

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**



# **INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

## **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

**SEPTIEMBRE 2023**

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Índice</b>		<b>HOJA:</b> 1
			<b>DE:</b> 14

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>		2
<b>I. OBJETIVO DEL MANUAL</b>		3
<b>II. MARCO JURÍDICO</b>		4
<b>III. PROCEDIMIENTOS PARA:</b>		14
1. REALIZAR LA EVALUACIÓN MÉDICA POR PRECONSULTA A PERSONAS BENEFICIARIAS INTERESADAS EN ATENDERSE EN EL INSTITUTO		
2. ELABORAR HISTORIAS CLÍNICAS		
3. PROGRAMAR CITAS SUBSECUENTES, EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O ESTUDIOS DE GABINETE EN EL SISTEMA INFORMÁTICO VIGENTE		
4. OTORGAR CONSULTAS SUBSECUENTES A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS AMBULATORIAS DEL INSTITUTO		
5. ATENDER SOLICITUDES DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL INSTITUTO		

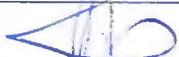
## AUTORIZACIÓN

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Introducción</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 14

## INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de uniformar y documentar las acciones que se realizan en las diferentes unidades administrativas del Instituto y orientar a los responsables de su ejecución en el desarrollo de sus actividades. El Departamento de Consulta Externa ha emitido el presente manual de procedimientos, que ha sido elaborado con el propósito de ofrecer la descripción de sus actividades que se siguen en la realización de sus funciones, estableciendo políticas de operación, normas y lineamientos, así como sus formatos y anexos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> <b>02</b>
	<b>Objetivo del Manual</b>		<b>HOJA:</b> <b>3</b> <b>DE:</b> <b>14</b>

## I. OBJETIVO DEL MANUAL

Precisar la secuencia lógica de los pasos de que se compone cada uno de los procedimientos, la responsabilidad operativa de las servidoras y servidores públicos en cada área de trabajo y describir gráficamente los flujos de las operaciones y servir como medio de integración y orientación de las servidoras y servidores públicos de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a su área de trabajo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 14

## II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.  
D.O.F. 05-II-1917 y sus reformas

### LEYES

Ley General de Salud.

D.O.F. 07-II-1984 y sus reformas

Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

D.O.F. 26-V-2000 y sus reformas

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 29-XII-1976 y sus reformas

Ley Federal de las Entidades Paraestatales.

D.O.F. 14-V-1986 y sus reformas

Ley de Planeación.

D.O.F. 05-I-1983 y sus reformas

Ley General para el Control del Tabaco.

D.O.F. 30-V-2008 y sus reformas

Ley General de Protección Civil.

D.O.F. 06-VI-2012 y sus reformas

Ley General de Archivos.

D.O.F. 15-VI-2018 y sus reformas

Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público.

D.O.F. 04-I-2000 y sus reformas

Ley Federal de Remuneraciones de los Servidores Públicos.

D.O.F. 19-V-2021

Ley Federal Del Trabajo.

D.O.F. 01-IV-1970 y sus reformas

Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional.

D.O.F. 28-XII-1963 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 5
			<b>DE:</b> 14

Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 04-V-2015 y sus reformas

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.  
D.O.F. 09-V-2016 y sus reformas

Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.  
D.O.F. 26-I-2017

Ley General Del Sistema Nacional Anticorrupción.  
D.O.F. 18-VII-2016 y sus reformas

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.  
D.O.F. 11-VI-2003 y sus reformas

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-V-2011 y sus reformas

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores.  
D.O.F. 25-VI-2002 y sus reformas

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.  
D.O.F. 02-VIII-2006 y sus reformas

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.  
D.O.F. 01-II-2007 y sus reformas

Ley de Infraestructura de la Calidad.  
D.O.F. 01-VII-2020

Ley General en materia de Humanidades, Ciencias, Tecnologías e Innovación.  
D.O.F. 08-V-2023

Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 24-XII-1996 y sus reformas

Ley Federal de la Protección a la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 01-VII-2020

Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica.  
D.O.F. 16-IV-2008 y sus reformas

Ley General de Responsabilidades Administrativas.  
D.O.F. 18-VII-2016 y sus reformas

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 6
			<b>DE:</b> 14

Ley Federal de Procedimiento Administrativo.  
D.O.F. 04-VIII-1994 y sus reformas

Ley Federal de Procedimiento Contencioso Administrativo.  
D.O.F. 01-XII-2005 y sus reformas

Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.  
D.O.F. 30-III-2006 y sus reformas

Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial del Estado.  
D.O.F. 31-XII-2004 y sus reformas

Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal Correspondiente.

### CÓDIGOS

Código Penal Federal.  
D.O.F. 14-VIII-1931 y sus reformas

Código Nacional de Procedimientos Penales.  
D.O.F. 05-III-2014 y sus reformas

Código Civil Federal  
D.O.F. 26-V-1928 y sus reformas.

