Puebladif @E. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

Motivo de consulta / Padecimiento actual: _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA: _____ FC: _____ FR: _____ TEM: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____

DIAGNÓSTICO:

PLAN TERAPÉUTICO:

TRATAMIENTO:

PRONÓSTICO:

Sello y firma del médico

Hospital Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compucho C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Puebladif @E. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

HISTORIA CLINICA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Hora: Escribir la hora en la que se realizó el expediente, utilizar el formato de 24 horas (00:00).
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
- Religión: Registrar si la hubiera.
- Lugar de origen: Escribir el lugar en donde nació.
- Lugar de residencia: Escribir el lugar donde vive actualmente.

Avenida Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compucho C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Puebladif @E. Ayuntamiento de Puebla

Logo: PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS 485 PUEBLA

- Escolaridad: Escribir el grado máximo de estudios.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente.
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
- Antecedentes heredo familiares: Realizar preguntas de las enfermedades y padecimientos que se consideran hereditarios de familiares cercanos, para ubicar si el paciente está en riesgo de padecer alguno de ellos, se registra de acuerdo a lo expuesto por el paciente.
- Antecedentes personales no patológicos: Preguntar por datos de toximias, tipo de vivienda, estado socioeconómico, etc. registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes personales patológicos: Preguntar si ha cursado por alguna enfermedad, cirugía y ha estado hospitalizado, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Pediátricos: Preguntar por padecimientos o condiciones de salud durante la infancia, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente.
- Antecedentes Gineco-obstétricos: Registrar estos datos solo si se trata de mujeres, de acuerdo a los datos solicitados.

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Motivo de consulta/Padecimiento actual: Registrar el motivo actual de la consulta, de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, o bien derivado de la auscultación.
- Interrogatorio por aparatos y sistemas: Preguntar por el estado de salud de cada uno de los aparatos y sistemas existentes en el organismo, registrar de acuerdo a datos proporcionados por el paciente, a auscultación o bien a resultados de auxiliares de diagnóstico.
- Exploración física: Registrar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la temperatura, el peso y la talla, y el índice de masa corporal, describir lo observado en la exploración.
- Diagnóstico: Escribir el diagnóstico, de acuerdo a todos los datos integrados ya con anterioridad.
- Plan terapéutico: Escribir el plan terapéutico propuesto.
- Tratamiento: Escribir el tratamiento a seguir.
- Pronóstico: Llenar utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
- Sello y firma del médico: Registrar el nombre completo del médico, su cédula profesional y su sello.

Avenida Cua Metla No. 201, Col. San Baltazar, Compucho C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 05
 www.Pueblacapital.gob.mx
 @Puebladif @E. Ayuntamiento de Puebla

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA
ESTUDIO DE DETECCIÓN
ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO AL REVERSO

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD
1. Institución: _____ 4. Municipio: _____
2. Entidad: _____ 5. Unidad médica: _____
3. Jurisdicción: _____ Clave: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE
6. Nombre: _____ Apellido materno _____ Nombre IN _____
7. Entidad de nacimiento: _____ 8. EDAD: _____ 9. Fecha Nacimiento: _____
10. Residencia actual: _____
Calle y número _____ Colonia _____ Localidad _____ 15. Teléfono o celular _____
Estado/residencia Jurisdicción Teléfono

11. Tiempo de residencia actual: 1) Menos de 1 año 2) De 1 a 5 años 3) Más de 5 años

Derechabene: 1) SEGURO POPULAR 4) PEMEX 7) IMSS OPRT
 2) IMSS 5) SEDENA 8) NINGUNO
 3) SEBES 6) SEDMAR 9) OTRO

III. FACTORES DE RIESGO (1=SI, 2=NO, 3= No aplica o según corresponda)
Fecha de Atención (Fecha de la Exploración) _____ años
12. Edad de presentación de la menarca _____ años
13. Nulligesta _____ años
14. Edad del primer embarazo o término _____ años
15. Presencia menopausia _____ años
16. Antecedente de detección
1) Autoexploración 2) Examen clínico 3) Mamografía 4) Otro _____ años 5) Ninguno
17. Antecedente de Terapia de menopausia hormonal _____ años
18. Tiempo de utilización _____ años
19. En que familia tiene antecedentes de cáncer mamario
1) Madre 2) Hermana 3) Hija 4) 1 y 2 5) 1 y 3 6) 2 y 3 7) Otro _____ años 8) Ninguno
20. Antecedente personal de cáncer mamario _____ años
21. Antecedente personal de hiperplasia atípica _____ años
22. Otros factores de riesgo _____ años

IV. DATOS CLÍNICOS
23. Signos clínicos 1) Tumores papales 5) Pie de Naranja 9) Retracción Cúmulos
 2) Ulcera y escama del pezón 6) Ganglios axilares y/o supraclav. Palpables 10) Ninguno
 3) Secreción por el pezón 7) Cambios en la coloración de la piel
 4) Retracción o fijación del pezón 8) Asimetría en las mamas

24. Fecha de inicio del primer síntoma o signo _____ años

25. Localización (señale con un punto en el dibujo la localización)
AXILA IZQUIERDA 11 MAMA IZQUIERDA 16
AXILA DERECHA 12 MAMA DERECHA 15

26. RFC de quien realizó la Exploración _____

VI. REFERENCIA
27. Conducía a seguir: 1) Cita en 6 meses 2) Turno de mamografía y/o S.O. 3) Detección de nódulo en un año 4) Otro _____
28. Motivo de la referencia: 1) Tumores papales 2) Mamografía anormal 3) Signos sugestivos 4) Factores de riesgo _____
29. Fecha de la referencia _____

27. _____
28. _____
29. _____

Página 10

PUEBLA Ciudad de Progreso **DIF MUNICIPAL PUEBLA** **CONSTRUYENDO FAMILIAS** **485 PUEBLA**

HOJA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE MAMA

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Secretaría de Salud, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subsecretaría de prevención y control de la salud, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

- Identificación de la unidad de salud: escribir nombre de la institución, entidad jurisdicción, municipio, unidad médica, claves PLDIF000041.
- Identificación del paciente: nombre completo del paciente, entidad de nacimiento, domicilio completo.
- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia.
- Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres.
- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Factores de riesgo: se pregunta los factores de riesgo descritos en el formulario.
- Datos clínicos: Lo que se localiza a la exploración y palpación mamaria.
- Nombre del responsable: Escribir el nombre o RFC del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos.
- Servicio: El servicio se refiere al que se otorga como puede ser consulta general o especialidad así como plática o taller.

Avda. Cuá. Norte No. 201, Col. San Baltazar
Compache C.P. 72530 / T. (222) 214 00 00 al 03 www.Pueblacapital.gob.mx



PUEBLA Ciudad de Progreso DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

485
PUEBLA

FORMATO DE TOMA DE MUESTRA DE PAPANICOLAOU

Notas generales:


- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Secretaría de Salud, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subsecretaría de prevención y control de la salud, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

- Identificación de la unidad de salud: escribir nombre de la institución, entidad jurisdicción, municipio, unidad médica. Claves PLDIF00041.
- Identificación del paciente: nombre completo del paciente, entidad de nacimiento, domicilio completo.
- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia.
- Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres.
- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MMAA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Derecho habiencia: Anotar si cuenta con Seguridad Social, marcando el número que corresponda
- Antecedentes: Anotar si es primera vez, subsecuente, método de planificación utilizado, fecha de última regla, Inicio de VISA sexual activa, antecedente de vacunación contra el Virus del Papiloma Humana.
- A la exploración se observa: Marcar el número correspondiente a lo observado en la toma de estudio
- Factores de riesgo: se pregunta los factores de riesgo descritos en el formulario.
- Nombre del responsable: Escribir el nombre o RFC del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos.
- Resultado de Citología: Realizado por el Cílab de los SSEP

Compuce C.P. 7250 / T. (020) 214-00-00-003

www.Pueblacapital.gob.mx



485
PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Atención de Atención de Salud (Prestación de Servicios)
Las citas registradas en el presente formato serán otorgadas de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
de la Comisión de la Salud Colectiva del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Fecha de referencia: _____ Expediente: _____

EDAD		SEXO	
Años	Meses	Hombres	Mujeres
____	____	____	____

Nombre del paciente: _____
Domicilio del paciente: _____

Médico que envía: _____ Médico que recibe: _____

Motivo del envío (Impresión diagnóstica): _____
Unidad a la que se refiere: _____ Especialidad: _____

Hoja de referencia
Fecha de referencia: _____ Seguridad social: _____
Urgencias: SI NO Expediente: _____

Nombre: _____
Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____
Núm. de expediente: _____ Edad: años _____ meses _____ sexo: m _____ f _____
Unidad que refiere: _____


Unidad a la que se refiere:
Domicilio: calle _____ número _____ colonia _____ Teléfono: _____
Servicio al que se envía: _____

Resumen clínico del padecimiento: TA: _____ FC: _____ PESO: _____ TALLA: _____

Impresión diagnóstica: _____

Nombre y firma del médico que refiere: _____ Nombre y firma del responsable de la unidad: _____

FORM 1484/SM DEF/0536



485
PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Visita domiciliaria

Fecha de visita: _____ fecha: _____ no: _____ por qué: _____
Se le atendió: SI NO POR QUÉ: _____
Continúa bajo tratamiento médico: SI NO POR QUÉ: _____
Observaciones: _____

Hoja de contrareferencia

Citas que corresponden: _____ fecha: _____
Domicilio: _____
Servicio: _____
Mensaje del paciente: _____
Resumen clínico: _____


Diagnóstico de ingreso: _____
Diagnóstico de egreso: _____

Instrucciones y recomendaciones para el manejo del paciente en su unidad de adscripción: _____

Control del paciente
Tratamiento concluido: _____ continuar tratamiento: _____
Envío a consulta subsiguiente al servicio de: _____

Nombre y firma del médico que refiere: _____ Nombre y firma del responsable de la unidad: _____

FORM 1484/SM DEF/0536



485
PUEBLA

FORMATO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA


Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato (Anverso):

- Fecha de referencia : Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Expediente: Escribir el número de expediente asignado.
- Nombre del Paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Domicilio del paciente: Anotar la dirección del paciente
- Motivo del envío: Escribir la impresión diagnóstica por la que se envía al paciente.
- Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
- Especialidad: Anotar la especialidad médica a la que se envía al paciente.
- Edad: Anotar años cerrados y/o meses cumplidos.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Urgencia: Colocar SI o No según corresponda.
- Médico que envía: Anotar el nombre completo del Médico que realiza la referencia.
- Médico que recibe: Anotar en caso de conocer el nombre del médico que recibe al paciente en la Unidad Hospitalaria Pública.
- Seguridad Social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.
- Fecha de Referencia: Indicar la fecha exacta de referencia Día/Mes/Año
- Seguridad social: Anotar el número de afiliación social en caso de contar con ella.

www.Pueblacapital.gob.mx



485
PUEBLA

- Urgencias: Marcar con X SI o NO.
- Expediente: Anotar el número de expediente del paciente
- Nombre: Anotar el nombre del paciente iniciando por apellido paterno, materno y nombre.
- De expediente: Anotar el número correspondiente.
- Edad: Anotar años cerrados y/o meses cumplidos
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres
- Unidad que refiere: Escribir el nombre completo de la Unidad Médica Integral
- Unidad a la que se refiere: Anotar el nombre del Hospital a donde se envía al paciente.
- Domicilio: Del Hospital Público al que se refiere el paciente (si se conoce).
- Teléfono: Del Hospital Público al que se envía el paciente (si se conoce)
- Servicio al que se envía: Anotar el servicio médico a donde se envía el paciente.
- Resumen Clínico del Padecimiento: TA: presión arterial, Temp: corporal del paciente, FR: frecuencia respiratoria, FC: frecuencia cardíaca, PESO: del paciente, TALLA: del paciente. Realizar resumen clínico del paciente
- Impresión Diagnóstica: Anotar el diagnóstico presuntivo por el que se envía al paciente.
- Nombre y Firma del Médico que refiere: Anotar el nombre completo y Cedula Profesional así como la rúbrica del médico que realiza la referencia.
- Nombre y Firma del Responsable de la Unidad: Anotar el nombre completo, Cedula Profesional y rúbrica del Responsable de la Unidad Médica Integral.
- Sello de la Unidad Médica general: Colocar Sello del la Unidad Médica en los formatos correspondientes

Instructivo de Llenado de formato (Reverso):

- Visita domiciliaria:
- Fecha de visita: Anotar la fecha que el personal acude a visitar al paciente en domicilio.
- Se le atendió: Anotar SI en caso de respuesta positiva. Fecha: fecha de visita.- NO si no se le atendió. PORQUE: indicar motivo
- Continúa bajo tratamiento: Indicar SI o NO y MOTIVO
- Observaciones: Anotar cualquier situación que el paciente indique de la atención recibida en el Hospital Público.
- Hoja de Contra referencia: Tendrá que se llenado por el Hospital Público donde se envió al paciente.

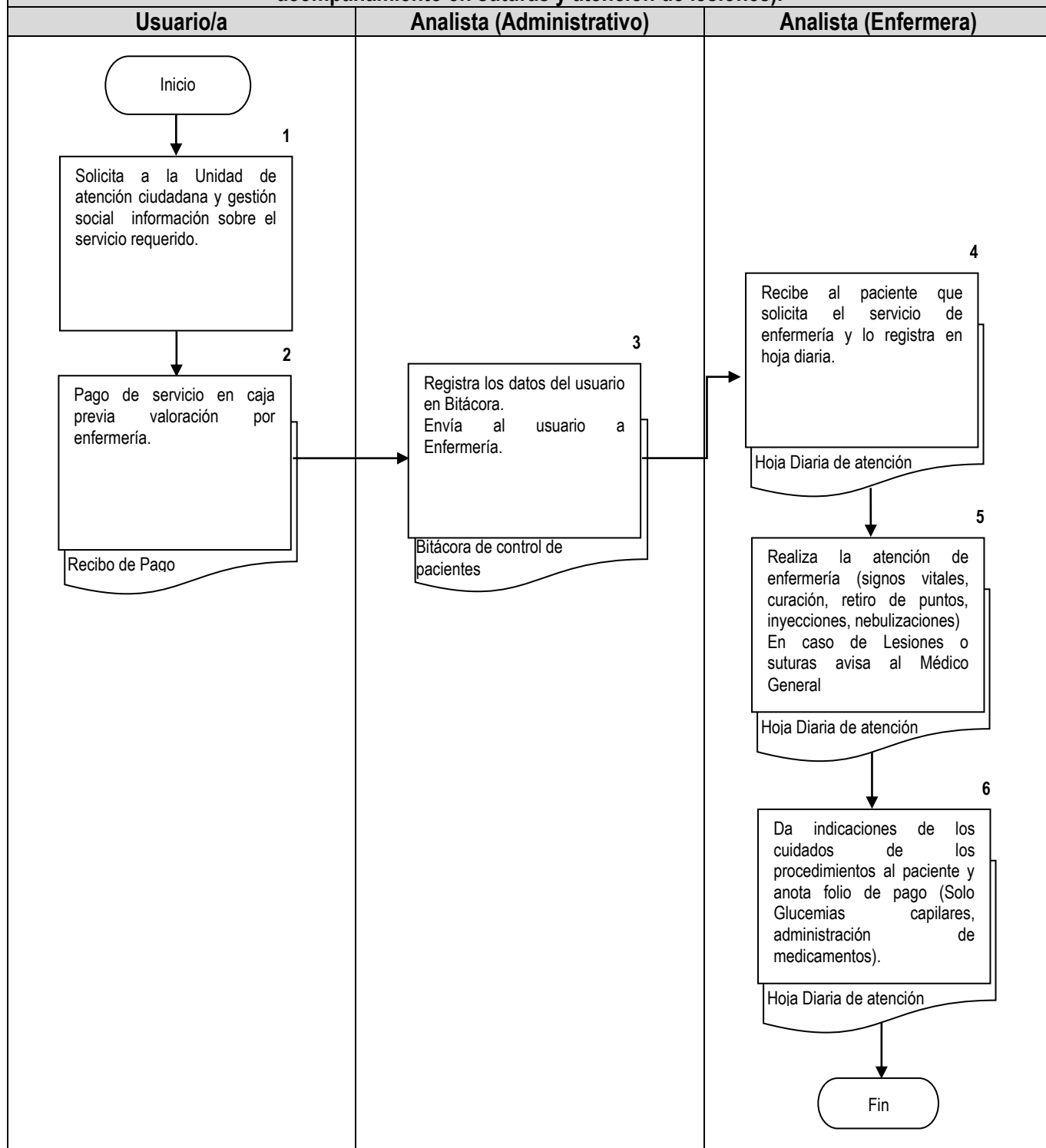
www.Pueblacapital.gob.mx


Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones)
Objetivo:	Otorgar un servicio de calidad y eficiencia a la población en General del Municipio de Puebla que requiera de un servicio de enfermería (curación, sutura, retiro de puntos, inyecciones, nebulizaciones).
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, °, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Todo el material que se requiere para llevar a cabo las actividades de atención a usuarios de enfermería deberá estar esterilizado. 2. El material y/o equipo desechable será manejado de acuerdo al manejo de R.P.B.I.
Tiempo Promedio de Gestión:	10 minutos

Descripción del Procedimiento: Para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita a la Unidad de atención ciudadana y gestión social información sobre el servicio requerido.		
	2	Pago de servicio en caja previa valoración por enfermería	Recibo de pago FORM 551- A/SMDIF/0416	Original
Analista (Administrativo)	3	Registra los datos del usuario en la bitácora y los envía a Enfermería.	Bitácora de control de pacientes	Original
Analista (Enfermera)	4	Recibe al paciente que solicita el servicio de enfermería y lo registra en hoja diaria.	Hoja diaria FORM.819- A/SMDIF/0516	Original
	5	Realiza la atención de enfermería (signos vitales, curación, retiro de puntos, inyecciones, nebulizaciones) y en caso de lesiones o suturas avisa al médico general.	Hoja Diaria Hoja diaria FORM.819- A/SMDIF/0516	Original
	6	Da indicaciones de los cuidados de los procedimientos al paciente y anota folio de pago (Solo Glucemias capilares, administración de medicamentos, nebulizaciones y suturas). Termina procedimiento.	Hoja diaria de atención FORM.819- A/SMDIF/0516	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para realizar las actividades del servicio de enfermería (curaciones, somatometría, signos vitales, administración de medicamentos, nebulizaciones e hidratación oral, acompañamiento en suturas y atención de lesiones).