Código Nacional de Procedimientos Civiles y Familiares.  
D.O.F. 07-VI-2023

Código de Ética de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 08-II-2022

Código de Ética y de Conducta del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
Fecha control de expedición 30-VI-2020

### REGLAMENTOS

Reglamento de la Ley Federal de las Entidades Paraestatales.  
D.O.F. 26-I-1990 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal de Archivos.  
D.O.F. 13-V-2014

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

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 7
			<b>DE:</b> 14

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.  
D.O.F. 30-XI-2012

Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.  
D.O.F. 31-V-2009 y sus reformas

Reglamento de la Ley General de Protección Civil.  
D.O.F. 13-V-2014 y sus reformas

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

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

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud.  
D.O.F. 05-IV-2004 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización.  
D.O.F. 14-I-1999 y sus reformas

Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.  
D.O.F. 23-XI-1994 y sus reformas

Reglamento de la Ley Federal del Derecho de Autor.  
D.O.F. 22-V-1998 y sus reformas

Reglamento del Sistema Nacional de Investigadores.  
D.O.F. 27-I-2017 y sus reformas

Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios.  
D.O.F. 09-VIII-1999 y sus reformas

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.  
D.O.F. 19-I-2004 y sus reformas

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

**ACUERDOS**

Acuerdo por el que se restringen áreas para consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud.  
D.O.F. 17-IV-1990

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 14

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

Acuerdo que establece los Lineamientos que deberán observarse en los establecimientos públicos que presten servicios de atención médica para regular su relación con los fabricantes y distribuidores de medicamentos y otros insumos para la salud, derivada de la promoción de productos o la realización de actividades académicas, de investigación o científicas.  
D.O.F. 12-VIII-2008

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se emiten los Criterios para que los Sujetos Obligados Garanticen Condiciones de Accesibilidad que Permitan el Ejercicio de los Derechos Humanos de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales a Grupos Vulnerables.  
D.O.F. 04-V-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la elaboración, ejecución y evaluación del Programa Nacional de Transparencia y Acceso a la Información.  
D.O.F. 04-V-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los Lineamientos para la Organización y Conservación de los Archivos.  
D.O.F. 04-V-2016

Acuerdo del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales, por el que se aprueban los lineamientos que deberán observar los sujetos obligados para la atención de requerimientos, observaciones, recomendaciones y criterios que emita el Sistema Nacional de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Protección de Datos Personales.  
D.O.F. 04-V-2016

Acuerdo del consejo nacional del sistema nacional de transparencia, acceso a la información pública y protección de datos personales, por el que se aprueban los lineamientos técnicos generales para la publicación, homologación y estandarización de la información de las obligaciones establecidas en el título quinto y en la fracción IV del artículo 31 de la ley general de transparencia y acceso a la información pública, que deben de difundir los sujetos obligados en los portales de internet y en la plataforma nacional de transparencia.  
D.O.F. 04-V-2016 y sus reformas

Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos Generales para la regulación de los procesos de entrega-recepción y de rendición de cuentas de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 24-VII-2017 y sus reformas

Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.  
D.O.F. 08-IX-2017

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 14

Acuerdo mediante el cual se aprueban los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público.

D.O.F. 26-I-2018

Acuerdo por el que se emite la Política de Transparencia, Gobierno Abierto y Datos Abiertos de la Administración Pública Federal 2021-2024.

D.O.F. 30-VI-2021

Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos Generales para la integración y funcionamiento de los Comités de Ética.

D.O.F. 28-XII-2020

Acuerdo por el que se emiten los criterios y especificaciones técnicos para la accesibilidad de las personas con discapacidad a los inmuebles de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 10-I-2022

Acuerdo por el que se establecen las bases generales para los procedimientos de rendición de cuentas, individuales e institucionales, de la Administración Pública Federal.

D.O.F. 05-VI-2023

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio fiscal Correspondiente.

### NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Norma Oficial Mexicana NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para el diagnóstico.

D.O.F. 24-II-1995

Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones Nosocomiales.

D.O.F. 20-XI-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

D.O.F. 16-I-1995 y sus reformas

Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008, Equipo de protección personal, selección uso y manejo en los Centros de Trabajo.

D.O.F. 09-XII-2008

Norma Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.

D.O.F. 12-XII-2008

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 14

Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo- funciones y actividades.

D.O.F. 22-XII-2009

Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención de pacientes ambulatorios.

D.O.F. 16-VIII-2010

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus

D.O.F. 23-XI-2010.

Norma Oficial Mexicana NOM-003-SEGOB-2011, Señales y avisos para protección civil. - colores, formas y símbolos a utilizar.

D.O.F. 23-XII-2011 y sus reformas

Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011, Constitución, integración, organización y funcionamiento de las comisiones de seguridad e higiene.

D.O.F. 13-IV-2011

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

D.O.F. 15-X-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

D.O.F. 08-I-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

D.O.F. 19-II-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

D.O.F. 07-VIII-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

D.O.F. 30-XI-2012

Norma Oficial Mexicana NOM-001-NUCL-2013, Factores para el cálculo del equivalente de dosis.

D.O.F. 06-XII-2013

Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud.

D.O.F. 12-IX-2013

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 14

Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los Servicios de Salud, Atención Médica Prehospitalaria.  
D.O.F. 23-IX-2014

Norma Mexicana NMX-R-025-SCFI-2015, En Igualdad Laboral y No Discriminación.  
D.O.F. 19-X-2015

Norma Oficial Mexicana NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.  
D.O.F. 17-VI-2022

Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.  
D.O.F. 17-VI-2022

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad.  
D.O.F. 22-V-2023

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.  
D.O.F. 02-VI-2023

**PLANES Y PROGRAMAS**

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.  
D.O.F. 12-VII-2019

Programa Sectorial de Salud 2020-2024.  
D.O.F. 17-VIII-2020

Programa Institucional 2020-2024 del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (PIINCMNSZ).  
D.O.F. 27-XI-2020, nota aclaratoria 28-I-2021

Programa Nacional de Combate a la Corrupción y a la Impunidad, y de Mejora de la Gestión Pública 2019-2024.  
D.O.F. 30-VIII-2019

**DOCUMENTOS NORMATIVOS-ADMINISTRATIVOS**

Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 06-III-2020, nota aclaratoria 03-III-2021

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 14

Manual de procedimientos del Comité de Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de expedición III-2013

Manual de Organización Especifico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de autorización 03-X-2016

Manual de Integración y Funcionamiento del Comité de Ética y Prevención de Conflictos de Interés del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de expedición IV-2018

Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

D.O.F. 07-V-2019 y sus reformas

Declaratoria de igualdad laboral y no discriminación en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Fecha de expedición 25-III-2020

Pronunciamiento de Cero Tolerancia al Hostigamiento Sexual y Acoso Sexual del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Fecha de expedición 02-XII-2022

### OTRAS DISPOSICIONES

Manual de Organización y Operación del Sistema Nacional de Protección Civil.

D.O.F. 13-VII-2018

Manual de Identidad Gráfica 2018-2024.

Fecha de publicación 30-I-2020

Guía Técnica para la Elaboración y Actualización de Manuales de Procedimientos de la Secretaría de Salud.

Fecha de autorización IX-2013

Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual.

D.O.F. 03-I-2020, nota aclaratoria 07-IV-2020

Protocolo de Actuación de los Comités de Ética y de Prevención de Conflictos de Interés en la Atención de Presuntos Actos de Discriminación.

D.O.F. 18-VII-2017

Prontuario para el uso del Lenguaje Incluyente y no sexista en la Función Pública.

Fecha de autorización I-2020

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Marco Jurídico</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 14

Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento a la Atención Médica, para el ejercicio Correspondiente.

### LINEAMIENTOS

Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal para notificar al Instituto Federal de Acceso a la Información Pública los Índices de Expedientes Reservados.  
D.O.F. 09-XII-2003 y sus reformas

Lineamientos Generales para el Acceso a Información Gubernamental en la Modalidad de Consulta Directa.  
D.O.F. 28-II-2012

Lineamientos Generales para la Organización y Conservación de los Archivos del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 03-VII-2015

Lineamientos por los que se establecen medidas de austeridad en el gasto de operación en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal.  
D.O.F. 22-II-2016

Lineamientos Para Analizar Valorar y Decidir el Destino Final de Documentación de las Dependencias y Entidades del Poder Ejecutivo Federal.  
D.O.F. 16-III-2016

Lineamientos para la aplicación de recursos autogenerados y/o ingresos propios del Instituto Nacional De Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.  
D.O.F. 07-V-2019

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./ 0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Procedimientos</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 14

### III. PROCEDIMIENTOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 24

**1. PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA EVALUACIÓN MÉDICA POR PRECONSULTA A PERSONAS BENEFICIARIAS INTERESADAS EN ATENDERSE EN EL INSTITUTO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 24

## 1.0 PROPÓSITO

Colaborar en la evaluación médica a personas beneficiarias adultas que soliciten ingresar al Instituto a fin de determinar si su problema de salud corresponde a un tercer nivel de atención y a las Especialidades Médico-Quirúrgicas que se atienden en el mismo.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica a los Departamentos de, Consulta Externa en colaborar en la atención de personas beneficiarias en preconsulta, Trabajo Social y Admisión de Enfermos en realizar el estudio socioeconómico preliminar de las personas beneficiarias, Enfermeras, Enfermeros, Médicas y Médicos Especialistas en otorgar atención médica a las personas beneficiarias.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a personas beneficiarias interesados en atenderse en el Instituto.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. La Jefa del Departamento de Consulta Externa determina la estrategia de cumplimiento en las actividades a realizar, de acuerdo con las disposiciones emitidas por emergencia sanitaria o de cualquier índole a nivel nacional aplicable al mismo.
2. Las servidoras y los servidores públicos del Instituto que integran el Departamento son responsables de cumplir con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente que correspondan a sus actividades, en este procedimiento.
3. El horario de atención en el área de preconsulta es de 07:30 a 14:00 h de lunes a viernes.
4. La Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista al momento de solicitar datos personales de la persona beneficiaria y/o persona responsable le da a conocer el aviso de privacidad.

### DE OTORGAR LA CITA EN PRECONSULTA:

5. La Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista recibe las solicitudes de atención u hojas de referencia médica en forma presencial, vía telefónica, por la página del Instituto o correo electrónico (véase tríptico de información para ser atendido (a) en INCMNSZ) (**Anexo 1**).
6. La Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista revisa que la solicitud de atención u hoja de referencia médica cumpla con lo siguiente:

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		HOJA: 3 DE: 24

- a. Que la persona beneficiaria sea mayor de edad.
  - b. Que sea un padecimiento que se atienda dentro del Instituto cuya complejidad corresponda a un tercer nivel de atención.
  - c. De acuerdo con el listado de diagnósticos de aceptación en preconsulta por especialidad (**Anexo 2**).
7. La Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista, tratándose de que la solicitud de atención médica sea vía telefónica o por internet, proporciona la fecha y hora de la cita por el mismo medio.
8. La Trabajadora Social Operativa es responsable de revisar, mediante la Clave Única de Registro de Población (CURP) de la persona beneficiaria, en el sistema informático correspondiente si cuenta con derechohabencia.