		Recibo: 126555 Folio: Fecha:	
Recibimos de:		RFC:	
Nombre de la calle:		No. Oficial:	
Letra:	No. Interior:	Colonia:	C.P.
Observaciones:			
Clave	Concepto	C.U.	Importe
		Total	

R.F.C. SMD-930309-8U6
 Av. Cué Meño #201, San Baltazar Campeche
 Puebla, Puebla
www.Pueblacapital.gob.mx
FORM.551/SMDIF/0614






Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos que tratar en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión del Sujeto Obligado del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA DIARIA DE ATENCIÓN

Nombre del responsable: _____ Servicio: _____
Fecha: _____ Lugar: _____

No	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo	P	S	R	C	D	Ocupación	Diagnóstico	Calle	Jeata Auxiliar (abreviado)	Teléfono casa/celular	Fecha Nac. (A/M/D)	Firma	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Página 1

Total pacientes atendidos	Del total de pacientes	Rango de edades									
Pacientes de maternidad	Sexo	0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	26 a 30				
Pacientes de hospitalización	Sexo										
Cirujías de día	Femenino										
Planes de familia	Sexo	31 a 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60				
Cuidado geriátrico	Sexo										
Historia de diagnóstico de VIH	Femenino										
Historia de diagnóstico de VIH	Sexo	61 a 65	66 a 70	71 a 75	76 a 80	81 a 85	86 a 90				
Historia de diagnóstico de VIH	Sexo										
Historia de diagnóstico de VIH	Femenino										
H. Historia de diagnóstico de VIH	Sexo	91+									
H. Historia de diagnóstico de VIH	Sexo										
Historia de diagnóstico de VIH	Femenino										
Historia de diagnóstico de VIH	Sexo										





Observaciones: _____



QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
666622

www.Pueblacapital.gob.mx
@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.819-A/SMDIF/0516

	
<p style="text-align: center;">HOJA DIARIA</p> <p>Notas generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables. Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas. Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos. El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos. La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información. <p>Llenado de formato:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nombre del responsable: Escribir el nombre del médico o personal adscrito al departamento, iniciando por nombre y con apellidos. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso) Servicio: El servicio se refiere al que se otorga como puede ser consulta general o especialidad así como plática o taller. Lugar: Es el lugar donde se otorgó el servicio. Nombre del usuario: comenzando con el nombre seguido de apellidos. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12. 	<ol style="list-style-type: none"> Sexo: Escribir el género del paciente, indicar M para hombres y H para mujeres. P: Primera vez si acude al servicio. S: Si el usuario es subsecuente al servicio. R: Si solo acude a revisión. Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente. Diagnóstico: Lo emite el profesional de la salud después de haber evaluado al usuario. Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente, incluyendo colonia, junta auxiliar. Teléfono: Se solicita algún número telefónico para referencia. Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso) Firma: Poner la firma de usuario aceptando de conformidad. Tabla: En esta tabla se realiza la estadística correspondiente por grupos de edad y algunas clasificaciones internas. Observaciones: En estas líneas sirven para hacer anotaciones y o justificaciones de algún argumento generado en el llenado anterior.
<p>Avda. Juárez No. 201, Col. San Baltazar Compache C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 03</p>  <p>www.Pueblacapital.gob.mx</p>	<p>Avda. Juárez No. 201, Col. San Baltazar Compache C.P. 72500 / T. (222) 214 00 00 al 03</p>  <p>www.Pueblacapital.gob.mx</p>

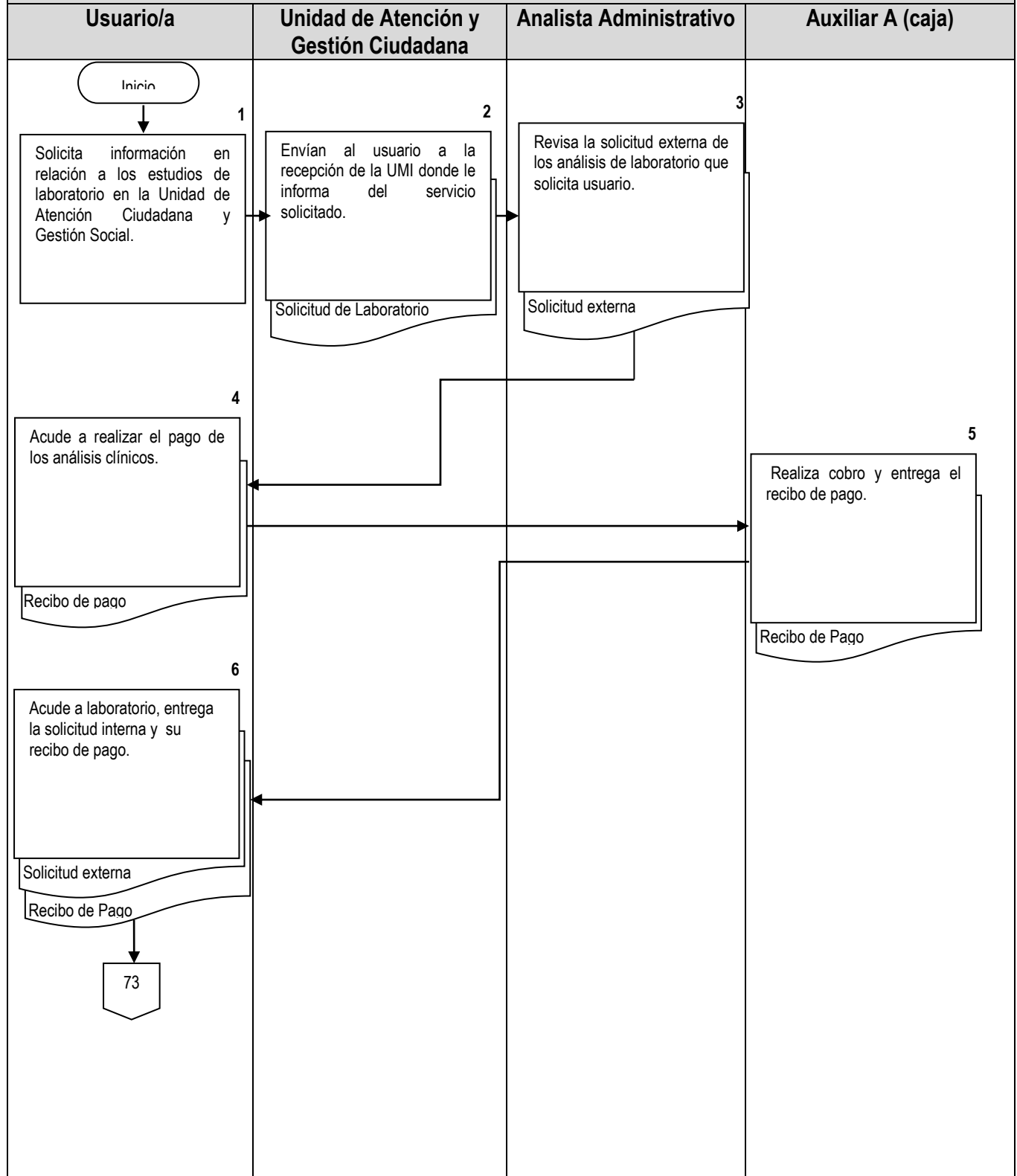
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.
Objetivo:	Brindar el servicio de estudios de laboratorio mediante análisis clínicos que contribuyan al control, diagnóstico, pronóstico, seguimiento y tratamiento oportuno de los padecimientos detectados en los usuarios solicitantes del Municipio de Puebla.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23 y 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 52.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. El servicio se otorgará a cualquier persona que solicite estudios de análisis clínicos. 2. Toda persona que solicite el servicio del Laboratorio debe ser atendida con respeto y amabilidad. 3. Las personas que asisten al Laboratorio se deberán ajustar a los horarios establecidos y reglamento interno, así como hacer el buen uso de las instalaciones. 4. Los resultados de las pruebas se entregarán al siguiente día de la toma de la muestra por la tarde, a excepción de estudios microbiológicos que pueden tardar de 5 a 7 días hábiles.
Tiempo Promedio de Gestión:	25 minutos

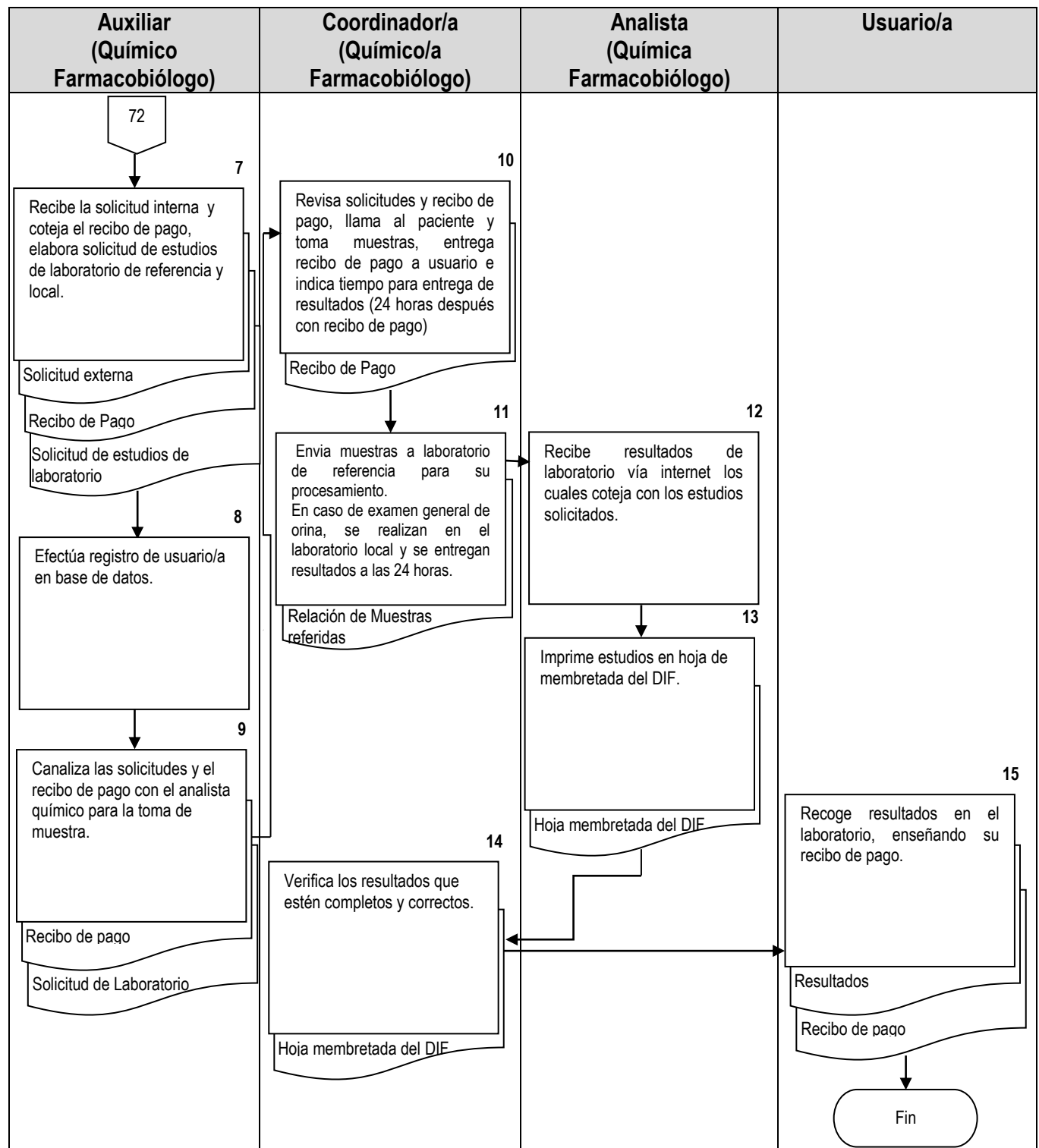
Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.


Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita información en relación a los estudios de laboratorio en la Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social		
Unidad de Atención y Gestión Ciudadana	2	Envían al usuario a la recepción de la UMI donde le informa del servicio solicitado.	Solicitud de Laboratorio FORM 382-A/SMDIF/0615	Original
Analista (Administrativo)	3	Revisa la solicitud externa de los análisis de laboratorio que solicita usuario.	Solicitud externa	Original
Usuario/a	4	Acude a realizar el pago de los análisis clínicos.		
Auxiliar A (caja)	5	Realiza cobro y entrega el recibo de pago.	Recibo de pago FORM.551-A/ SMDIF/0416	Original
Usuario/a	6	Acude al laboratorio, entrega la solicitud externa y su recibo de pago.	Solicitud externa/ Recibo de pago FORM.551-A/ SMDIF/0416	Original
Analista (Químico Farmacobiólogo)	7	Recibe la solicitud externa y coteja el recibo de pago, elabora solicitud de estudios de laboratorio de referencia y local	Solicitud externa/ Recibo de pago FORM.551-A/ SMDIF/0416 Solicitud de estudios de laboratorio FORM.382-B/SMDIF/0615	Originales y 2 copias para la solicitud de laboratorio
	8	Efectúa registro de usuario/a en base de datos.		
	9	Canaliza las solicitudes y el recibo de pago con el coordinador/a químico para la toma de muestra.	Recibo de pago FORM.551-A/ SMDIF/0416/ Solicitud de laboratorio FORM.382-B/SMDIF/0615	Originales y 2 copias para la Solicitud de estudios de laboratorio de referencia

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Coordinador/a (Químico/a Farmacobiólogo)	10	Revisa solicitudes y recibo de pago, llama al paciente y toma muestras, entrega recibo de pago a usuario e indica tiempo para entrega de resultados (24 horas después con recibo de pago)	Recibo de pago FORM.551-A/ SMDIF/0416	Original
	11	Envía muestras al laboratorio de referencia para su procesamiento. En caso de examen general de orina, Coproparasitoscópico, sangre oculta en heces, citología de moco fecal y amiba en fresco, se realizan en el laboratorio local y se entregan resultados a las 24 horas.	Relación de Muestras Referidas FORM 1025/ SMDIF/0516	Original
Analista (Química Farmacobiólogo)	12	Recibe resultados de laboratorio vía internet los cuales coteja con los estudios solicitados.		
	13	Imprime estudios en hoja de membretada del DIF.	Hoja membretada del DIF	Original
Coordinador (Químico Farmacobiólogo)	14	Verifica los resultados que estén completos y correctos.	Hoja membretada del DIF	Original
Usuario/a	15	Recoge resultados en el laboratorio, enseñando su recibo de pago. Termina procedimiento.	Resultados (hoja membretada del DIF)/ Recibo de pago FORM.551.A/ SMDIF/0416	Originales y copias

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar atención a personas que solicitan el servicio de análisis clínicos.







Recibo: **126555**
 Folio:
 Fecha:

Recibimos de: _____ RFC: _____
 Nombre de la calle: _____ No. Oficial: _____
 Letra: No. Interior: Colonia: C.P.

Observaciones:

Clave	Concepto	C.U.	Importe
Total			

R.F.C. SMD-930309-8U6
 Av. Cué Merlo #201, San Baltazar Campeche
 Puebla, Puebla
 www.Pueblacapital.gob.mx

FORM.551/SMDIF/0614

SOLICITUD DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Llenado de formato:

- Nombre del paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Fecha: Registrar la fecha de la solicitud, utilizar el formato DD/M/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Dirección del paciente: Escribir el domicilio actual del paciente, número telefónico opcional.
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12
- Sexo: Se escribe una X en la F si es femenino o en la M si es masculino.
- Médico: Registra el nombre del médico que solicita los estudios.
- DX: Este renglón se refiere al "diagnóstico", y deberá ser llenado también, utilizando el lenguaje apropiado de los tecnicismos médicos, evitar abreviaturas, pues se presta a la confusión.
- Estudios a solicitar: Se indica con una X aquellos estudios que vayan a ser solicitados, de acuerdo a los disponibles en el formato.
- Firma del médico: Firma autógrafa del médico solicitante.
- Cédula: Registro de la cédula profesional del médico que solicita los estudios.

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____
 DIRECCIÓN DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO F _____ M _____
 MÉDICO: _____ DX: _____

HEMATOLOGÍA <input type="checkbox"/> Biometría hemática completa <input type="checkbox"/> Reducción <input type="checkbox"/> Sedimentación globular <input type="checkbox"/> Células LE PARASITOLOGÍA <input type="checkbox"/> Ancho en fresco + moco fecal <input type="checkbox"/> Coproparasitológico 10: 2 1/2 3/1 <input type="checkbox"/> Graham (Ovum) <input type="checkbox"/> Grasa en heces <input type="checkbox"/> Sangre oculta 10: 2 1/2 3/1 MICROBIOLOGÍA <input type="checkbox"/> Cultivo fúngico <input type="checkbox"/> Cultivo vaginal <input type="checkbox"/> Coprocultivo <input type="checkbox"/> Urocultivo <input type="checkbox"/> Cultivo micótico de: <input type="checkbox"/> BAMB <input type="checkbox"/> Amibiograma 10: 3/1 3/1	BIOQUÍMICA <input type="checkbox"/> Glucosa <input type="checkbox"/> Hemoglobina A1C <input type="checkbox"/> Química sanguínea completa <input type="checkbox"/> Glucosa curva de _____ hrs. <input type="checkbox"/> Química sanguínea parcial <input type="checkbox"/> Glucosa postprandial <input type="checkbox"/> Ácido úrico <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> Triglicéridos <input type="checkbox"/> Colesterol HDL y LDL <input type="checkbox"/> Bilirrubina <input type="checkbox"/> Transaminasas TGO y TGP <input type="checkbox"/> Fosfatasa alcalina <input type="checkbox"/> Electrolytes (Na, K y Cl) <input type="checkbox"/> Calcio <input type="checkbox"/> Pruebas totales <input type="checkbox"/> Albumina <input type="checkbox"/> Prueba de embarazo	SEROLOGÍA <input type="checkbox"/> Factor reumatoide <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> Proteína C reactiva <input type="checkbox"/> Bacterias tífoides <input type="checkbox"/> Anticuerpos <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Grupo Sanguíneo y Rh ORINA <input type="checkbox"/> Examen general de orina <input type="checkbox"/> Preparación de cristales <input type="checkbox"/> Pruebas totales en 2 hrs. <input type="checkbox"/> Microalbuminuria HORMONAS <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> ESTRADIOL <input type="checkbox"/> PROGESTERONA <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> PRL <input type="checkbox"/> GCH- Fracción beta	COAGULACIÓN <input type="checkbox"/> Tiempo de protrombina <input type="checkbox"/> Tiempo de trombolitina parcial <input type="checkbox"/> Tiempo de trombina ESPECIALES <input type="checkbox"/> Marcador Tumoral CA-125 <input type="checkbox"/> Marcador Tumoral CA-199 <input type="checkbox"/> Antígeno Carcinoembrionario <input type="checkbox"/> Antígeno Prostático Específico COSTO TOTAL: _____ FIRMA DEL MÉDICO CÉDULA FORM.382-A/SMDIF/0615 QUEJAS Y DENUNCIAS 01 800 1 VIGILA 844432
--	---	---	---