**DE LA VALORACIÓN MÉDICA A LA PERSONA BENEFICIARIA EN PRECONSULTA:**

9. La Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista revisa que la cita programada cumpla con día y hora especificada en el itinerario.
10. La Médica o el Médico Especialista del Instituto realiza la evaluación médica a la persona beneficiaria con base en un interrogatorio y a juicio del mismo, podría incluir una exploración física tan minuciosa como crea conveniente.
11. Las Médicas y los Médicos en formación colaboran en las valoraciones médicas en Preconsulta, bajo la supervisión de las Médicas y los Médicos Especialistas del Instituto.
12. La Médica o el Médico Especialista del Instituto solicita a la Recepcionista, cuando sea requerido, la programación de exámenes de laboratorio y/o estudios gabinete.
13. La Médica o el Médico Especialista del Instituto (cuando se requiera confirmar el diagnóstico), solicita a la Recepcionista una segunda cita de la persona beneficiaria a Preconsulta, de acuerdo con la emisión de resultados de exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete (**Véase manual de usuario PGM Consulta Externa**), determinando si requiere atención médica en el Instituto.
14. La Médica o el Médico Especialista del Instituto elabora una receta médica con la prescripción de medicamentos, dieta u otra medida terapéutica que considere necesaria.
15. La Médica o el Médico Especialista del Instituto envía a otra institución o servicio médico a la persona beneficiaria que incumpla con los diagnósticos de aceptación establecidos por el Instituto elaborando la nota de referencia y contrarreferencia (**Véase manual de usuario Médico**) de acuerdo con la normatividad aplicable al mismo.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		HOJA: 4 DE: 24

16. La Médica o el Médico Especialista del Instituto refiere a la persona beneficiaria aceptado al área correspondiente de acuerdo con el nivel de gravedad (Departamentos de Atención Institucional Continua y Urgencias, Consulta Externa o Sectores de Hospitalización).

#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

##### 4.1 Otorgar Cita en Preconsulta

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	1	Recibe la solicitud de atención u hoja de referencia médica de la persona beneficiaria o persona responsable ( <b>Política 3 a 5</b> ).
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	2	<p>Revisa que la persona beneficiaria cumpla con los diagnósticos de aceptación establecidos por el Instituto para otorgar una cita (<b>Política 6</b>)</p> <p>¿Cumple con los diagnósticos de aceptación?</p> <p>No: Orienta a la persona beneficiaria y/o persona responsable para que acuda a otra Institución de salud a solicitar atención médica.</p> <p>Si: Solicita a la Trabajadora Social Operativa revise si la persona beneficiaria cuenta con derechohabiencia.</p>
Trabajadora Social Operativa	3	<p>Revisa en el sistema informático correspondiente, si la persona beneficiaria cuenta con derechohabiencia (<b>Política 8</b>).</p> <p>¿Cuenta con derechohabiencia?</p> <p>No: Informa a la Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista. <b>PASA A LA ACTIVIDAD 4</b></p> <p>Si: Informa a la persona beneficiaria que es improcedente su solicitud de atención en el Instituto. <b>TERMINA PROCEDIMIENTO.</b></p>
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	4	Asigna el número de registro temporal en el sistema informático vigente.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 24

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	5	Programa la cita para valoración clínica, imprime la cita agendada (itinerario) ( <b>Véase manual de usuario PMG Consulta Externa</b> ) y le da indicaciones a la persona beneficiaria o persona responsable.  <b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>

#### 4.2 Realizar Valoración Médica a la Persona Beneficiaria en Preconsulta

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	1	Recibe de la persona beneficiaria las citas programadas (itinerario) para su valoración en preconsulta ( <b>Política 9</b> ).
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	2	Registra la asistencia de la persona beneficiaria en el sistema informático vigente ( <b>Véase manual de usuario PMG Consulta Externa</b> ).
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	3	Informa a la Médica o el Médico Especialista del Instituto y a la o el Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio) del arribo de la persona beneficiaria.
Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio)	4	Indica a la persona beneficiaria en que consultorio será atendido y avisa a la Médica o Médico Especialista del Instituto.
Médica o Médico Especialista del Instituto	5	Recibe a la persona beneficiaria y realiza la identificación correcta del paciente.
Médica o Médico Especialista del Instituto	6	Realiza la valoración médica de persona beneficiaria de acuerdo con la especialidad requerida ( <b>Política 10 a 14</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 24