IV. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

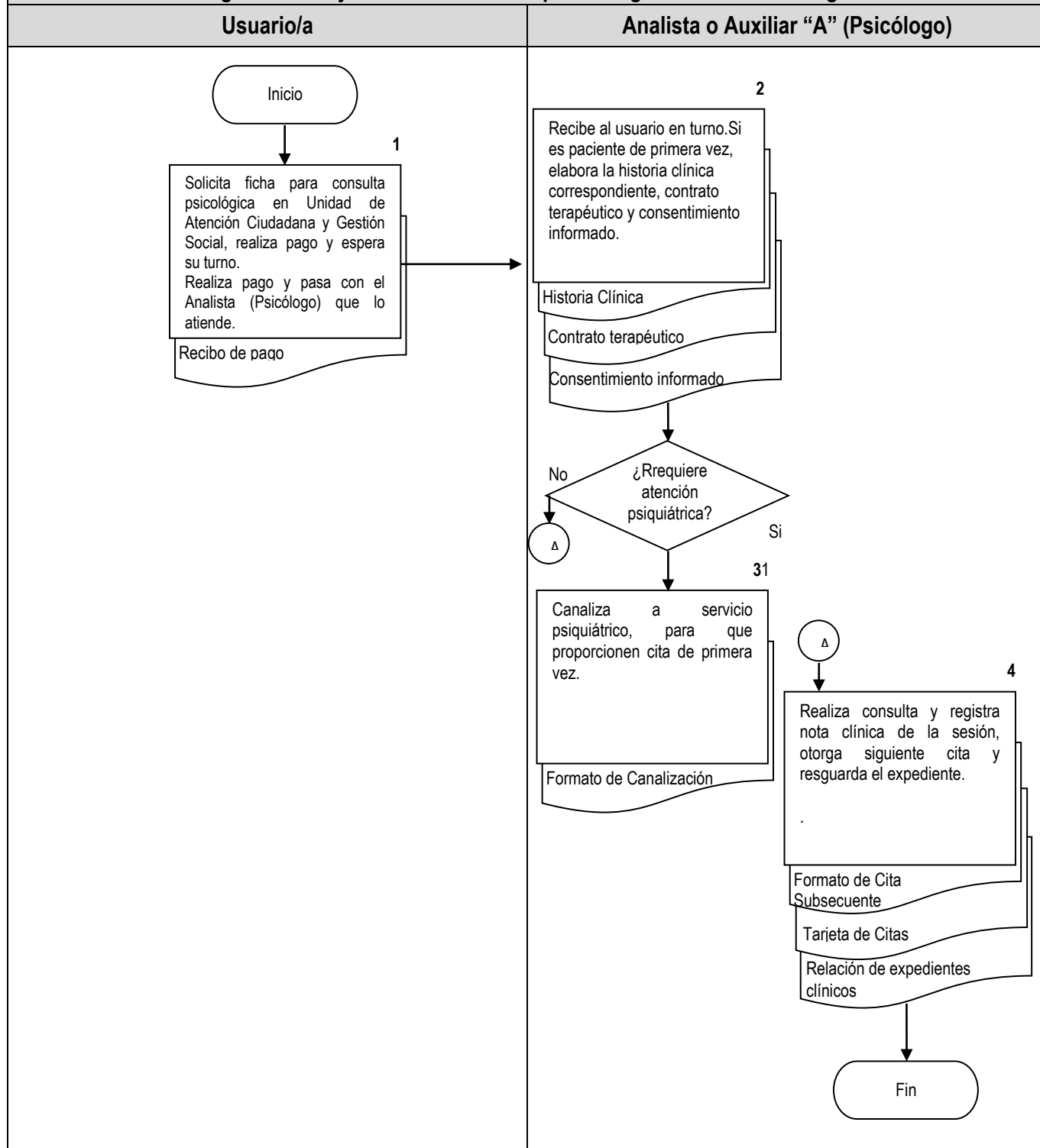
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención Psicológica.
Objetivo:	Otorgar y dar tratamiento a las personas que acudan al Sistema Municipal DIF solicitando el servicio con el fin de promover la estabilidad emocional y la cultura de la salud mental de la población del Municipio.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo. 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos. 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos. 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.</p> <p>NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.</p> <p>NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años de edad.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 51, fracción V.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y que requiera atención psicológica. 2. Toda persona que solicite el servicio del área será asistido con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 3. Los pacientes y el personal de otros programas del Sistema Municipal DIF, al hacer uso de los servicios psicológicos se deben sujetar a los horarios del


	<p>Departamento de Atención Psicológica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. El psicólogo asignado debe canalizar a un paciente a otros programas del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando el propio paciente manifieste esa necesidad. 5. Los reportes solicitados vía oficio de alguno de los programas del Sistema Municipal DIF o de organizaciones externas, se debe hacer en forma de reporte psicológico y entregar en sobre sellado. 6. Los horarios de atención a usuarios de primera vez estarán sujetos a la disponibilidad de espacios y/o tiempo de los psicólogos de acuerdo a actividades previamente programadas. 7. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por los Analistas (psicólogos) que atiende al paciente por primera vez. 8. No se debe proporcionar información del estado emocional o de la dinámica familiar de los pacientes a cualquier persona, ya que es información confidencial. 9. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está autorizada para tomar decisiones respecto de custodia temporal o patria potestad, ya que éstas le corresponden a un juez de lo familiar. 10. Los pacientes deberán pagar la cuota de recuperación correspondiente. 11. Cuando algún programa o dirección solicite una valoración de carácter urgente para sustentar una denuncia o canalización de una persona al Hospital Rafael Serrano (El Batán), se debe turnar al servicio de psiquiatría. 12. Se deben respetar las citas que se tienen agendadas y se debe hacer un espacio para dichas entrevistas. 13. En caso de que el usuario solicite una constancia de ausencia escolar o a su trabajo, lo deberá solicitar al Analista (Psicólogo) que lo atiende, para su expedición. 14. Esta misma se extenderá siempre y cuando se empalme la consulta con sus actividades escolares o trabajo. 15. El personal encargado de otorgar el servicio deberá llevar un control de personas atendidas.
<p>Tiempo Promedio de Gestión</p>	<p>1 hora.</p>

Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención Psicológica

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita ficha para consulta psicológica en Unidad de Atención Ciudadana y Gestión Social, realiza pago y espera su turno. Realiza pago y pasa con el Analista (Psicólogo) que lo atiende, si es paciente subsecuente.	Recibo de pago FORM.551- A/SMDIF/0614	1 Original
Analista o Auxiliar "A" (Psicólogo)	2	Recibe al usuario en turno y si es paciente de primera vez, elabora la historia clínica correspondiente para elaborar diagnóstico y determinar qué tipo de ayuda necesita, contrato terapéutico y consentimiento informado; si es paciente subsecuente, para continuar con el tratamiento. • Si no requiere atención psiquiátrica continua en la actividad Núm. 4, en caso contrario:	Historia Clínica FORM 765- A/SMDIF/0416/ Contrato terapéutico FORM 1463/ SMDIF/0416/ Consentimiento informado FORM 1462/ SMDIF/0416	1 Original
Analista o Auxiliar "A" (Psicólogo)	3	Canaliza a servicio psiquiátrico, para que proporcionen cita de primera vez.	Formato de Canalización FORM.398/ SMDIF/0414	1 Original y 1 Copia
Analista o Auxiliar "A" (Psicólogo)	4	Realiza consulta y registra nota clínica de la sesión, otorga siguiente cita y resguarda el expediente. Termina procedimiento	Formato de Cita Subsecuente FORM.391/ SMDIF/0414/ Tarjeta de Citas FORM.392/ SMDIF/0414/ Relación de expedientes clínicos	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar atención Psicológica



		Recibo: 126555 Folio: Fecha:	
Recibimos de:		RFC:	
Nombre de la calle:		No. Oficial:	
Letra:	No. Interior:	Colonia:	C.P.
Observaciones:			
Clave	Concepto	C.U.	Importe
		Total	

R.F.C. SMD-930309-8U6
 Av. Cué Moles #201, San Baltazar Campeche
 Puebla, Puebla
 www.Pueblacapital.gob.mx
FORM.551/SMDIF/0614



Ciudad de Progreso



Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica

Aviso de Protección de Datos Personales
 Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de elaboración: ____/____/____ No. Expediente: ____ Hora: ____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: _____ Edad: ____ Sexo: **H M**

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombre(s): _____

Fecha de Nac: _____ Lugar de Nac: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Analfabetismo: **SI No**

Lengua: _____ Ocupación: _____

Domicilio (Calle y número): _____ Colonia: _____

Junta Auxiliar: _____ Municipio: _____ Código Postal: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Familiar Responsable: _____ Tel: _____

Motivo de consulta: _____

Expectativa de atención: _____

Pedecimiento actual: _____




QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
 844453
 Avenida Cué Moles No. 201, Col. San Baltazar Campeche C.P. 72550 / T. (222) 214 00 00 o 05
 www.Pueblacapital.gob.mx

FORM.753-A/SMDIF/0416

Instructivo de llenado de Historia Clínica

1. **Fecha de elaboración:** Se anota día, mes y año en que se elabora.
2. **No. Expediente:** Número de expediente asignado.
3. **Hora:** Hora de elaboración.
4. **Ficha de Identificación:** Se anotarán los datos solicitados del paciente.
5. **Motivo de consulta:** Razón por la que acude a consulta, en palabras textuales del paciente.
6. **Expectativa de atención:** Cómo espera ser ayudado el paciente.
7. **Padecimiento actual:** Descripción desde lo psicológico de lo que le sucede al paciente (qué, cuándo, cómo, factores desencadenantes, factores agravantes, etc.)
8. **Salud mental previa:** Funcionamiento de la persona previo a la problemática actual. Se detectan es particular: autolesiones, duelos (resueltos o no), intentos de suicidio (cuándo, qué método, qué lo desencadenó, etc.), así como atención psicológica previa que haya recibido y resultados de la misma.
9. **Antecedentes de importancia:** Se registran antecedentes personales patológicos en las áreas que se mencionan.
10. **Antecedentes no patológicos:** Antecedentes no patológicos en las áreas que se mencionan.
11. **Familiograma:** Se diagrama la dinámica familiar.
12. **Personalidad:** Rasgos y patrones característicos de la persona, tanto funcionales como disfuncionales.
13. **Toxicomanías:** Consumo de sustancias de acuerdo a los puntos que se mencionan (descripción del inicio del consumo, motivación inicial, motivación para el mantenimiento, patrón de consumo, síndrome de abstinencia, tolerancia, último consumo, tratamientos previos).
14. **Interrogatorio por aparatos y sistemas:** Procede en exploración médico-psiquiátrica.
15. **Exploración física:** Procede en exploración médico-psiquiátrica.
16. **Examen mental:** Ubicación en tiempo, espacio y persona, así como exploración de las funciones mentales y los trastornos que pudieran existir y que contribuyen a la problemática presentada y al desempeño cotidiano de la persona.
17. **Clinimetría:** Se consigna utilización y resultados de instrumentos de medición como escalas o tests.
18. **Impresión diagnóstica:** Primera aproximación diagnóstica después del interrogatorio inicial, de acuerdo a los criterios del CIE-10.
19. **Pronóstico:** Señalar si es favorable o desfavorable y las razones para ello.
20. **Plan:** Consignar las formas como se piensa proceder clínicamente, así como las áreas que se piensa abordar en el proceso terapéutico.
21. **Continúa en:** Señalar si continuará en psicología, psiquiatría o ambos servicios.
22. **Elaboró:** Consignar nombre completo, cédula profesional y firma de quien realiza la historia clínica.

FORM.765-A/SMDIF/0416



**Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica**

Aviso de Protección de Datos Personales:
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de la Secretaría de Salud de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de elaboración: / / Hora: _____


El C. con nombre: _____ (o en su defecto su familiar responsable representante legal), solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicar una entrevista, seguimiento médico, pruebas de pruebas, intervenciones psicológicas, intervenciones psicopedagógicas, exámenes de laboratorio y de gabinete que se juzguen necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:


1. Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
2. Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado el inicio de la sesión y/o consulta otorgada.
3. Llegar puntualmente a sus citas subsiguientes teniendo en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como pasar previamente a la forma de signos vitales al servicio de enfermería.
4. En caso de llegar retrasado tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste e su consulta o podrá reprogramarla, si así lo desea.
El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45 - 60 minutos.
El tiempo de citas subsiguientes en el servicio de psicología es de 45- 60 minutos.
El tiempo de citas subsiguientes en el servicio de psiquiatría es de 30 minutos.
5. En caso de intervención en crisis, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado.
6. En caso de cualquier cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora de servicio que será prestado.
7. Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no pueda atenderle por causas imprevistas y por tanto no sea posible informarle con anterioridad, en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
8. Usted tiene derecho a solicitar una constancia de atención psicológica y/o psiquiátrica.
9. El personal médico de la institución le suministrará las prescripciones que usted requiere a causa de su condición clínica en sus citas programadas. Bajo ninguna circunstancia se proporcionarán recetas por psicofármacos tipo II (por ejemplo, benzodiazepínicos), fuera de sus citas programadas.
10. Usted tiene derecho a manifestar inconformidad o queje sobre cualquier aspecto de servicio otorgado, mediante el uso del buzón de quejas, sugerencias y/o reclamaciones o directamente en la Jefatura de Departamento de Atención Psicológica, Seguimiento y Calidad.
11. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de terapeuta, solicitándolo directamente a la Jefatura del Departamento de Atención Psicológica.
12. En caso de suspender su tratamiento sin el consentimiento de su psicólogo y/o médico, se extingue de toda responsabilidad al personal y a la institución.

ANEXADO

FORM.1462/SMDIF/0416



Avda. Guadalupe No. 333, Col. San Salvador Campesino C.P. 73505 / T. (0222) 214 00 00 al 05
www.Pueblacapital.gob.mx



**Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica**

Aviso de Protección de Datos Personales:
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de la Secretaría de Salud de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO


Fecha de elaboración: / / Hora: _____

El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:

1. Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo y/o médico para el llenado de su expediente clínico.
2. Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado el inicio de la sesión y/o consulta otorgada.
3. Llegar puntualmente a sus citas subsiguientes teniendo en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como pasar previamente a la forma de signos vitales al servicio de enfermería.
4. En caso de llegar retrasado tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste e su consulta o podrá reprogramarla, si así lo desea.
El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45 - 60 minutos.
El tiempo de citas subsiguientes en el servicio de psicología es de 45- 60 minutos.
El tiempo de citas subsiguientes en el servicio de psiquiatría es de 30 minutos.
5. En caso de intervención en crisis, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado.
6. En caso de cualquier cita telefónica, usted será el responsable de anotar correctamente fecha y hora de servicio que será prestado.
7. Puede darse el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no pueda atenderle por causas imprevistas y por tanto no sea posible informarle con anterioridad, en estos casos, se reprogramará su cita al espacio más cercano del que se disponga en la agenda del prestador del servicio.
8. Usted tiene derecho a solicitar una constancia de atención psicológica y/o psiquiátrica.
9. El personal médico de la institución le suministrará las prescripciones que usted requiere a causa de su condición clínica en sus citas programadas. Bajo ninguna circunstancia se proporcionarán recetas por psicofármacos tipo II (por ejemplo, benzodiazepínicos), fuera de sus citas programadas.
10. Usted tiene derecho a manifestar inconformidad o queje sobre cualquier aspecto de servicio otorgado, mediante el uso del buzón de quejas, sugerencias y/o reclamaciones o directamente en la Jefatura de Departamento de Atención Psicológica, Seguimiento y Calidad.
11. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de terapeuta, solicitándolo directamente a la Jefatura del Departamento de Atención Psicológica.
12. En caso de suspender su tratamiento sin el consentimiento de su psicólogo y/o médico, se extingue de toda responsabilidad al personal y a la institución.

ANEXADO

FORM.1462/SMDIF/0416






Avda. Guadalupe No. 333, Col. San Salvador Campesino C.P. 73505 / T. (0222) 214 00 00 al 05
www.Pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado de Carta de Consentimiento Informado

1. **Fecha y hora de elaboración:** Registrar día, mes, año y hora de elaboración.
2. Anotar el nombre del paciente en el espacio correspondiente.
3. Anotar nombre y firma del paciente al final del formato.
4. Anotar nombre y firma del psicólogo o psiquiatra que atiende al paciente.
5. Anotar nombre y firma de un familiar responsable en caso de menores de edad o personas que por su condición mental y/o emocional requieran de alguien que se haga cargo de ellos.

FORM 1462/SMDIF/0416

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales
en posesión de los Órganos Públicos de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CONTRATO TERAPÉUTICO

Fecha de elaboración: ____/____/____ No. Expediente: _____ Hora: ____:____

Cuando se asiste a un proceso psicoterapéutico es una decisión personal y responsable, donde se comprometen ambas partes en beneficio del paciente. Es por ello que, a partir de la firma de este contrato terapéutico, usted tiene derecho y obligación a lo siguiente:

1. El psicoterapeuta se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente de acuerdo a los principios de consentimiento y de la ética profesional, previstos en el Código Ético de Psicología en México. Así mismo, se compromete a orientar con cuidado al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
2. Dejar el tratamiento psicoterapéutico con previo aviso al psicólogo.
3. El psicoterapeuta se compromete a que la información que el paciente vierte en las sesiones terapéuticas, será tratada bajo los principios de confidencialidad y de respeto que manuejen los cánones éticos de la Psicología. Únicamente podrá ser roto el principio de confidencialidad cuando su vida o la vida de terceros corre peligro.
4. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de psicoterapeuta, con aviso a la Jefatura del Departamento de Psicología.
5. El paciente se **COMPROMETE** a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico en su persona, tratando de lograr su bienestar físico y mental.
6. El paciente se **COMPROMETE** a asistir puntualmente a las citas que se programen con anterioridad. En caso de no poder acudir, avisará al terapeuta con 24 horas de anticipación como mínimo.
7. El paciente está de acuerdo en cubrir el costo de las sesiones terapéuticas de acuerdo al nivel socioeconómico establecido en el estudio.
8. Se establecen _____ sesiones terapéuticas, con posibilidad de realizar un nuevo contrato terapéutico de ser necesario.


Nombre del paciente: _____
Firma: _____

Nombre del terapeuta: _____
Firma: _____

Familiar responsable (en caso de menores de edad): _____
Firma: _____

Dirección: _____ Colonia: _____
Junta Auxiliadora: _____ Municipio: _____ Teléfono: _____

FORM 1462/SMDIF/0416

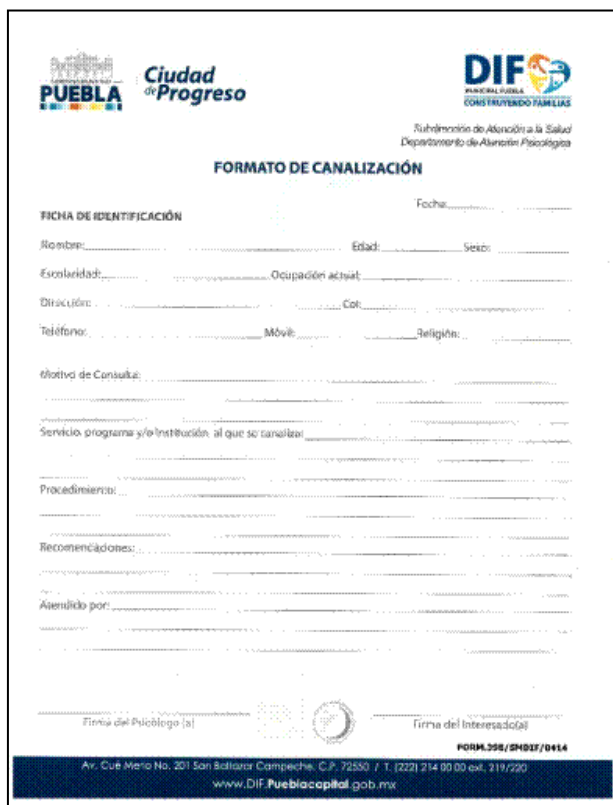
 **QUEJAS Y DENUNCIAS**
01 800 1 VIGILA
444113

Avionda Guá, Norte No. 201, Col. San Sebastián Compadre, C.P. 72500 / T. (502) 214 00 00 al 03
www.Pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado de Contrato Terapéutico

1. **Fecha de elaboración:** Registrar día, mes y año de elaboración.
2. **No. Expediente:** Número de expediente asignado.
3. **Hora:** Hora de elaboración.
4. Anotar nombre y firma del paciente al final del formato.
5. Anotar nombre y firma del psicólogo que atiende al paciente.
6. Anotar nombre y firma de un familiar responsable en caso de menores de edad
7. Consignar los datos del paciente que se solicitan al final del formato (dirección, colonia, junta auxiliar, municipio y teléfono).

FORM. 1463/SMDIF/0416



PUEBLA Ciudad de Progreso

DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica

FORMATO DE CANALIZACIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN Fecha: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Ocupación actual: _____

Dirección: _____ Cor: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ Religión: _____

Motivo de Consulta: _____

Servicio, programa y/o Institución, al que se canaliza: _____

Procedimiento: _____

Recomendaciones: _____

Atendido por: _____

Firma del Psicólogo (s) _____ Firma del Interesado(a) _____

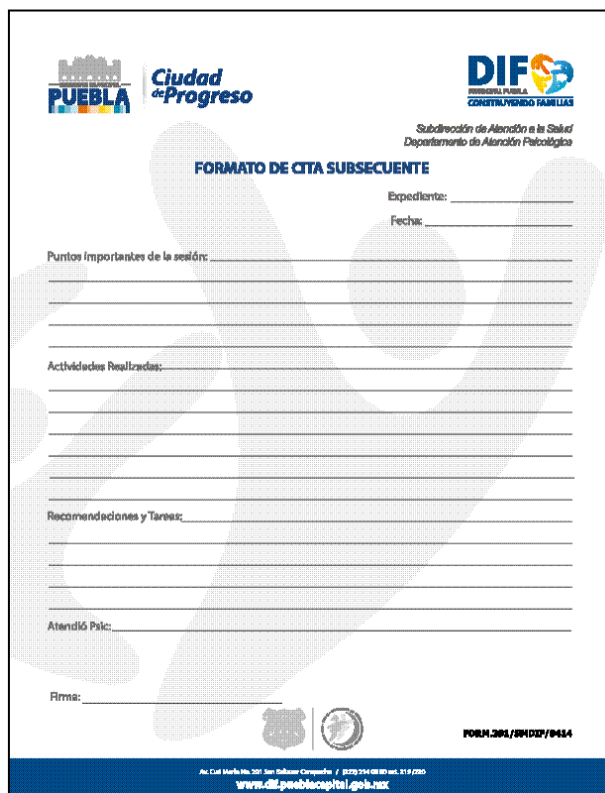
FORM.398/SMDIF/0414

Av. Cuz Mérida No. 201 San Balthazar, Campeche, C.P. 22500 / T. (222) 214 00 00 ext. 219/220
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado del Formato de Canalización

1. **Fecha:** Se anota la fecha en la que se lleva a cabo la sesión.
2. **Ficha de identificación:** Se anotarán los datos solicitados del paciente.
3. **Motivo de consulta:** Se anota la razón por la cual el paciente solicita consulta.
4. **Servicio, programa y/o institución al que se canaliza:** Servicio al que se canaliza en el SMDIF o Institución fuera del SMDIF a la que se refiere al paciente.
5. **Procedimiento:** Anotar los pasos a seguir para acceder al servicio o Institución al que se canaliza. Por ejemplo, días, horarios, costos, requisitos a cubrir, etc.
6. **Recomendaciones:** Se anotarán tanto las recomendaciones que se le hayan hecho al paciente como aquellas dirigidas al servicio o Institución que lo recibirá y que a juicio del Psicólogo(a) sea pertinente comunicar.
7. **Atendido por:** Nombre completo del psicólogo(a) que atendió al paciente.
8. **Firmas:** Firma y/o sello del Psicólogo(a) y firma del paciente.

FORM.398/SMDIF/0414



PUEBLA Ciudad de Progreso

DIF MUNICIPAL PUEBLA
CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica

FORMATO DE CITA SUBSECUENTE

Expediente: _____
Fecha: _____

Puntos importantes de la sesión: _____

Actividades Realizadas: _____

Recomendaciones y Tareas: _____

Atendió Psico: _____

Firma: _____

FORM.391/SMDIF/0414

Av. Cal. Méx. No. 391 San Ildefonso Cempoala. / 0273 714 00 00 ext. 117 / 050
www.dif.pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado del Formato de Cita Subsecuente

1. **Expediente:** Anotar número de expediente del paciente atendido.
2. **Fecha:** Fecha en que se realiza la sesión.
3. **Puntos importantes de la sesión:** Anotar aquellos temas relevantes que surgen durante la sesión y sobre los que se trabajó en la terapia.
4. **Actividades realizadas:** Técnicas utilizadas en la sesión para el trabajo terapéutico.
5. **Recomendaciones y tareas:** Anotar las recomendaciones que se le hagan al paciente y las tareas que se le dejan para realizar entre la sesión actual y la próxima, si es que las hubiera.
6. **Atendió:** Nombre completo del Psicólogo(a) que atendió.
7. **Firma:** Firma y/o sello del Psicólogo(a).

FORM.391/SMDIF/0414/

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES

FORM.392/SMDIF/0414

Instructivo de llenado de Tarjeta de Citas

- Paciente y nombre del psic:** nombre completo del paciente y del psicólogo(a) que lo atiende.
- Fecha y hora:** fecha y hora de las citas que se programen.
- Firma:** el psicólogo(a) firmará una vez concluida la sesión. Sólo firmará las sesiones realizadas.
- Observaciones:** el psicólogo(a) anotará aquellas cuestiones que considere de relevancia para el paciente, si las hubiera.

FORM.392/SMDIF/0414

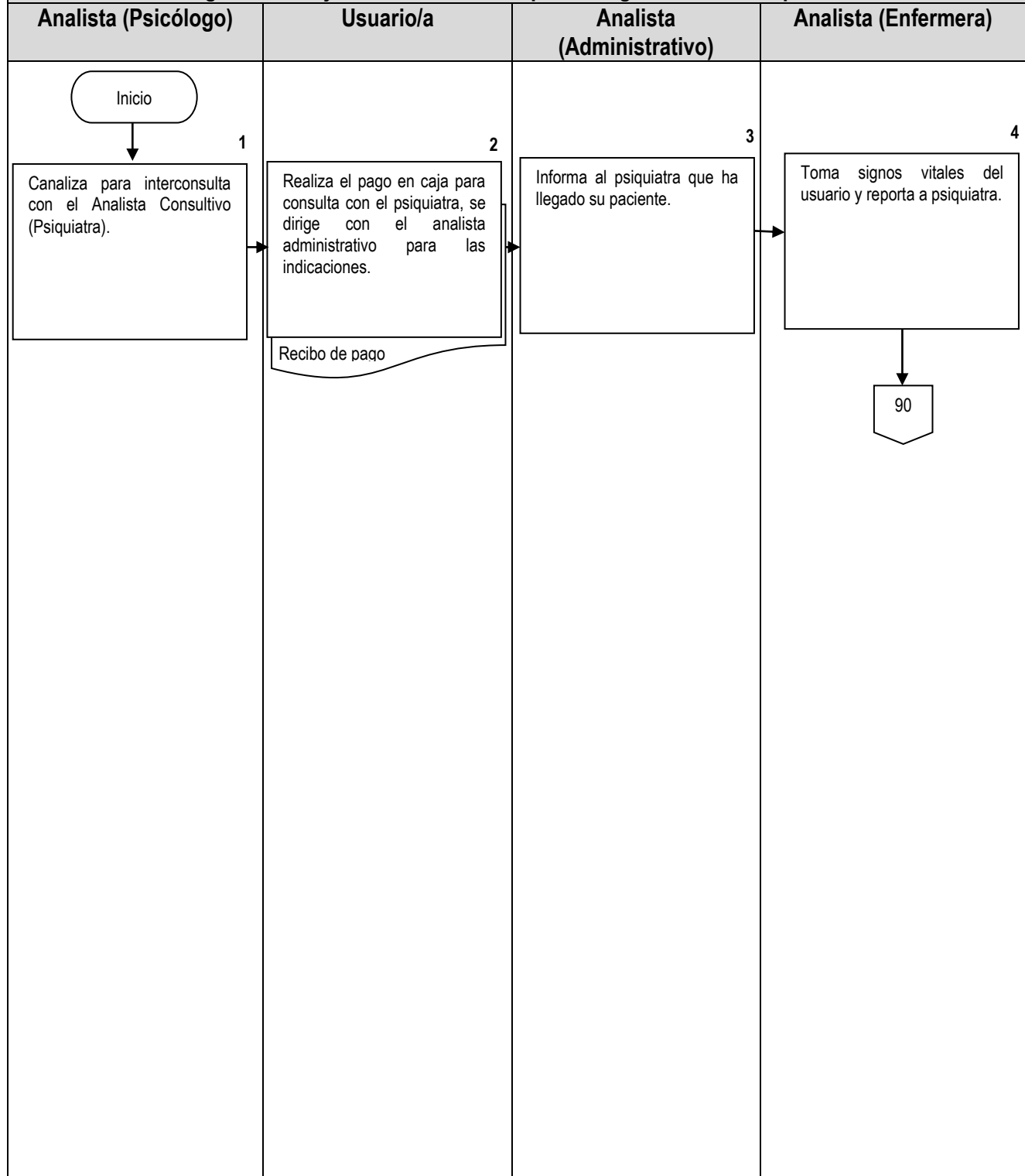
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica.
Objetivo:	Otorgar atención psiquiátrica a las personas que acudan al Sistema Municipal DIF o con interconsulta, a fin de promover el desarrollo emocional y la cultura de la salud mental de la población del Municipio, a través de diferentes programas.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos en el Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.</p> <p>NOM-025-SSA2-1994 Para la prestación de servicio de salud médico- psiquiátrica.</p> <p>NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.</p> <p>NOM-047-SSA2-2015 Para la atención a la salud del grupo etario 10 a 19 años de edad.</p> <p>Reglamento interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 51, fracción V.</p>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla y que requiera atención psiquiátrica. 2. Cuando alguna institución externa, programa o Dirección del SMDIF, solicite atención de carácter urgente o cuando la persona en crisis se presente, se le brindara atención inmediata. Tomando como urgencia a aquellos usuarios que presenten ideación y/o intento suicida o cualquier persona que presente un estado de intensa perturbación emocional. 3. Toda persona que solicite el servicio del área será asistido con respeto y

	<p>amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Los casos de urgencia deben ser tratados de una manera especial, dejando para después cuestiones administrativas; se debe tener como prioridad llevar al paciente a un estado de equilibrio emocional. 5. La persona en crisis deberá presentarse con un familiar y/o persona responsable del mismo; en caso de presentarse solo, el personal del Departamento de Atención Psicológica deberá comunicarse con algún familiar de la persona para que se presenten a acompañarlo. (Se elabora formato de Intervención en crisis) 6. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por el psiquiatra que atiende al paciente por primera vez. 7. No se debe proporcionar información del estado emocional o de la dinámica familiar de los pacientes a cualquier persona, pues información confidencial. 8. En caso de que el usuario solicite una constancia de ausencia escolar o a su trabajo, lo deberá solicitar al psiquiatra que lo atiende para su expedición. Esta misma se extenderá siempre y cuando se empalme la consulta con sus actividades escolares o trabajo. 9. El personal encargado de otorgar el servicio deberá llevar un control de los usuarios. 10. Por atención en crisis no presentarán recibo de pago, ya que es un servicio gratuito.
<p>Tiempo Promedio de Gestión:</p>	<p>1 hora.</p>

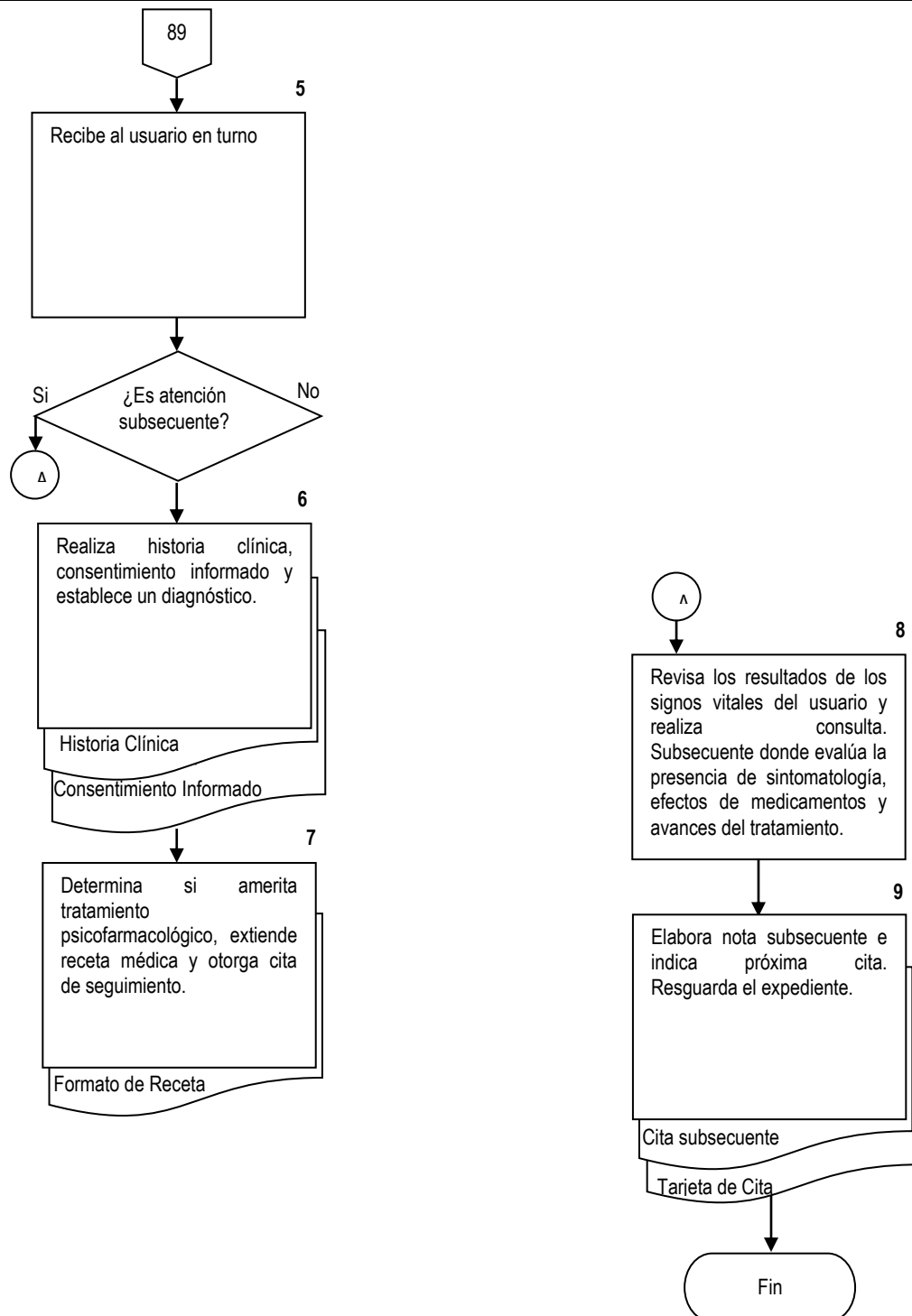
Descripción del procedimiento: Para otorgar atención Psiquiátrica.

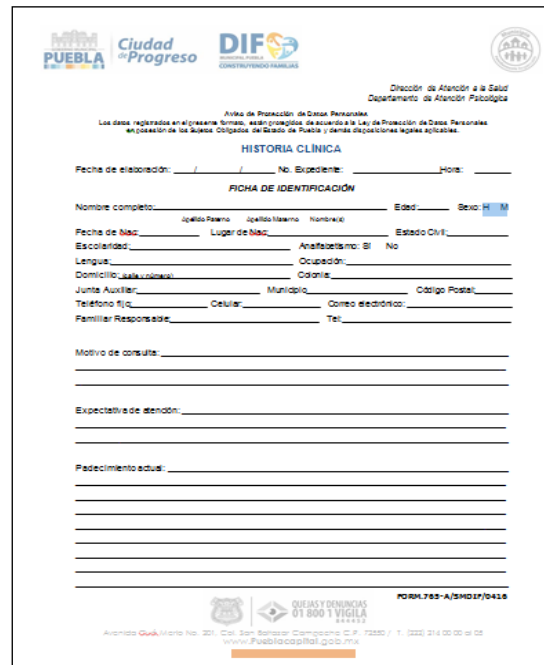
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista (Psicólogo)	1	Canaliza para interconsulta con el Analista Consultivo (Psiquiatra).		
Usuario/a	2	Realiza el pago en caja para consulta con el psiquiatra, se dirige con el analista administrativo para las indicaciones.	Recibo de pago FORM.551- A/SMDIF/0614	Original
Analista (administrativo)	3	Informa al psiquiatra que ha llegado su paciente y envía al paciente al área de enfermería para que le tomen sus signos vitales.		
Analista (enfermera)	4	Toma signos vitales del usuario y reporta a psiquiatra.		
Analista Consultivo (Psiquiatra)	5	Recibe al usuario en turno. • Si es atención subsecuente continua en la actividad Núm. 8, en caso contrario:		
	6	Realiza historia clínica, consentimiento informado y establece un diagnóstico.	Historia Clínica FORM 765-A/ SMDIF/0416/ Carta de Consentimiento informado FORM 1462/ SMDIF/0416	Originales
	7	Determina si amerita tratamiento psicofarmacológico, extiende receta médica y otorga cita de seguimiento.	Receta Médica FORM.390/ SMDIF/0414	1 Original y 1 copia
	8	Revisa los resultados de los signos vitales del usuario y realiza consulta. Subsecuente donde evalúa la presencia de sintomatología, efectos de medicamentos y avances del tratamiento.		
	9	Elabora nota subsecuente e indica próxima cita. Resguarda el expediente. Termina procedimiento.	Cita Subsecuente FORM.391/ SMDIF/0414 Tarjeta de Cita FORM.393/ SMDIF/0414	1 Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar atención Psiquiátrica



Analista Consultivo (Psiquiatra)





Logo: Ciudad de Progreso, DIF Municipal Puebla

Departamento de Atención Psicológica

Unidad de Protección de Datos Personales

Las datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HISTORIA CLINICA

Fecha de elaboración: / / No. Expediente: Hora: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: M F

Fecha de Nac: _____ Lugar de Nac: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Analfabetismo: Si No

Lengua: _____ Ocupación: _____

Domicilio: Calle y número: _____ Colonia: _____

Junta Auxiliar: _____ Municipio: _____ Código Postal: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____

Familiar Responsable: _____ Tel: _____

Motivo de consulta: _____

Expectativa de atención: _____

Padecimiento actual: _____

FORM.765-A/SMDIF/0416

Av. Miguel Alemán No. 201, Col. San Salvador Champón, C.P. 72500 / T. 0222 214 00 00 al 05
www.pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado de Historia Clínica

1. **Fecha de elaboración:** Se anota día, mes y año en que se elabora.
2. **No. Expediente:** Número de expediente asignado.
3. **Hora:** Hora de elaboración.
4. **Ficha de Identificación:** Se anotarán los datos solicitados del paciente.
5. **Motivo de consulta:** Razón por la que acude a consulta, en palabras textuales del paciente.
6. **Expectativa de atención:** Cómo espera ser ayudado el paciente.
7. **Padecimiento actual:** descripción desde lo psicológico de lo que le sucede al paciente (qué, cuándo, cómo, factores desencadenantes, factores agravantes, etc.)
8. **Salud mental previa:** Funcionamiento de la persona previo a la problemática actual. Se detectan es particular: autolesiones, duelos (resueltos o no), intentos de suicidio (cuándo, qué método, qué lo desencadenó, etc.), así como atención psicológica previa que haya recibido y resultados de la misma.
9. **Antecedentes de importancia:** Se registran antecedentes personales patológicos en las áreas que se mencionan..
10. **Antecedentes no patológicos:** Antecedentes no patológicos en las áreas que se mencionan.
11. **Familiograma:** Se diagrama la dinámica familiar.
12. **Personalidad:** Rasgos y patrones característicos de la persona, tanto funcionales como disfuncionales.
13. **Toxicomanías:** Consumo de sustancias de acuerdo a los puntos que se mencionan (descripción del inicio del consumo, motivación inicial, motivación para el mantenimiento, patrón de consumo, síndrome de abstinencia, tolerancia, último consumo, tratamientos previos).
14. **Interrogatorio por aparatos y sistemas:** Procede en exploración médico-psiquiátrica.
15. **Exploración física:** Procede en exploración médico-psiquiátrica.
16. **Examen mental:** Ubicación en tiempo, espacio y persona, así como exploración de las funciones mentales y los trastornos que pudieran existir y que contribuyen a la problemática presentada y al desempeño cotidiano de la persona.
17. **Clinimetría:** Se consigna utilización y resultados de instrumentos de medición como escalas o tests.
18. **Impresión diagnóstica:** Primera aproximación diagnóstica después del interrogatorio inicial, de acuerdo a los criterios del CIE-10.
19. **Pronóstico:** Señalar si es favorable o desfavorable y las razones para ello.
20. **Plan:** Consignar las formas como se piensa proceder clínicamente, así como las áreas que se piensa abordar en el proceso terapéutico.
21. **Continúa en:** Señalar si continuará en psicología, psiquiatría o ambos servicios.
22. **Elaboró:** Consignar nombre completo, cédula profesional y firma de quien realiza la historia clínica.