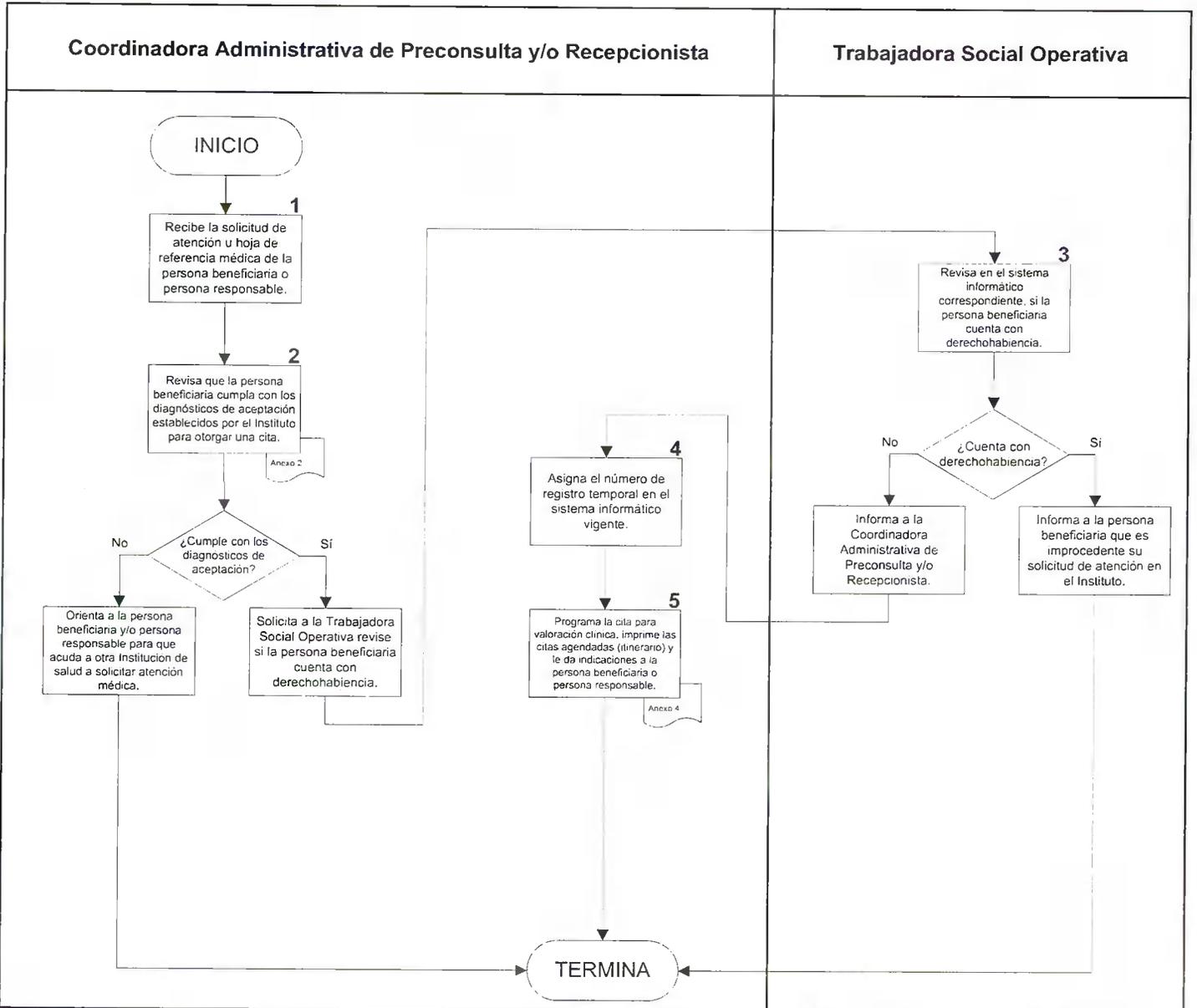
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médica o Médico Especialista del Instituto	7	<p>Evalúa, de acuerdo con la valoración médica y al listado de diagnósticos de aceptación, si la persona beneficiaria requiere atención médica en el Instituto.</p> <p>¿Cumple con los diagnósticos de aceptación?</p> <p>No: Elabora la nota de referencia y contrarreferencia (<b>Véase manual de usuario Médico</b>) para ser atendido por otra Institución de salud (<b>Política 15</b>).</p> <p>Sí: Realiza el llenado de la nota de aceptación en el sistema informático vigente (<b>Véase manual de usuario Médico</b>).</p>
Médica o Médico Especialista del Instituto	8	Realiza la nota de preconsulta en el sistema informático vigente ( <b>Véase manual de usuario Médico</b> ).
Médica o Médico Especialista del Instituto	9	<p>Revisa la prioridad de atención médica de la persona beneficiaria (<b>Política 16</b>).</p> <p>¿Requiere de atención médica inmediata?</p> <p>No: Envía a la persona beneficiaria con la Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista para programar la realización de la historia clínica. (<b>Procedimiento 2</b>)</p> <p>Sí: Llena la solicitud de internación o canaliza a la persona beneficiaria al Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias.</p>
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	10	Una vez estabilizada la persona beneficiaria, programa la cita para la realización de la historia clínica y apertura del expediente clínico electrónico.
Coordinadora Administrativa de Preconsulta y/o Recepcionista	11	Entrega a la persona beneficiaria o persona responsable las citas agendadas (itinerario), la nota de aceptación e instructivo para los pacientes que acuden por primera vez a historia clínica en el Departamento de Consulta Externa.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

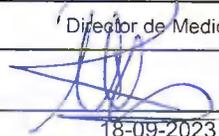
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 24

## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.1 Otorgar Cita en Preconsulta