		Recibo: 126555 Folio: Fecha:	
Recibimos de:		RFC:	
Nombre de la calle:		No. Oficial:	
Letra:	No. Interior:	Colonia:	C.P.
Observaciones:			
Clave	Concepto	C.U.	Importe
			Total

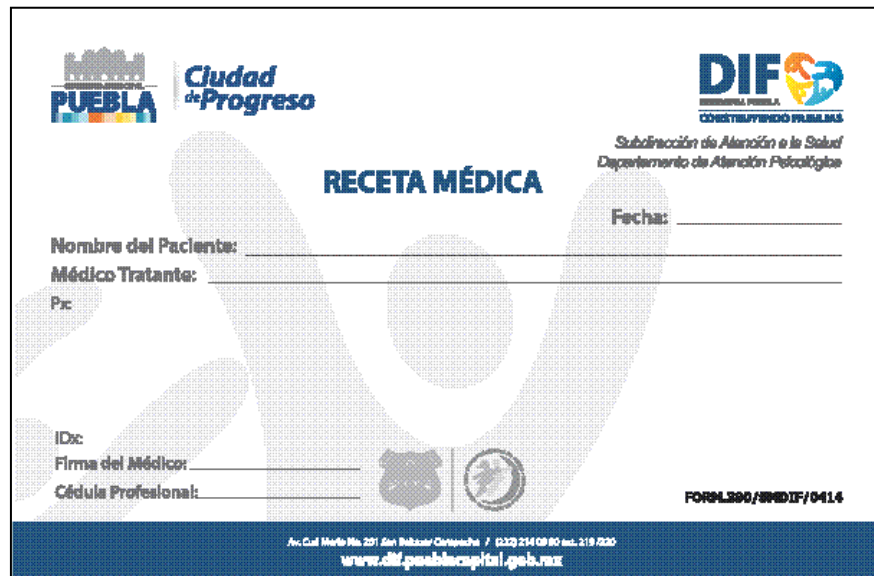
R.F.C. SMD-930309-8U6
 Av. Cué Meló #201, San Baltazar Campeche
 Puebla, Puebla
 www.Pueblacapital.gob.mx
FORM.551/SMDIF/0614

<p>Carta de Consentimiento Informado</p> <p>Av. Cué Meló #201, San Baltazar Campeche Dirección de Atención a la Salud Departamento de Atención Psicológica</p> <p>Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de la Secretaría de Salud de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Fecha de elaboración: ____/____/____ Hora: ____</p> <p>El O. con nombre: _____, en su defecto su familiar responsable representante legal, solicita al Departamento de Atención Psicológica del Sistema Municipal DIF, la prestación de servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica a través de la consulta externa, y autoriza al personal de la institución para practicarle una entrevista, seguimiento médico, baterías de pruebas, intervenciones psicológicas, intervenciones psicopedagógicas, seguimiento de evolución y de gabinetes que se juzgan necesarios para su diagnóstico y tratamiento.</p> <p>El paciente acepta, por medio de este documento, lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Otorgar sus datos personales (incluyendo su número telefónico fijo y dirección) al psicólogo y/o médico para el envío de su expediente clínico. 2. Pagar de forma oportuna (en caso necesario) la atención recibida, cuyo recibo de pago será entregado al inicio de la sesión y/o consulta otorgada. 3. Llegar puntualmente a sus citas subsiguientes, teniendo en cuenta el pago previo del servicio otorgado, así como estar previamente a la hora de seguir usando el servicio de enfermería. 4. En caso de llegar retrasado tiene el derecho a ser atendido por el tiempo que le reste a su consulta o podrá reprogramarla, si así lo desea. El tiempo inicial de consulta de primera vez en psicología y/o psiquiatría es de 45- 60 minutos. El tiempo de citas subsiguientes en el servicio de psicología es de 45- 60 minutos. El tiempo de citas subsiguientes en el servicio de psiquiatría es de 20 minutos. 5. En caso de interrupción en citas, consulta en el Programa de Atención a la Violencia y/o Jóvenes en Progreso, el paciente NO pagará por el servicio prestado. 6. En caso de agendar cita telefónica, antes será el responsable de avisar con anticipación fecha y hora de servicio que será prestado. 7. Plantear dentro el caso que el personal que le otorga su atención psicológica o médica no puede atender por causas inherentes y por tanto no sea posible informarlo con anticipación, en estos casos, se reprogramará su cita a solicitud mía de acuerdo de lo que se disponga en el agenda del prestador de servicio. 8. Usted tiene derecho a solicitar una constancia de atención psicológica y/o psiquiátrica. 9. El personal médico de la institución le suministrará las prescripciones que usted requiere a causa de su condición clínica en sus citas programadas. Bajo ninguna circunstancia se proporcionará en forma por procedimientos tipo II (por ejemplo, hipertensión arterial), fuera de sus citas programadas. 10. Usted tiene derecho a mantener informados o que sobre cualquier aspecto del servicio otorgado, mediante el uso de buzón de sugerencias y/o felicitaciones o directamente en la Jefatura del Departamento de Atención Psicológica, Seguimiento y Salud. 11. Usted tiene derecho a una segunda opinión o cambio de terapia, solicitándolo directamente a la Jefatura del Departamento de Atención Psicológica. 12. En caso de suspender su tratamiento sin el consentimiento de su psicólogo y/o médico, se exime de toda responsabilidad el personal y a la institución. <p style="text-align: right;">ANVERSO</p> <p style="text-align: center;">FORM.1462/3MDIF/0416</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> Avenida Guadalupe No. 201, Cda. San Baltazar Campeche, C.P. 73200 / T. (525) 214 00 00 ext 20 www.Pueblacapital.gob.mx </p>	<p>La presente carta se anexará al expediente clínico del paciente una vez que se haya firmado, y al paciente o a su responsable legal se le entregará una copia. De conformidad:</p> <p>Nombre del interesado: _____ Firma: _____</p> <p>Nombre del Paciente / O: _____ Firma: _____</p> <p>Familiar Responsable: _____ Firma: _____</p> <p style="text-align: right;">REVERSO</p> <p style="text-align: center;">FORM.1462/3MDIF/0416</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> Avenida Guadalupe No. 201, Cda. San Baltazar Campeche, C.P. 73200 / T. (525) 214 00 00 ext 20 www.Pueblacapital.gob.mx </p>
---	---

Instructivo de llenado de Carta de Consentimiento Informado

1. **Fecha y hora de elaboración:** Registrar día, mes, año y hora de elaboración.
2. Anotar el nombre del paciente en el espacio correspondiente.
3. Anotar nombre y firma del paciente al final del formato.
4. Anotar nombre y firma del psicólogo o psiquiatra que atiende al paciente.
5. Anotar nombre y firma de un familiar responsable en caso de menores de edad o personas que por su condición mental y/o emocional requieran de alguien que se haga cargo de ellos.

FORM 1462/SMDIF/0416



Logo of Ciudad de Progreso and DIF Municipal Puebla. Subdirección de Atención a la Salud, Departamento de Atención Psicológica.

RECETA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Médico Tratante: _____

Px: _____

IDx: _____

Firma del Médico: _____

Cédula Profesional: _____

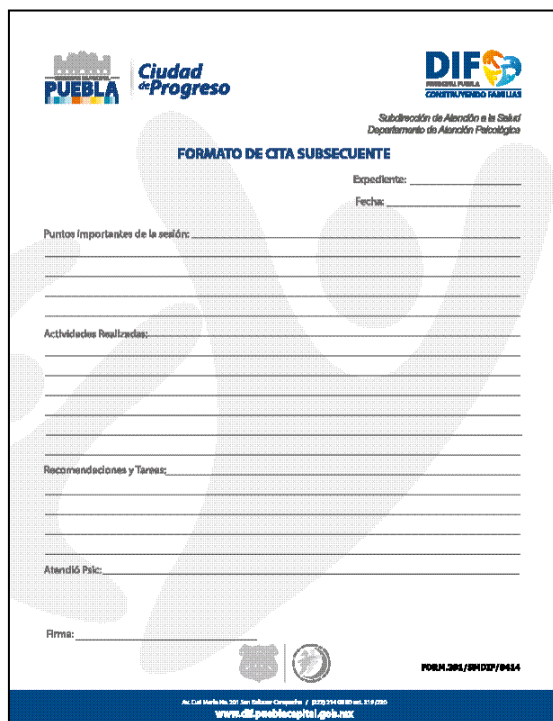
FORM.390/SMDIF/0414

Av. Carl María Ma. 201 San Sebastián Cuicuilco / 0220 214 09 80 ext. 219 020
www.dif.pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado de Receta Médica

1. La receta médica sólo podrá ser usada por el Psiquiatra, que es un médico facultado para prescribir medicamentos.
2. **Fecha:** Se anota la fecha en la que se extiende la receta.
3. **Nombre del paciente:** Nombre completo del paciente.
4. **Médico tratante:** Nombre completo del Psiquiatra.
5. **PX:** Se anota la medicación prescrita por el Psiquiatra. Debe contener: principio activo, vía de administración, dosis y forma de administración. En medicamentos controlados se especifica el número de cajas a adquirir, contenido de tabletas y duración del tratamiento.
6. **Idx:** Anota su impresión diagnóstica.
7. **Firma del médico y cedula profesional.**

FORM.390/SMDIF/0414



PUEBLA Ciudad de Progreso

DIF MUNICIPAL PUEBLA
CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica

FORMATO DE CITA SUBSECUENTE

Expediente: _____
Fecha: _____

Puntos importantes de la sesión: _____

Actividades Realizadas: _____

Recomendaciones y Tareas: _____

Atendió Psic: _____

Firma: _____

Av. Cuat. Morfín No. 500 San Isidro Cuapetlan / 0229 244 00 80 ext. 219 200
www.dif.pueblacapital.gob.mx

FORM.391/SMDIF/0414

Instructivo de llenado del Formato de Cita Subsecuente

1. **Expediente:** Anotar número de expediente del paciente atendido.
2. **Fecha:** Fecha en que se realiza la sesión.
3. **Puntos importantes de la sesión:** Anotar aquellos temas relevantes que surgen durante la sesión y sobre los que se trabajó en la terapia.
4. **Actividades realizadas:** Técnicas utilizadas en la sesión para el trabajo terapéutico.
5. **Recomendaciones y tareas:** Anotar las recomendaciones que se le hagan al paciente y las tareas que se le dejan para realizar entre la sesión actual y la próxima, si es que las hubiera.
6. **Atendió:** Nombre completo del Psicólogo(a) que atendió.
7. **Firma:** Firma y/o sello del Psicólogo(a).

FORM.391/SMDIF/0414/

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES

FORM.393/SMDIF/0414

Instructivo de llenado de Tarjeta de Citas

- Paciente y nombre del Psiq:** nombre completo del paciente y del Psiquiatra que lo atiende.
- Fecha y hora:** Fecha y hora de las citas que se programen.
- Firma:** el Psiquiatra firmará una vez concluida la sesión. Sólo firmará las sesiones realizadas.
- Observaciones:** el Psiquiatra anotará aquellas cuestiones que considere de relevancia para el paciente, si las hubiera.

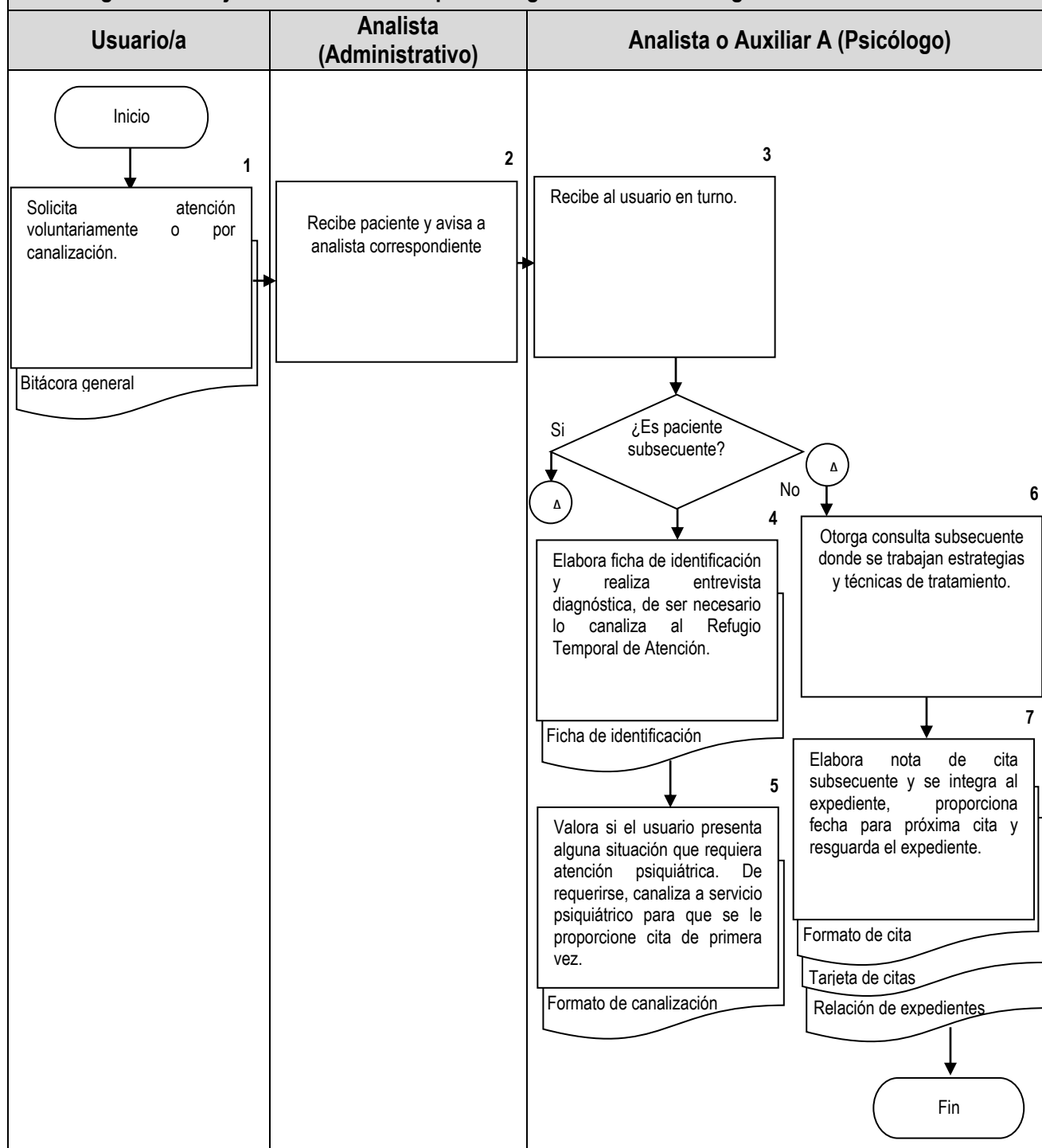
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia
Objetivo:	Brindar atención psicológica a personas del Municipio de Puebla que estén en situación de violencia y que acudan al Sistema Municipal DIF, con el fin de promover la cultura de la NO violencia entre la población del Municipio.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracción V.</p> <p>NOM-004-SSA-2012 Del expediente clínico.</p> <p>NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal DIF, Artículo 51, fracción V.</p>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los casos de atención a la Violencia se atenderán cuando la asistencia sea voluntaria, esto es, cuando la persona consciente de que vive una situación violenta, solicita voluntariamente el apoyo psicológico o cuando sean canalizados por el área Jurídica de la institución. 2. Se otorgará el servicio a cualquier persona que viva en el Municipio de Puebla que sea víctima de violencia familiar, escolar o laboral. 3. Toda persona que solicite el servicio del área será asistido con respeto y amabilidad, atendiendo en todo momento a su calidad humana. 4. Los pacientes y el personal de otros programas del Sistema Municipal DIF, al hacer uso de los servicios psicológicos se deben sujetar a los horarios del Departamento de Atención Psicológica. 5. El analista (psicólogo) asignado debe canalizar a un paciente a otros programas

	<p>del Sistema Municipal DIF cuando la valoración correspondiente lo amerite o cuando el propio paciente manifieste esa necesidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Los reportes psicológicos solicitados vía oficio de alguno de los programas del Sistema Municipal DIF o de organizaciones externas, deberán ser entregados en sobres sellados. 7. Las citas subsecuentes deben ser otorgadas por los analistas psicólogos que atienda al paciente por primera vez. 8. En ningún caso el personal que labora en el Departamento de Atención Psicológica está capacitada para tomar decisiones respecto de custodia temporal o toma de la patria potestad, ya que éstas le corresponden a un juez de lo familiar.
Tiempo Promedio de Gestión:	1 hora. (Variable en casos de emergencia).

Descripción del Procedimiento: Para otorgar atención Psicológica en casos de violencia

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita atención voluntariamente o por canalización.	Bitácora general de usuarios	1 Original
Analista (administrativo)	2	Informa al Psicólogo o refiere a psicólogo de seguimiento.		
Analista o Auxiliar A (Psicólogo)	3	Recibe al usuario en turno. • Si es paciente subsecuente continua en la actividad Núm. 6, en caso contrario:		
	4	Elabora ficha de identificación y realiza entrevista diagnóstica, de ser necesario lo canaliza al Refugio Temporal de Atención.	Ficha de identificación. FORM.770/ SMDIF/1014	1 Original
	5	Valora si el usuario presenta alguna situación que requiera atención psiquiátrica. De requerirse, canaliza a servicio psiquiátrico para que se le proporcione cita de primera vez.	Formato de Canalización FORM.398/ SMDIF/0414	1 Original y 1 Copia
	6	Otorga consulta subsecuente donde se trabajan estrategias y técnicas de tratamiento.		
	7	Elabora nota de cita subsecuente y se integra al expediente, proporciona fecha para próxima cita y resguarda el expediente. Termina procedimiento.	Formato de Cita Subsecuente FORM.391/ SMDIF/0414/ Tarjeta de citas FORM.767/ SMDIF/1014/ Relación de expedientes	Originales

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar atención Psicológica en casos de violencia



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. de Expediente: _____ Fecha: _____
 Psicólogo/a que atiende: _____

Nombre: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Nombre del perpetrador: _____
 Edad: _____ Escolaridad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
 Tiempo de convivencia conyugal: _____ Tipo: _____
 Dirección: _____ Colonia: _____ Teléfono: _____

Datos Familiares:

Nombre	Parentesco	Edad	Actividad

Motivo de consulta: _____

Personas involucradas: _____

Tipo de violencia por el cual se solicitó el apoyo: _____

Fase del ciclo en el que se encuentra en este momento de la entrevista:
 Acumulación de tensión Etapa aguda
 Luna de miel Desplazamiento de culpa

Tipos de violencia sufrida en su entorno familiar:
 Física Psicológica Sexual
 Económica Social Simbólica

¿Ha sentido en alguna ocasión que su vida ha estado en peligro?
 Sí No

FORM.770/SMDIF/1014
QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
 844452

Privada 14 A Sur 3912, Colonia Anzures C.P. 72530 / T. (222) 214 00 00
 www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

¿Ha tenido ideas o intentos suicidas? () Sí () No ¿Cuántas veces? _____
 Descripción de los intentos: _____

Sintomatología y síndromes

Síndrome de estrés post-traumático:
 Re experimentación del evento
 Repetición de la vivencia
 Flash backs
 Conductas de evitación y bloqueo emocional
 Evasión de recuerdos traumáticos
 Evasión de lugares y situaciones
 Aislamiento
 Incremento - activación
 Alteraciones del sueño
 Ira o agresividad
 Ataques de pánico o hipervigilancia

Síndrome de estocolmo:
 Minimiza el abuso
 Ve el mundo como el agresor
 Cree amar profundamente al agresor
 No busca salir de la relación
 Se niega a levantar una denuncia
 Se preocupa por el bienestar de él
 Defiende a su agresor
 Maximiza las expresiones de afecto
 Niega las emociones negativas hacia él

Síndrome de indefensión aprendida:
 Se autoinculpa
 Se victimiza
 Se desmotiva para realizar nuevas actividades
 Justifica a el/la otra persona en sus acciones
 Refiere no tener fuerza o recursos psicológicos

Síndrome de adaptación paradójica:
 Pérdida de apoyos sociales
 No encuentra salida
 Procesos paralizantes y limitadores
 Pérdida de recursos para escapar
 Cargas familiares limitantes (hijos)
 Distorsiones cognitivas
 Reacciones paradójicas hacia la violencia

Análisis sintomático y/o síndromico: _____

Intentos previos de solución: _____

Ha presentado disociación: _____
 Redes de apoyo psicosocial: _____
 Familiar: _____
 Laboral: _____
 Otros: _____

Desarrollo de plan en caso de presentarse nuevamente actos violentos: _____

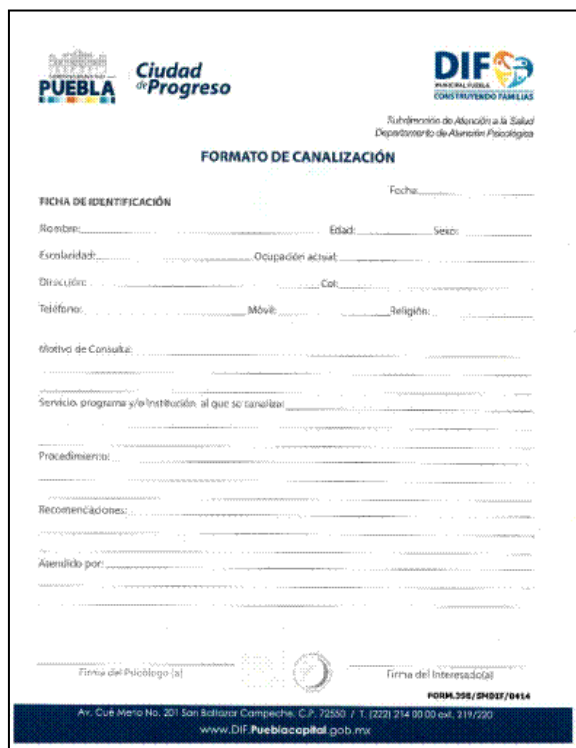
Tipo de atención recomendada
 Individual Pareja
 Familiar Grupal

FORM.770/SMDIF/1014
QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
 844452

Privada 14 A Sur 3912, Colonia Anzures C.P. 72530 / T. (222) 214 00 00
 www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado del Formato de Ficha de Identificación

1. Se consigna el número de expediente, la fecha de realización de la sesión y el nombre del psicólogo(a) que atiende el caso.
2. Se consignan los datos del paciente y del generador de violencia.
3. Se consignan el nombre, parentesco, edad y actividad a la que se dedican los integrantes de la familia del paciente.
4. **Motivo de consulta:** Razón por la cual la persona solicita la consulta. Se citan sus palabras textuales.
5. **Personas involucradas:** Se anotan los nombres y parentesco de las personas involucradas en el caso.
6. **Tipo de violencia por el que solicita apoyo:** Se anota el o los tipos de violencia que sufre el paciente: Física, psicológica, económica, sexual, social o simbólica.
7. **Fase del ciclo de la violencia en que se encuentra:** Escoger una opción.
8. **Tipo de violencia en el entorno familiar:** Escoger las opciones que reporta el paciente.
9. **¿Ha estado su vida en peligro?:** Escoger una opción.
10. **Ideas e intentos suicidas:** Escoger una opción, anotar el número de veces que se han presentado y hacer una breve descripción de los intentos.
11. **Sintomatología y síndromes:** Marcar los síndromes y síntomas que presenta el paciente y hacer un breve análisis de los mismos.
12. **Intentos previos de solución:** Describir las formas como el paciente ha intentado solucionar su problemática.
13. **Redes de apoyo:** Anotar a las personas que representan un apoyo para el paciente.
14. **Plan ante nuevos actos violentos:** Describir la conducta a seguir en caso de que se repitan los actos violentos en su contra.
15. **Tipo de atención recomendada:** Señalar la que considere más conveniente el terapeuta.



PUEBLA Ciudad de Progreso

DIF MUNICIPAL PUEBLA CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Psicológica

FORMATO DE CANALIZACIÓN

Fecha: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Etnicidad: _____ Ocupación actual: _____

Dirección: _____ Col: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ Religión: _____

Motivo de Consulta: _____

Servicio, programa y/o institución al que se canaliza: _____

Procedimiento: _____

Recomendaciones: _____

Atendido por: _____

Firma del Psicólogo(a) _____ Firma del interesado(a) _____

FORM.398/SMDIF/0414

Av. Cué Metro No. 201 San Baltazar Campeche, C.P. 72550 / T. (221) 214 00 00 ext. 219/220
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado del Formato de Canalización

1. **Fecha:** Se anota la fecha en la que se lleva a cabo la sesión.
2. **Ficha de identificación:** Se anotarán los datos solicitados del paciente.
3. **Motivo de consulta:** Se anota la razón por la cual el paciente solicita consulta.
4. **Servicio, programa y/o institución al que se canaliza:** Servicio al que se canaliza en el SMDIF o Institución fuera del SMDIF a la que se refiere al paciente.
5. **Procedimiento:** Anotar los pasos a seguir para acceder al servicio o Institución al que se canaliza. Por ejemplo, días, horarios, costos, requisitos a cubrir, etc.
6. **Recomendaciones:** Se anotarán tanto las recomendaciones que se le hayan hecho al paciente como aquellas dirigidas al servicio o Institución que lo recibirá y que a juicio del Psicólogo(a) sea pertinente comunicar.
7. **Atendido por:** Nombre completo del psicólogo(a) que atendió al paciente.
8. **Firmas:** Firma y/o sello del Psicólogo(a) y firma del paciente.

FORM.398/SMDIF/0414



**Ciudad
de Progreso**



DIF
MUNICIPAL PUEBLA
CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección Jurídica
Departamento de Atención y Prevención a la Violencia

CITA SUBSECUENTE

Fecha _____
No. de expediente _____
No. de sesión _____

Terapeuta _____

¿Quiénes asistieron a la sesión? _____

¿Que pasó entre sesión y sesión? _____

Descripción de la sesión _____

Directivas _____

Observaciones _____

Próxima cita _____

Hora _____






QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
844452

FORM.769/SMDIF/1034

Privada 14 A Sur 3912, Colonia Anzares C.P. 72530 / T. (222) 214 00 00 d 05
www.DIF.Pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado del Formato de Cita Subsecuente

1. Se consigna la fecha en que se realiza la sesión, número de expediente, número de sesión y nombre del terapeuta que atiende el caso.
2. **Quiénes asistieron a la sesión:** Nombres de las personas que recibieron el servicio.
3. **Que paso entre sesión y sesión:** Descripción de los eventos de relevancia ocurridos entre la sesión anterior y la actual.
4. **Descripción de la sesión:** Resumen de los temas relevantes surgidos en la sesión y el trabajo terapéutico realizado.
5. **Directivas:** Descripción de las recomendaciones y tareas asignadas al paciente.
6. **Observaciones:** Aquello que el terapeuta considere importante de consignar por su relevancia en el proceso terapéutico y/o asuntos a tomar en cuenta en próximas sesiones.
7. **Próxima cita:** Fecha y hora de la siguiente sesión.

FORM.391/SMDIF/0414/



Ciudad de Progreso
DIF
MUNICIPAL PUEBLA
CONSTRUYENDO FAMILIAS

Subdirección Jurídica
Departamento de Atención y Prevención a la Violencia

TARJETA DE CITAS

Privada 14 A Sur 3912
Colonia Anzures
Teléfono: 214 00 00 ext. 225 y 226

No. de expediente _____
Usuario/a _____
Psicólogo/a _____

SMDIFPue en Redes Sociales
f t+ i+ y+ v+


FORM.767/SMDIF/1014
QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA
444552

FECHA	HORA	FIRMA	OBSERVACIONES

FORM.767/SMDIF/1014

Instructivo de llenado del Formato de Tarjeta de Citas

1. En la parte frontal se anota el número de expediente, el nombre completo del usuario(a) y del Psicólogo(a) que atiende el caso.
2. **Fecha y hora:** Fecha y hora de las citas que se programen.
3. **Firma:** el Psicólogo(a) firmará una vez concluida la sesión. Sólo firmará las sesiones realizadas.
4. **Observaciones:** el Psicólogo(a) anotará aquellas cuestiones que considere de relevancia para el paciente, si las hubiera.

	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Registro: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAS063
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Núm. de revisión: 01

V. DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DENTAL

Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios estomatológicos, detectando los problemas y necesidades dentales para emprender acciones preventivas y correctivas.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículo 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8, 13 y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV.</p> <p>Normas Oficiales de la Secretaría de Salud 013 y 004.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal para el DIF, Artículo 51, fracción V.</p>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se atiende a todo el público en general que llegue a la Unidad médica del sistema DIF Municipal solicitando la atención. 2. Para ser atendido deberá solicitar ficha en el Módulo de Orientación y esperar su turno. 3. El otorgamiento de servicio dental debe ser proporcionado y una vez terminado se paga el servicio.

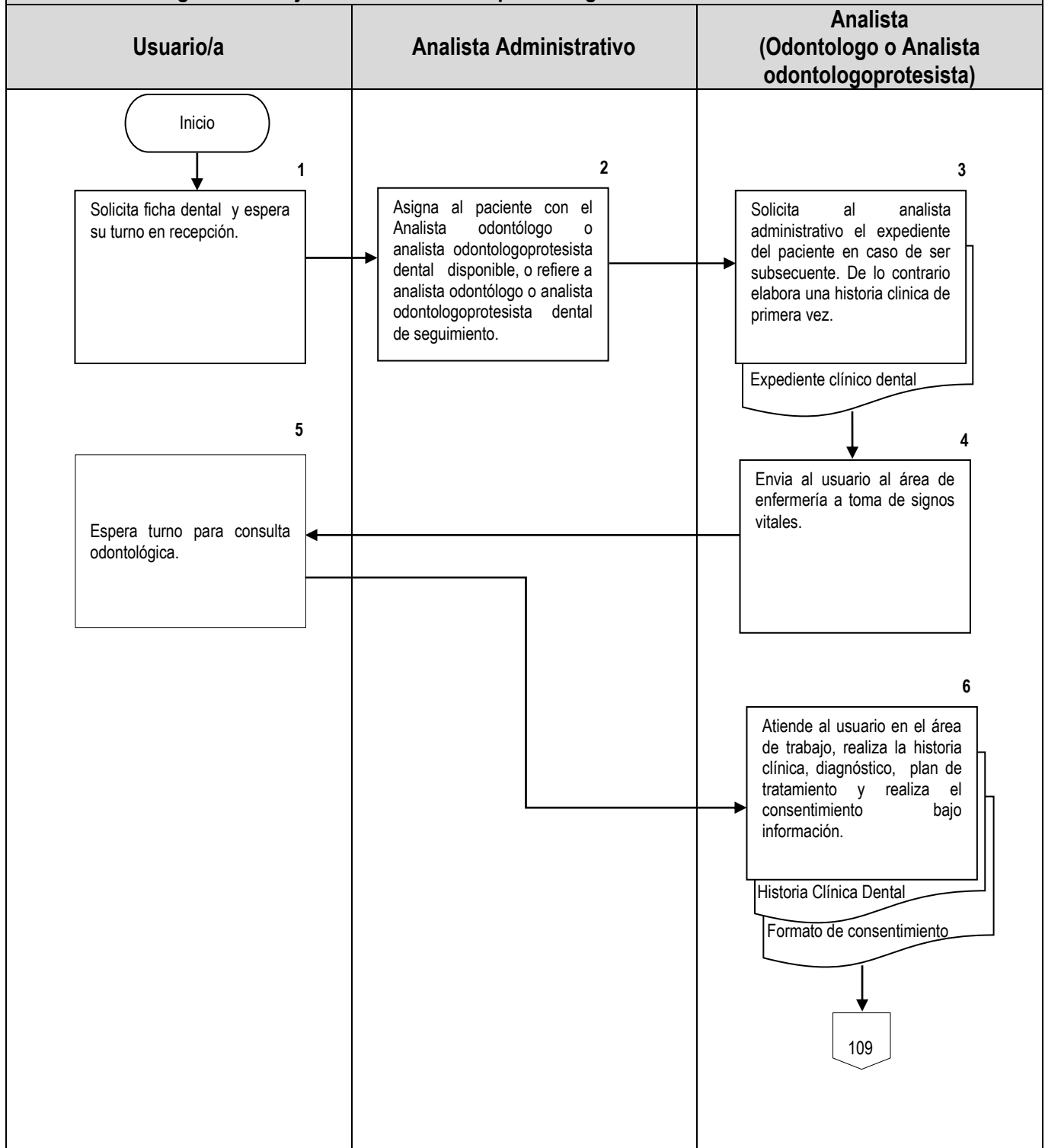
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Todo trabajo de laboratorio dental se paga anticipadamente. 5. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas por el personal de Trabajo Social. 6. El horario de atención de consulta es de 8:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes. 7. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial 8. Los servicios de especialidad en ortodoncia, se trabaja bajo cita previa y la valoración correspondiente.
<p>Tiempo Promedio de Gestión:</p>	<p>1 hora aproximadamente.</p>

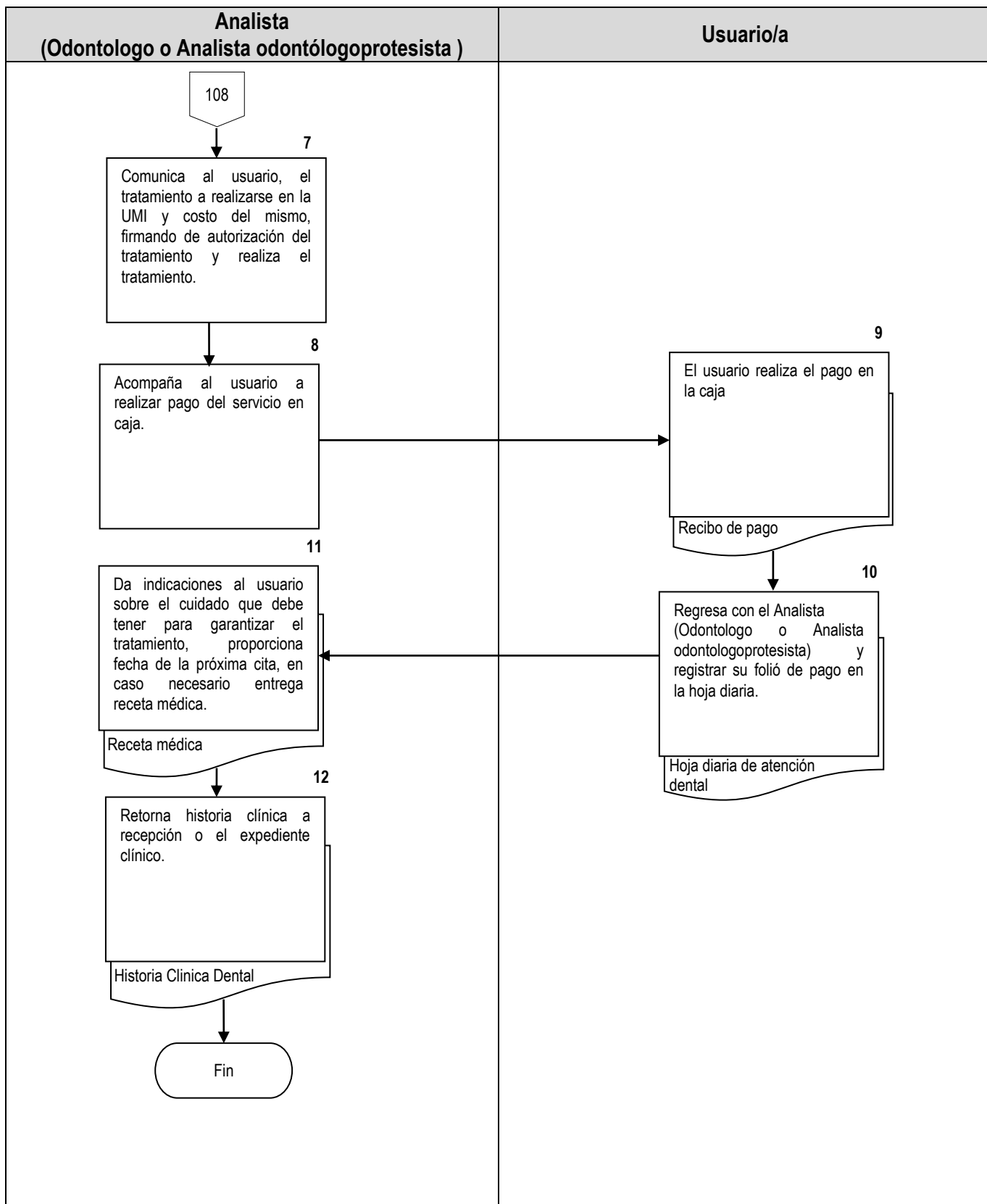
Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de atención Dental

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita ficha para atención dental y espera su turno en recepción.		
Analista (administrativo)	2	Asigna al paciente con el odontólogo o analista odontologoprotésista dental disponible, o refiere a analista odontólogo o analista odontologoprotésista dental de seguimiento.		
Analista (Odontólogo o Analista odontologoprotésista)	3	Solicita al analista administrativo el expediente del paciente en caso de ser subsecuente. De lo contrario elabora una historia clínica de primera vez.	Expediente clínico dental Historia Clínica Dental FORM.378-A/ SMDIF/0616 Hoja frontal FORM.1485/ SMDIF/0616	Original
	4	Envía al usuario al área de enfermería a toma de signos vitales.		
Usuario/a	5	Espera turno para consulta odontológica.		
Analista (Odontólogo o Analista odontologoprotésista)	6	Atiende al usuario en el área de trabajo, realiza la historia clínica, diagnóstico, plan de tratamiento y realiza el consentimiento bajo información.	Historia Clínica Dental FORM.378-A/ SMDIF/0616/ Formato de consentimiento informado para tratamiento dental FORM.1507/ SMDIF/0616	Originales

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Analista (Odontólogo o Analista odontólogoprotesista)	7	Comunica al usuario, el tratamiento a realizarse en la UMI y costo del mismo, firmando de autorización del tratamiento y realiza el tratamiento (resina, amalgama, endodoncias, exodoncias, corona de acero cromo y pulpotomía, etc.).		
Analista (Odontólogo o Analista odontólogoprotesista)	8	Acompaña al usuario a realizar pago del servicio en caja.		
Usuario/a	9	El usuario realiza el pago en la caja	Recibo de pago FORM.551- A/SMDIF/0614	Original
	10	Regresa con el Analista (Odontólogo o Analista odontólogoprotesista) y registrar su folió de pago en la hoja diaria.	Hoja diaria de Atención Dental FORM.1508/ SMDIF/0616	Original
Analista (Odontólogo o Analista odontólogoprotesista)	11	Da indicaciones al usuario sobre el cuidado que debe tener para garantizar el tratamiento, proporciona fecha de la próxima cita, en caso necesario entrega receta médica.	Receta médica FORM.380/SMDIF/ 0414	Original
Analista (Odontólogo o Analista odontólogoprotesista)	12	Retorna historia clínica a recepción o el expediente clínico. Termina el procedimiento.	Historia Clínica Dental FORM 378- A/SMDIF/0616	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de atención Dental







RECETA MÉDICA DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
 Médico Tratante: _____ Edad: _____
 Rx: _____ Peso: _____
 T/A: _____
 Temp: _____
 Talla: _____

Firma del Médico: _____
 Cédula Profesional: _____

FORM.380/SMDIF/0414

Av. Cué Merlo No. 201 San Baltazar Campeche, C. P. 72550 / T. (222) 214 00 32
www.dif.Pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado de Receta Médica Dental registrado para el servicio dental.