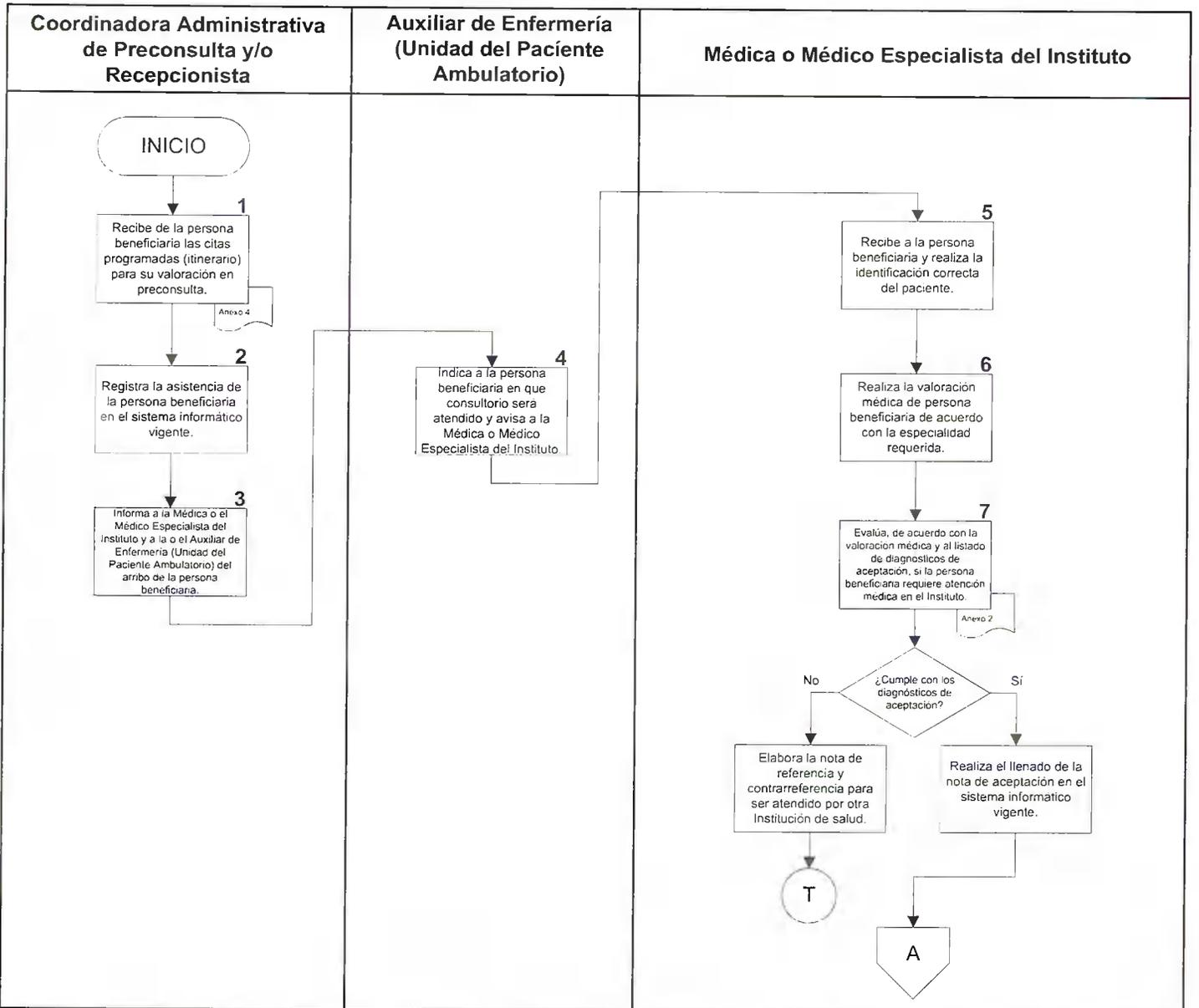


**Nota:**  
 Anexo 2: Listado de Diagnósticos de Aceptación en Preconsulta por Especialidad (solo es de consulta).  
 Anexo 4: Citas Agendadas (Itinerario) (solo es para consulta de la persona beneficiaria).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 24

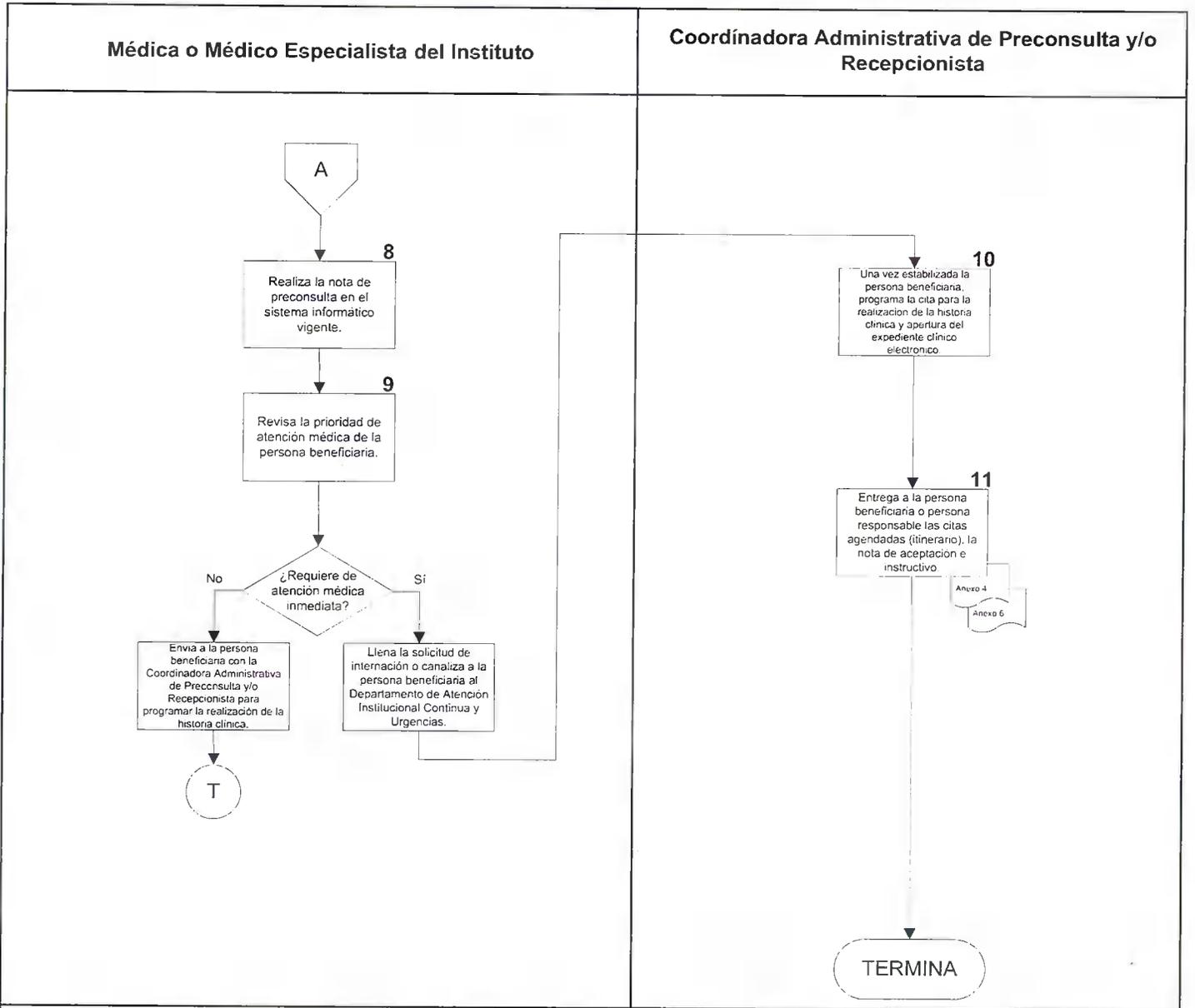
### 5.2 Realizar Valoración Médica a la Persona Beneficiaria en Preconsulta



**Nota:**  
 Anexo 2: Listado de Diagnósticos de Aceptación en Preconsulta por Especialidad (solo es de consulta).  
 Anexo 4: Citas Agendadas (Itinerario) (solo es para consulta de la persona beneficiaria).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 24



**Nota:**  
 Anexo 4: Citas Agendadas (Itinerario) (solo es para consulta de la persona beneficiaria).  
 Anexo 6: Instructivo para los Pacientes que Acuden por Primera Vez a Historia Clínica en el Departamento de Consulta Externa (solo es para consulta de la persona beneficiaria).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 24

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Anexo 1 Triptico de Información para ser Atendido (a) en el INCMNSZ	No Aplica	Departamento de Consulta Externa	No Aplica
Anexo 2 Listado de Diagnósticos de Aceptación en Preconsulta por Especialidad	No Aplica	Departamento de Consulta Externa	No Aplica
Anexo 3 Solicitud de Internación	6 años	Departamento de Estadística y Archivo Clínico	4S.5
Anexo 4 Citas Agendadas (Itinerario)	No Aplica	Persona Beneficiaria	No Aplica
Anexo 5 Nota de Aceptación	No Aplica	Departamento de Consulta Externa	No Aplica
Anexo 6 Instructivo para los Pacientes que Acuden por Primera Vez a Historia Clínica en el Departamento de Consulta Externa	No Aplica	Departamento de Consulta Externa	No Aplica

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Derechohabiciencia:** Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario.
- 7.2. Institución Convenio** en Son aquellas con las que el Instituto mantiene una vinculo.
- 7.3. Nivel de Gravedad:** Es el estado de salud que establece la servidora o servidor público de la salud, después de realizar la valoración clínica y que determina el grado de apremio en la atención.
- 7.4. Padecimiento:** En el ámbito de la salud se refiere a la enfermedad o grupo de enfermedades, por lo que es atendida medicamente una persona.
- 7.5. Preconsulta:** Es aquella entrevista médica a través de la cual se decide si el padecimiento de una persona beneficiaria corresponde al tipo y grado de complejidad de las enfermedades que se atienden en el Instituto.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 24

- 7.6. **Solicitudes de atención u hojas de referencia:** de Cualquier documento expedido por una Médica o un Médico o Institución de salud pública o privada donde se consigne el motivo que genera la evaluación dentro del Instituto.
- 7.7. **Tercer Nivel de Atención:** de Institución de salud donde se atienden problemas medico quirúrgicos de alta complejidad, y que requieren manejos de subespecialidades.
- 7.8. **Valoración Clínica:** Consiste en la evaluación del conjunto de síntomas y signos de una persona beneficiaria que, junto con los datos proporcionados por las pruebas complementarias, ofrece una estimación sobre el diagnóstico de la misma, el estado del enfermo y el tratamiento más adecuado.