Notas Generales:

- El formato será llenado a mano por el dentista que la extienda
- Debe ser redactado con una escritura legible y clara
- Un lenguaje correcto
- No debe utilizarse abreviaturas
- De fácil comprensión para el usuario
- No debe llevar manchas ni enmendaduras
- Utilizar números arábigos para la descripción de los diferentes medicamentos.

El dentista debe firmar y colocar su sello que debe contener su nombre completo, licenciatura, imagen de su universidad y cédula profesional.

Llenado de formato

1. **Fecha:** se coloca la fecha en que se expide la receta.
2. **Nombre del paciente:** escribimos completo el nombre del paciente.
3. **Edad:** se registra la edad al momento de consulta.
4. **Médico tratante:** nombre completo del dentista que se encargó del tratamiento del paciente y quien prescribe el medicamento.
5. **Rx:** según se dice, es una abreviatura del vocablo latino *recipere*, que significa "toma esto" como instrucción al farmacéutico. El dentista prescribe un medicamento después de esta abreviatura.
6. **Firma del médico:** que se encargó del tratamiento.
7. **Cédula profesional:** de quien se encargó del tratamiento.
8. **Peso, T/A, Temp, Talla:** son signos vitales recabados por el dentista durante el proceso de la atención dental-



Ciudad de Progreso



Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Avviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA FRONTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Servicio: _____ Expediente: _____

Diagnóstico	Fecha	Médico

FORM-1485/SMDIF/0916



Ciudad de Progreso



HOJA FRONTAL

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábigos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato:

1. Nombre del paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
2. Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
3. Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
4. Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
5. Estado civil: Indicar si es soltero (s), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
6. Religión: Registrar si la hubiera
7. Escolaridad: Escribir grado máximo de estudios.
8. Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente
9. Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
10. Servicio: Anotar el servicio al cual acude el paciente.
11. Expediente: Registrar el número de expediente asignado al paciente.
12. Diagnóstico: Escribir de forma breve y clara el diagnóstico del paciente.
13. Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
14. Médico: Registrar el nombre del médico el cual le atendió en esa ocasión. El diagnóstico, la fecha y el médico que se encuentran en la tabla de este formatos deberá ser llenado tantas veces el paciente acuda a consulta médica.



Ciudad de Progreso



DIF
MUNICIPAL PUEBLA
CONSTRUYENDO FAMILIAS



485
FUNDACIÓN PUEBLA

Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Dental

HOJA DIARIA

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos que se recogen en el presente formulario, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en su artículo 10. Los datos de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y de sus dependencias se aplicarán.

Nombre del responsable: (Firma y sello)										Plática:		Jornada:		Clínica:	
Tema:										Lugar:					

No.	Sexo	Nombre	Apellido paterno	Apellido materno	Edad	Sexo F/M	Ocupación	Teléfono			Dirección	Colonia	Junta Auxiliar	Nombre del Doctor (Folio)	Diagnóstico	Tratamiento	DIF Estatal	Firma
								Móvil	Residencial	Trabajo								

Página 1





QUEJAS Y DENUNCIAS
01 800 1 VIGILA

www.Pueblacapital.gob.mx

@PueblaAyto H. Ayuntamiento de Puebla

FORM.1508/SMDIF0616

Instructivo de llenado Hoja Diaria de Atención Dental

Notas Generales:

- El formato será llenado a mano por el dentista o el pasante de servicio social
- Debe ser redactado con una escritura legible y clara
- Un lenguaje correcto
- De fácil comprensión
- No debe llevar manchas ni emendaduras
- Al final del día se coloca la firma y el sello del responsable de la información

Llenado de formato

- Se coloca el nombre del responsable del día, fecha y hora.
- Se selecciona la actividad: jornada, plática o clínica.
- En caso de plática o jornada se anota el tema o el lugar correspondiente.
- Se anota el número consecutivo de la lista.
- Seleccionar si es paciente de primera vez o de segunda vez. (Excepto jornada o plática, en ese caso todos los pacientes son primera vez)
- Se coloca datos del paciente:
 - Nombre
 - Apellido paterno
 - Apellido materno
 - Edad
 - Sexo
 - Ocupación
 - Teléfono y Afiliación (MSS, ISSTEP, POPULAR) (excepto cuando es plática)
 - Dirección (excepto cuando es plática)
 - Colonia (excepto cuando es plática)
 - Junta auxiliar (excepto cuando es plática)
- Anotar el Folio de pago y el nombre del doctor (excepto cuando es plática o jornada)
- Anotar el Diagnóstico (excepto cuando es plática)
- Anotar el Tratamiento (excepto cuando es plática)
- Anotar la clasificación del DIF Estatal para los diferentes tratamientos. (Excepto cuando es plática)
- Firma del paciente
- Llenar el concentrado del total de pacientes atendidos que incluye:
 - Pacientes de primera vez
 - Pacientes subsiguientes o de segunda vez (excepto cuando es plática o jornada)
 - Menores de 10 masculino de primera vez
 - Menores de 10 femenino de primera vez
 - Hombres entre 10 y 59 años de primera vez
 - Mujeres entre 10 y 59 años de primera vez
 - Adulto mayor de 60 años masculino de primera vez
 - Adulto mayor de 60 años femenino de primera vez
- Realizar el desglose de pacientes por rango de edades (cada rango es de 5 años, por ejemplo: masculinos entre 0 y 5 años) y ubicar el sexo.
- Realizar el llenado de los tratamientos realizados en sus diferentes casillas (excepto cuando es plática)
- Anotar el total de los tratamientos en el recuadro que dice: "total de los tratamientos" (excepto cuando es plática)
- Realizar el desglose del DIF Estatal que está al final de la hoja en la esquina del lado izquierdo, ubicando cada concepto por el sexo al que pertenece femenino o masculino.

HISTORIA CLINICA DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Edo. Civil: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____ Tel: _____

- Motivo de la consulta _____
- ¿Se encuentra bajo tratamiento médico? SI NO
- ¿Toma algún medicamento? SI NO CUÁL _____
- ¿Presenta alguna alergia? SI NO CUÁL _____
- ¿Ha tenido algún tipo de enfermedad cardíaca, hipertensión, hipotensión o fiebre reumática? SI NO CUÁL _____
- ¿Ha tenido alguna enfermedad contagiosa o grave? SI NO CUÁL _____
- ¿Es diabético? SI NO
- ¿Ha tenido tuberculosis o algún tipo de enfermedad del sistema respiratorio (asma, EPOC, bronquitis, neumonía, sinusitis, tos, etc.)? SI NO CUÁL _____
- ¿Ha tenido algún tipo de enfermedad hepática? SI NO CUÁL _____
- ¿Ha tenido problemas de coagulación, anemia, leucemia, o alguna enfermedad en sangre? SI NO CUÁL _____
- ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? SI NO CUÁL _____
- ¿Padece alguna enfermedad del sistema nervioso; epilepsia, ataques convulsivos, nerviosismo, ansiedad, vértigo, migraña, mareos, etc.? SI NO CUÁL _____
- ¿Esta embarazada? SI NO MESES _____
- ¿Padece algún tipo de enfermedad del aparato digestivo (colitis, gastritis, etc.)? SI NO CUÁL _____
- ¿Padece alguna enfermedad renal o del aparato urinario? SI NO CUÁL _____
- ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO
- ¿Ha tenido complicaciones con la anestesia? SI NO
- Anotar antecedentes heredofamiliares: _____
- Anotar adicciones: _____
- Tomar signos vitales: Pulso _____ FR _____ T/A _____
 Talla _____ Temp. _____ Peso _____
- Pruebas de laboratorio: _____
- Niveles de glucosa: _____
- Examen intraoral (incluye: caries, gingivitis) Carrillos _____ Lengua _____
 Estado clínico periodontal: _____
 Radiografías: Periapical _____ Panorámica _____

FORM.378/SMDIF/0414

Av. Cuá Morelos No. 301 San Baltazar Campeche, C. P. 72559 / T. (222) 214 00 32
www.dif.pueblacapital.gob.mx

Diagnósticos:
 Se refiere a: Estomatología Integral Estomatología Pediátrica

Modelos de estudio:
 Ortodoncia Endodoncia Periodoncia Cirugía Bucal Prótesis

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						

85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Odontograma
 Sano Palomo Azul
 Carado en rojo
 Obturado en azul
 Perdido "X" rojo
 Extracción línea
 obtusca en rojo
 Prótesis fija
 Prótesis removible

Medicamentos prescritos:

FECHA	MEDICAMENTO

Nota de evolución y tratamientos realizados:

FECHA	TRATAMIENTO	ODONTÓLOGO

Observaciones: _____

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ANOTADOS EN LA PRESENTE HISTORIA CLINICA SON VERDADEROS

FIRMA Y NOMBRE DEL PACIENTE _____ FIRMA Y NOMBRE DEL DOCTOR _____

FORM.378/SMDIF/0414

Av. Cuá Morelos No. 301 San Baltazar Campeche, C. P. 72559 / T. (222) 214 00 32
www.dif.pueblacapital.gob.mx

Instructivo de llenado Historia Clínica Dental

Notas Generales:

- El formato será llenado a mano por el dentista o el pasante de servicio social
- Debe ser redactado con una escritura legible y clara
- Un lenguaje correcto
- De fácil comprensión
- No colocar abreviaturas
- No debe llevar manchas ni enmendaduras
- Colocar la firma y el sello del responsable de la información

Llenado de formato

- 1.- Se comienza por llenar la ficha de identificación, fecha y el motivo de la consulta.
- 2.- Se realizan las preguntas para llenar el apartado de antecedentes patológicos, con patológicos y heredofamiliares
- 3.- Se realiza el llenado de signos vitales y odontograma (utilizar bicolor)
- 4.- Se firma el historial por el paciente o el padre tutor y el doctor en turno.
- 5.- Se anota el tratamiento realizado, indicaciones, medicamentos prescritos y observaciones





Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Dental

CONSENTIMIENTO-INFORMADO-PARA-TRATAMIENTO-DENTAL

Yo: _____, A través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, en consecuencia, AUTORIZO el siguiente tratamiento: _____

- 1.- He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el especialista. §
- 2.- He sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento. §
- 3.- Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi salud. §
- 4.- Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico, como quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local; siempre que sea necesario y bajo criterio del especialista. §
- 5.- Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos y que en mi caso la duración de estos fenómenos no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados. §
- 6.- Además de esta información que he recibido, será informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita, si fuera necesaria y a criterio del Doctor. §
- 7.- Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Doctor realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida. §
- 8.- Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados. §
- 9.- doy mi consentimiento al Doctor _____ y por ende, al equipo de ayudantes de la Clínica-consulta que él designe, para realizar el: §

Fecha del procedimiento	Tratamiento	Firma de autorizado del paciente	Observaciones del doctor

FORM-1307/SMDIF/0616

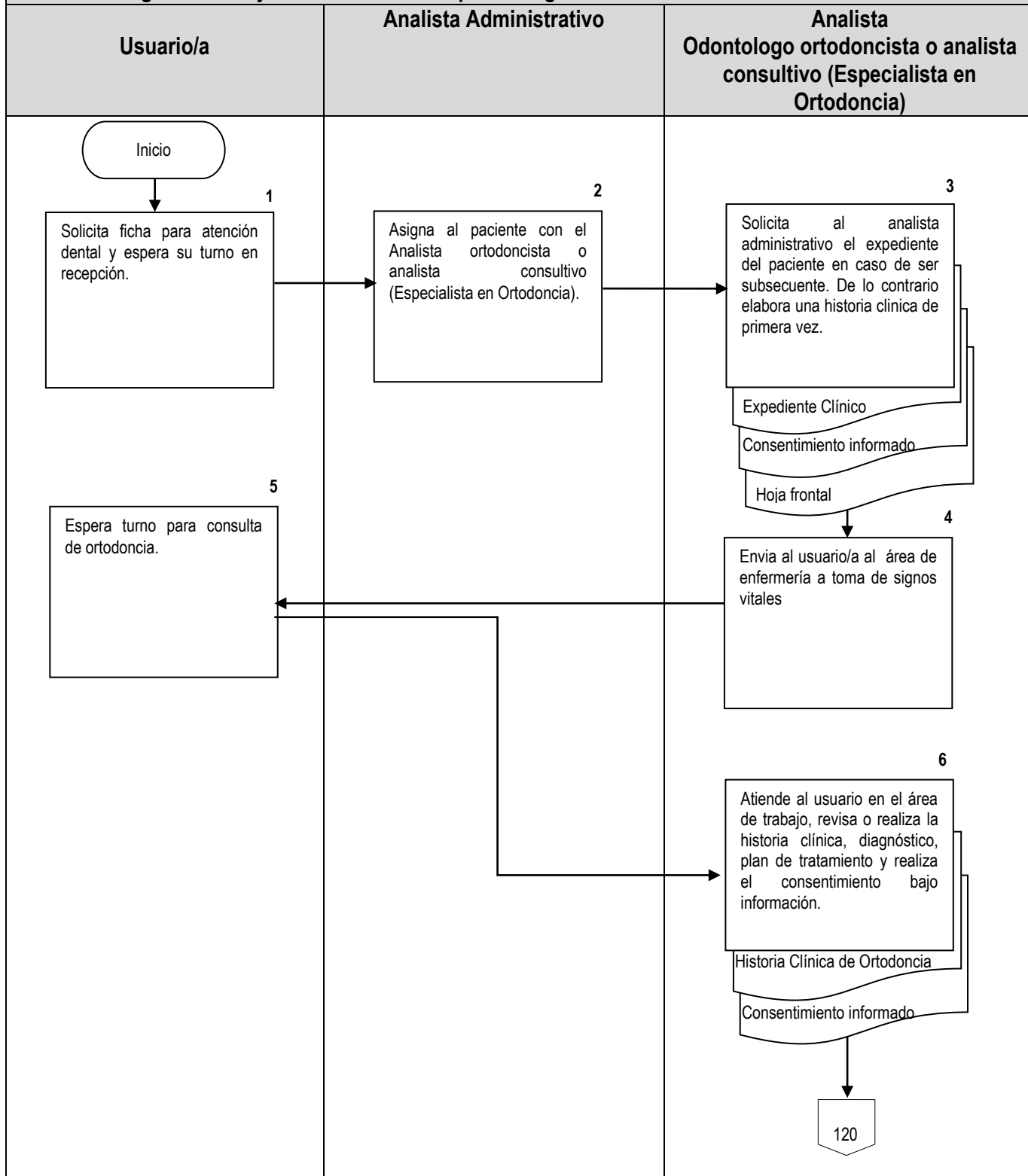
Nombre del Procedimiento:	Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia
Objetivo:	Brindar a la población vulnerable servicios estomatológicos y de ortodoncia, detectando los problemas y necesidades dentales para emprender acciones preventivas y correctivas.
Fundamento Legal:	<p>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4.</p> <p>Ley General de Salud, Artículos 23, 24, 167 y 168.</p> <p>Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, Artículos 1 y 12.</p> <p>Ley de Asistencia Social, Artículos 4 y 7.</p> <p>Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Artículos 2 y 47.</p> <p>Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Puebla, Artículo 12 Fracción VII.</p> <p>Ley Estatal de Salud, Artículo 2 Fracción VIII.</p> <p>Ley sobre el Sistema Estatal de Asistencia Social, Artículos 1, 4, 8 y 13, y 32.</p> <p>Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos del Estado de Puebla, Artículos 1 y 2.</p> <p>Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Puebla, Artículo 37, Fracciones V y XXIV.</p> <p>Normas Oficiales de la Secretaría de Salud 013 y 004.</p> <p>Plan de Desarrollo Municipal 2014-2018.</p> <p>Reglamento Interior del Sistema Municipal para el DIF, Artículo 51 fracción V.</p>
Políticas de Operación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se atiende a todo el público en general que llegue a la Unidad médica del sistema DIF Municipal solicitando la atención. 2. Para ser atendido deberá solicitar ficha en el Modulo de Orientación y esperar su turno. 3. El otorgamiento de servicio dental debe ser proporcionado y una vez terminado se paga el servicio. 4. Todo trabajo de laboratorio dental se paga anticipadamente. 5. Las condonaciones en determinado porcentaje deben ser exclusivamente hechas

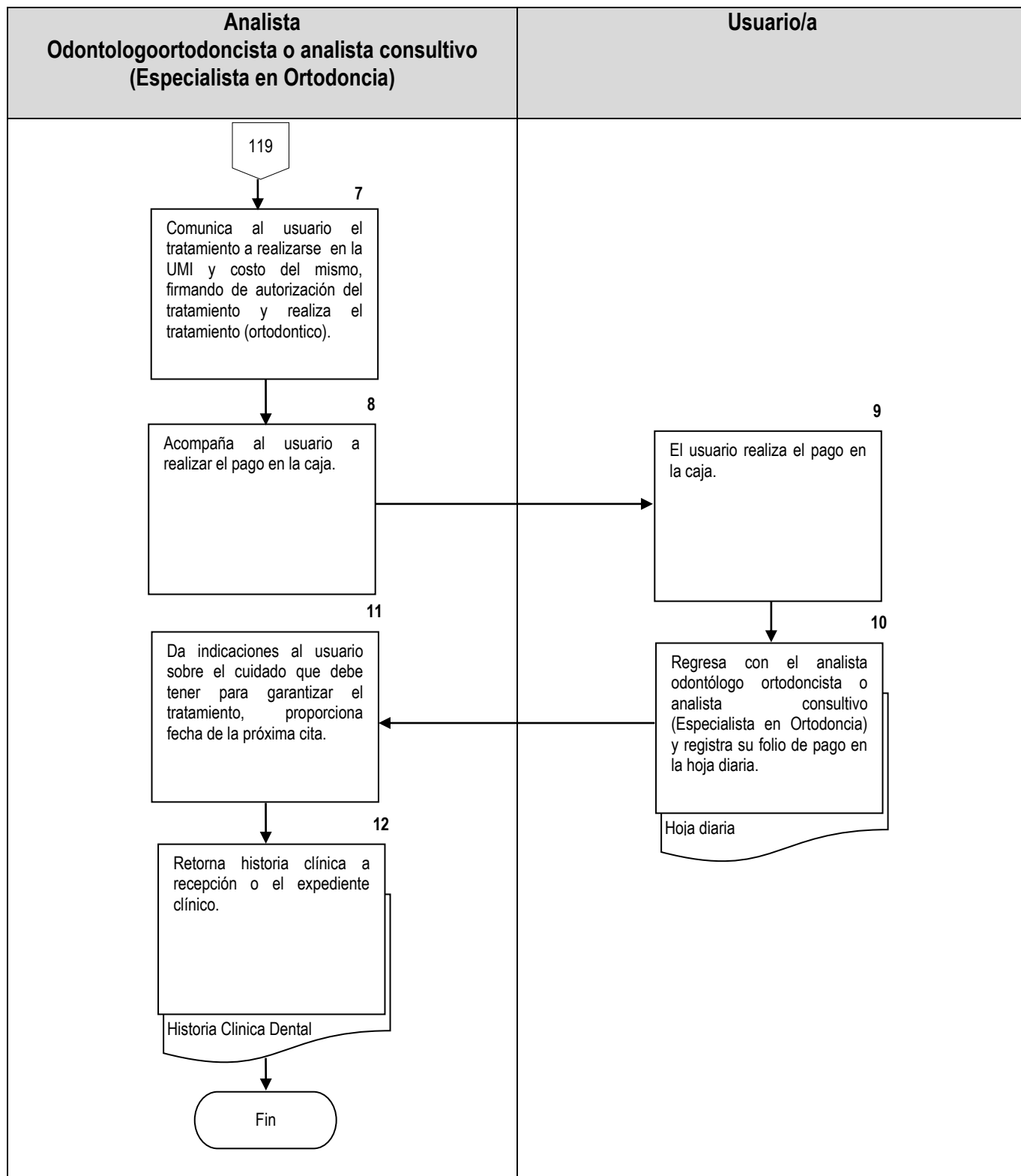
	<p>por el personal de Trabajo Social.</p> <p>6. El horario de atención de consulta es de 8:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes.</p> <p>7. Toda persona menor de edad, con capacidad diferente y/o de la tercera edad, deberá acudir acompañado de un responsable con identificación oficial</p> <p>8. Los servicios de especialidad en ortodoncia, se trabaja bajo cita previa y la valoración correspondiente.</p>
<p>Tiempo Promedio de Gestión:</p>	<p>1 hora aproximadamente</p>

Descripción del Procedimiento: Para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia				
Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
Usuario/a	1	Solicita ficha para atención dental y espera su turno en recepción.		
Analista (administrativo)	2	Asigna al paciente con el Analista ortodontista o analista consultivo (Especialista en Ortodoncia)		
Analista Odontólogo ortodontista o analista consultivo (Especialista en Ortodoncia)	3	Solicita al analista administrativo el expediente del paciente en caso de ser subsecuente. De lo contrario elabora una historia clínica de primera vez.	Expediente clínico (Historia Clínica de ortodoncia FORM.1548/SMDIF/0716 consentimiento informado para pacientes de ortodoncia FORM.1547/SMDIF/0716 Hoja frontal FORM. / SMDIF/0616	Original
	4	Envía al usuario/a al área de enfermería a toma de signos vitales.		
Usuario/a	5	Espera turno para consulta de ortodoncia		
Analista Odontólogo ortodontista o analista consultivo (Especialista en Ortodoncia)	6	Atiende al usuario/a en el área de trabajo, realiza la historia clínica, diagnóstico, plan de tratamiento y realiza el consentimiento bajo información.	Historia Clínica de Ortodoncia FORM.1548/SMDIF/0716/ Consentimiento informado para pacientes de ortodoncia FORM.1547/SMDIF/0716	Originales
	7	Comunica al usuario el tratamiento a realizarse en la UMI y costo del mismo, firmando de autorización del tratamiento y realiza el tratamiento (ortodóntico)		

Responsable	No.	Actividad	Formato o Documento	Tantos
	8	Acompaña al usuario a realizar el pago del servicio a caja.		
Usuario/a	9	Realiza el pago en la caja.	Recibo de pago FORM.551-A/ SMDIF/ 0614	Original
	10	Regresa con el analista odontólogo ortodoncista o analista consultivo (Especialista en Ortodoncia) y registra su folio de pago en la hoja diaria.	Hoja diaria FORM.1508/SMDIF/ 0616	Original
Analista Odontólogo ortodoncista o analista consultivo (Especialista en Ortodoncia)	11	Da indicaciones al usuario sobre el cuidado que debe tener para garantizar el tratamiento, proporciona fecha de la próxima cita.		
	12	Retorna historia clínica a recepción o el expediente clínico. Termina el procedimiento.	Historia clínica de ortodoncia FORM.1548/ SMDIF/0716	Original

Diagrama de flujo del Procedimiento para otorgar el servicio de atención de Ortodoncia







Dirección de Atención a la Salud
Departamento de Atención Médica

Aviso de Protección de Datos Personales
Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

HOJA FRONTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Religión: _____
 Escolaridad: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____
 Servicio: _____ Expediente: _____

Diagnóstico	Fecha	Médico

FORM.1488/SMDIF/0516

Avenida Cuet Marto No. 201,
Col. San Isidro Cuapexco C.P. 72500 /
Cel. (52) 214 00 00 ó 05

www.Pueblacapital.gov.mx
C@Pueblacapital @E. Ayuntamiento de Puebla



HOJA FRONTAL

Notas generales:

- El formato se encuentra impreso físicamente, por lo que el llenado deberá ser de forma manual, respetando las reglas ortográficas aplicables.
- Se procurará letra legible y entendible, para facilitar la consulta del documento por otras personas.
- Se utilizará preferentemente letras y números indo arábicos.
- El formato NO deberá ser modificado ya que está autorizado y registrado por la Contraloría Municipal, por lo que no se deberán agregar u omitir campos.
- La Clave es asignada por la Subcontraloría de Desarrollo Administrativo Seguimiento y Control, una vez que se ha verificado la información.

Instructivo de Llenado de formato:

- Nombre del paciente: Escribir el nombre del paciente, iniciando por apellidos.
- Fecha de nacimiento: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Edad: Escribir la edad en número cerrado del total de años cumplidos hasta la elaboración de la receta, si el trámite es de un lactante menor a 1 año, escribir la edad en forma de fracción, por ejemplo, un bebé de 7 meses de edad se debería registrar en la forma de fracción siguiente: 7/12.
- Sexo: Escribir el sexo del paciente, indicar H para hombres y M para mujeres.
- Estado civil: Indicar si es soltero (a), casado (a) o unión libre, los términos viudo (a) y divorciado (a) aplican para soltero (a).
- Religión: Registrar si la hubiera
- Escolaridad: Escribir grado máximo de estudios.
- Ocupación: Escribir la profesión u oficio al cual se dedica el paciente actualmente
- Domicilio: Escribir el domicilio actual del paciente.
- Servicio: Anotar el servicio al cual acude el paciente.
- Expediente: Registrar el número de expediente asignado al paciente.
- Diagnóstico: Escribir de forma breve y clara el diagnóstico del paciente.
- Fecha: Utilizar el formato DD/MM/AA (DD= Día en 2 dígitos, MM= Mes en 2 dígitos, AA= Año en los dos últimos dígitos del año en curso)
- Médico: Registrar el nombre del médico el cual le atendió en esa ocasión. El diagnóstico, la fecha y el médico que se encuentran en la tabla de este formato deberá ser llenado tantas veces el paciente acuda a consulta médica.

Avenida Cuet Marto No. 201, Col. San Isidro
Cuapexco C.P. 72500 / Cel. (52) 214 00 00 ó 05

www.Pueblacapital.gov.mx
C@Pueblacapital @E. Ayuntamiento de Puebla

HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA

Los datos registrados en el presente formato, están protegidos de acuerdo a la Ley de Protección de Datos Personales en posesión de los Sujetos Obligados del Estado de Puebla y demás disposiciones legales aplicables.

CLAVES PLID/F0000416

Fecha: ____/____/____ No de expediente: _____

I. DATOS GENERALES

Nombre del paciente _____ Edad _____ Sexo _____
 Escolaridad _____
 Tel: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
 Nombre del padre o tutor: _____

II. ANÁLISIS ESQUELÉTICO/FACIAL

- Forma de la cara → oval → cuadrada → redonda
- Tipo facial → ortognático → retrognático → prognático
- Perfil → recto → cóncavo → convexo
- Patrón de crecimiento → normal → horizontal → vertical
- Altura facial → normal → corta → larga

6. Simetría facial → simétrica → asimétrica

III. ANÁLISIS MUSCULAR (balance y tonicidad)

- Orbitar de los labios → normal → hipertónico → hipotónico
- Borra del mentón → normal → hipertónico → hipotónico
- Maseteros → normal → hipertónico → hipotónico
- Bucinatorios → normal → hipertónico → hipotónico
- Distancia inter labial en reposo _____ mm

FORM.1548/SMDIF/07165

IV. ANÁLISIS FUNCIONAL

- Función mandibular _____
- ATM: chasquido → crepitación → sub-luxación →
 apertura → cierre → der. / izq. / ambas
- Apertura máxima _____ mm
- Hábitos → succión digital → deglución atípica →
 mordedor de uñas → mordedor de plumas u objetos →
 ninguno
- Respiración → normal → bucal → mixta
- Fonación → normal → nasal → gutural
- Frenillo lingual → normal → largo → corto
- Frenillo labial → normal → corto → largo

V. ANÁLISIS DENTAL

- Clasificación de Angle → clase molar → der. I-III → izq. I-III → clase canino → der. I-III → izq. I-III
- Sobre mordida vertical → porcentaje abierta mm
- Sobre mordida horizontal → mm
- Línea media en oclusión → normal → desviada izq. sup. → desviada der. sup. → desviada izq. inf. → desviada der. inf.
- Línea media en desocclusión → normal
- Mordida cruzada → anterior → posterior (Especificar que órganos dentarios están en mordida cruzada) 17-16-15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27
- Mordida telescópica → anterior → posterior 17-16-15-14-13-12-11-21-22-23-24-25-26-27 47-46-45-44-43-42-41-31-32-33-34-35-36-37
- Presenta Guías → canina der. → no → canina izq. → no → incisivos → no
- Higiene oral → buena → regular → mala

VI. ETIOLOGÍA

esquelética → dentaria → esquelético / dentaria

FORM.1548/SMDIF/07165

VII - PRONÓSTICO

favorable → → desfavorable

VIII - PLAN DE TRATAMIENTO (Objetivos)

1 →
2 →
3 →
4 →
5 →
6 →
7 →
8 →

XIII - APARATOLOGÍA

Roth → MBT → Otro

XIV - RETENCIÓN

Placas Hawley → ESSEX → Otro

XV - TRATAMIENTO

Primera Fase → Segunda Fase

XVI - DURACIÓN

12 meses → 16 meses → 24 meses → más de 24 meses

XVII - OBSERVACIONES

Estomatólogo → Firma del Padre o Tutor

FORM 1548/SMDIF/07161
www.Pueblacapital.gub.mx

Activo de Protección de Datos Personales

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DE ORTODONCIA

Riesgos y Limitaciones del Tratamiento de Ortodoncia

Fecha: / /

Un tratamiento de ortodoncia exitoso es el resultado de una buena relación entre ortodontista y paciente. Sin embargo, debe estar consciente que tal como sucede en todas las áreas médicas, existen riesgos y limitaciones.

Ortodoncia y ortopedia dental: es la especialidad dental que incluye el diagnóstico, prevención, intercepción y corrección de la malocclusión, así como las anomalías neuromusculares y esqueléticas de las estructuras ortodóncas en desarrollo o maduras.

Resultados del tratamiento

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrollará tal como es planificado, y tratamos de hacer lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizar que usted estará completamente satisfecho con los resultados, ni podemos prevenir todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación al cumplir con las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar perder o romper los aparatos, y seguir las instrucciones del ortodontista cuidadosamente.

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento depende de varios factores, incluyendo la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y el nivel de cooperación de éste. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del

Salto de sección (Continúa)

Molestias

La boca es muy sensible y, por lo tanto, es posible que haya un periodo de adaptación durante el cual habrá molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este periodo de ajuste, podrán utilizarse analgésicos que no requieran receta médica.

Recechos

Serán necesarios recechos a fin de mantener los dientes en su nueva posición como resultado de tratamiento de ortodoncia. Deberá seguir los recechos, según le indiquen, de no hacerlo, es posible que sus dientes se desplacen, además de poderse efectos adversos adicionales.

Extracciones

Algunos casos requerirán la remoción de dientes temporales (deciduos) o permanentes.

Cirugía ortodóncica

Algunos pacientes presentan desajustes significativos que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortodóncica (dentofacial). Es posible que los pacientes que interrumpen el tratamiento de ortodoncia sin cumplir los procedimientos quirúrgicos planificados, tengan una malocclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento.

Decalcificación y Caries Dental

Una excelente higiene bucal es fundamental durante el tratamiento de ortodoncia, así como las visitas regulares a su clínica general. La higiene inadecuada o incorrecta para resultar en caries, dientes manchados, enfermedades periodontales y/o decalcificación.

Recechos Radiológicos

Los rayos de los dientes de algunos pacientes serán acordados durante el tratamiento de ortodoncia. No se sabe con

FORM 1548/SMDIF/07161
www.Pueblacapital.gub.mx

Exactitud la causa de la recesión: ni se puede predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes a pesar de tener dientes con raíces seriamente acortadas los mantienen en boca durante toda su vida.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (enfermedad de las encías) puede desarrollarse o empeorarse durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, aunque con mayor frecuencia se debe a la falta de una adecuada higiene bucal. Si los problemas periodontales no se pueden controlar, es posible que el tratamiento de ortodoncia haya que interrumpirlo antes de finalizar.

Lesiones causadas por los Aparatos de Ortodoncia

Deben evitarse las actividades o alimentos que puedan dañar, aflojar o desajustar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia resistentes o debidos pueden malarse o tragarse o incluso causar otros daños al paciente. Usted deberá informar a su ortodontista de cualquier signo inusual o sobre cualquier aparato flojo o roto en cuanto lo advierta.

Duración de la activación Temporomandibular (Mandibular)

Pueden ocurrir problemas en las articulaciones mandibulares (p.e., las articulaciones temporomandibulares), causando dolor, dolor de cabeza o problemas de oído. Cualquiera de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo dolor, chasquido del mandíbula inferior o dificultad para abrir o cerrar, deberá informarse de inmediato al ortodontista.

Dientes Retenidos, Anquilosados y Empuñados

Los dientes pueden retenerse (quedar atrapados) debajo del hueso o encía), anquilosarse (quedar fijos) al hueso) o no erupcionar. El tratamiento de dichos condiciones depende de la ortodonticia particular y de la importancia del diente involucrado, y puede requerir su extracción, exposición quirúrgica, transporte quirúrgico-ortomáximo protésico.

Resultados No Ideales

Debido a una amplia variación en el tamaño y forma de los dientes, dientes faltantes, etc. es posible que no se pueda lograr un tratamiento de restauración dental, tal como adhesivos, estéticos, coronas o puentes o terapia periodontal. Le recomendamos que pregunte a su ortodontista y dentista sobre atención accesoria.

Tercero Molares

Cuando los terceros molares (muelas de juicio) se desarrollan, es posible que sus dientes cambien su alineación. Su dentista y/u ortodontista deberá monitorearlas a fin de asegurarse si será necesario extraer los terceros molares y, en caso afirmativo, cuando.

Alergias

Ocasionalmente, los pacientes pueden ser alérgicos a algunos de los materiales que componen los aparatos de ortodoncia. Esto puede requerir un cambio en el plan de tratamiento o la interrupción del tratamiento antes de finalizar. A pesar de ser muy poco común es posible que sea necesario un tratamiento médico de las alergias al material dental.

Problemas de Salud en General

Los problemas de salud en general tales como enfermedades de los huesos, sangre o trastornos endocrinos, así como muchos medicamentos recetados o de venta libre pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. Es imperativo que usted se informe a su ortodontista de cualquier cambio en su estado de salud general.

Uso de productos de Tabaco



Se ha demostrado que fumar o mascar tabaco aumenta el riesgo de enfermedades de las encías e interfiere con la cicatrización después de una cirugía bucal. Los usuarios de tabaco están también más propensos al cáncer bucal, a la recesión gingival y al movimiento más lento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia. Si usted consume tabaco, deberá considerar la posibilidad de un resultado ortodóncico comprometido.

RECONOCIMIENTO

Por la presente, reconozco que he leído y entendido por completo las consideraciones sobre el tratamiento y los riesgos que se presentan en este formulario. Asimismo entiendo que es posible que existan otros problemas que surten con menos frecuencia que los que se presentaron y que los resultados reales pueden diferir de aquellos previstos. Reconozco también que he platicado acerca de este formulario con el/los doctor(es) que me recomendaron hacer cualquier pregunta. Me solicitan que firme esta elección acerca de mi tratamiento.

Por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto y autorizo a él/ o los ortodontistas, que se indican a continuación, para que presten el tratamiento.

FORM 1548/SMDIF/07161
www.Pueblacapital.gub.mx

 		Recibo: 126555 Folio: _____ Fecha: _____	
Recibimos de: _____		RFC: _____	
Nombre de la calle: _____		No. Oficial: _____	
Letra:	No. Interior:	Colonia:	C.P.
Observaciones: _____			
Clave	Concepto	C.U.	Importe
		Total	

R.F.C. SMD-930309-8U6
 Av. Cué Meño #201, San Baltazar Campeche
 Puebla, Puebla
www.Pueblacapital.gob.mx
FORM.551/SMDIF/0614

VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ADICCIÓN.- Sumisión del individuo a un producto o a una conducta de la que no puede o no es capaz de liberarse. Hábito de quienes se dejan dominar por el consumo de estupefacientes.

ANÁLISIS.-Examen químico o bacteriológico que permite establecer un diagnóstico médico.

CONSULTA.- Examen y atención que un médico presta a sus pacientes.

CONSULTA SUBSECUENTE.- De la segunda a la última consulta del proceso terapéutico de un paciente.

CONTRATO TERAPÉUTICO.- El contrato terapéutico o alianza terapéutica es el acuerdo entre cliente y terapeuta donde se fijan el marco y los criterios de la relación profesional a la que ambos se comprometen.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.- Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en un tratamiento, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del mismo, los beneficios, y los posibles riesgos.

DIAGNÓSTICO.- Determinación o identificación de una enfermedad mediante el examen de los síntomas que presenta.

DICTÁMEN.- Opinión técnica y experta que se da sobre un hecho o una cosa.

ENFERMERÍA.- Lugar, como una casa o sala de un edificio, donde se presta una atención primaria a las personas enfermas o heridas.

FARMACIA.- Establecimiento donde se elaboran y venden medicamentos.

HISTORIA CLÍNICA.- Es un documento médico que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente, donde se recoge la información necesaria para la correcta atención de los pacientes. La historia clínica es un documento válido desde el punto de vista clínico, que recoge información de tipo asistencial, preventivo y social.


INTERCONSULTA.- Es la derivación de un paciente, por parte del médico tratante, a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria para su diagnóstico, su tratamiento y/o su rehabilitación.

MEDICINA.- Sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, o para aliviar un dolor físico.

MÉDICO.- Persona que es licenciada en medicina y que se dedica a curar o prevenir las enfermedades.

NUTRICIÓN.- Conjunto de acciones y hábitos relacionados con la alimentación humana.

ODONTOPEDIATRÍA.-Es una especialidad de la Odontología definida por la edad, que brinda cuidado oral preventivo y terapéutico a infantes, niños y adolescentes, incluyendo aquellos que requieren cuidados especiales.

	Manual de Procedimientos de la Dirección de Atención a la Salud	Registro: MPUE1418/MP/SMDIF015/DAS063
		Fecha de elaboración: 08/09/2016
		Núm. de revisión: 01

ORTODONCIA.- Tratamiento que consiste en corregir la posición de los dientes de las personas.

PACIENTE.- Persona que recibe tratamiento médico o quirúrgico, respecto de su médico o cirujano.

PSICOLOGÍA.- Ciencia que estudia los fenómenos y procesos psíquicos y el comportamiento del ser humano en relación con el medio que lo rodea y condiciona.

PSICOPEDAGOGÍA.- Rama de la psicología aplicada al estudio de los problemas educacionales.

SINTOMATOLOGÍA.- Se conoce por sintomatología al conjunto de síntomas que presenta una persona en un momento dado y que obedecen a la presencia de un trastorno específico de la salud. Los síntomas a su vez, son manifestaciones objetivas que corresponden a la forma en que el organismo responde a un determinado estímulo.

UMI.- Unidad Médica Integral.