## 8.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	31-01-2018	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente.
02	18-09-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del INCMNSZ vigente y al Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

No Aplica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 12 <b>DE:</b> 24

**ANEXOS**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 24

**ANEXO 1: TRÍPTICO DE INFORMACIÓN PARA SER ATENDIDO (A) EN EL INCMNSZ**

**¿Cómo agendar una cita al Servicio de Preconsulta?**

1. Directamente por el interesado o familiar en la planta alta de la Unidad de Toma de Muestras y Preconsulta (Gonzalo Río Arce) ubicada en la calle de Martín de la Cruz 5/A, puerta 3 del INCMNSZ.
2. vía correo electrónico a la dirección: preconsulta@incmnsz.gub.ve, debiendo anexar siempre la nota de referencia médica.
3. A través de la página electrónica del INCMNSZ: [www.incmnsz.gub.ve](http://www.incmnsz.gub.ve) en el apartado "Agenda de Preconsulta" también debe anexar el nota de referencia médica o documento de envío.
4. El horario de atención en el Servicio de Preconsulta es de 7:00 a 14:00 horas de lunes a viernes.
5. El trámite para concertar la cita en el Servicio de Preconsulta es gratuito.

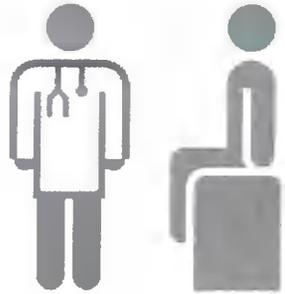
En caso de estar  
interesado contactarse al teléfono:

**Servicio de Preconsulta**  
05133-114746  
05133-114747  
05133-114748

Departamento de Consulta Externa  
05133-114749

Unidad de Toma de Muestras y Preconsulta  
05133-114750  
05133-114751

**INFORMACIÓN PARA SER ATENDIDO(A) EN EL INCMNSZ**





**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN ZUBIRÁN</b>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 24

**El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Zubirán (INCMNSZ)** es una institución pública de tercer nivel que realiza actividades de atención médica en sus áreas de investigación.

En el INCMNSZ atienden adultos con padecimientos de alta especialidad y difícil manejo en medicina interna y cirugía.

No se atienden ni niños de edad pediátrica con problemas de obstetricia y ginecología, traumatología o cuando para la atención de su padecimiento, o no padecieran otro padecimiento especializado.

Para determinar si una persona puede beneficiarse de su atención en el INCMNSZ deberá ser valorada en el Servicio de Preconsulta.

La valoración médica en el Servicio de Preconsulta no obliga al INCMNSZ a admitirlo como paciente a su padecimiento ni a proporcionar el tercer nivel de atención en las áreas de especialización del INCMNSZ.

La preconsulta y los estudios auxiliares que se requieran no tendrán costo para la persona sin seguridad social. Al momento de su llegada al Servicio de Preconsulta deberá mencionar si tiene o no seguridad social y adjuntar el comprobante respectivo al llenado de un formato específico.

**¿Qué se requiere para obtener una cita a valoración en el Servicio de Preconsulta?**

1. Para que el paciente una cita a valoración médica en el Servicio de Preconsulta no requiere indagar sobre qué persona contribuyente o familia responsable presente un documento de referencia de una institución de salud o un resumen clínico elaborado por personal médico que especifique la razón para la atención médica especializada de tercer nivel y que incluya los datos generales del solicitante y de quien lo refiere.

2. Es necesario que se proporcione la forma de acercamiento de la persona y un número telefónico de contacto.

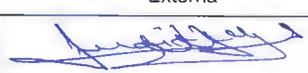
**Algunas observaciones importantes:**

1. El envío ante la solicitud de cita a valoración médica puede ser de varias semanas. Por lo tanto, si su problema de salud requiere atención inmediata o urgente, mejor que acudir a otro servicio médico.
2. Deberá presentarse a su cita puntualmente en fecha y hora señaladas, acompañado por una sola persona con una identificación y con el documento de referencia con que solicitó su cita.
3. La valoración médica en el Servicio de Preconsulta puede requerir la participación de médicos especialistas, médicos residentes y otros profesionales de la salud, algunos en acompañamiento con personal del INCMNSZ de acuerdo a la programación de su especialidad. Esta valoración puede ser un interrogatorio, exploración física o un examen instrumental de laboratorio, entre otros, proporcionados por la persona solicitante.

4. De conformidad necesaria, el médico a cargo de la valoración podrá solicitar estudios de diagnóstico complementarios, únicamente para no repetir procedimientos respecto de su padecimiento. INCMNSZ es el lugar donde se otorgará una cita a valoración con la finalidad de enviar los resultados de dichos estudios.
5. Si después de la valoración integral se concluye que su problema de salud no corresponde al tipo de padecimientos que atiende el INCMNSZ, el médico podrá referirlo a otra institución de salud.
6. Si como resultado de la evaluación su problema corresponde al tipo y complejidad de los padecimientos que se atienden en el INCMNSZ, se emitirá un folio de referencia a un especialista clínico.
7. En caso de que su enfermedad requiera ser tratada en los servicios de hospitalización el médico que lo referirá hará el trámite correspondiente.
8. Tenga un paciente que le dirá administrado en el INCMNSZ, una vez que el problema de salud de quien lo refiere al cual fue aceptado para el diagnóstico y tratamiento, su atención en el INCMNSZ será dada de baja y se le entregará un resumen clínico.
9. Si el paciente atendido o su familia en el Departamento de Atención Institucional Continúa y Urgencias no garantiza que se lo aceptará como paciente para continuar la atención en el INCMNSZ, el paciente deberá obtener una cita de referencia en el Servicio de Preconsulta.





CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 24

**ANEXO 2: LISTADO DE DIAGNÓSTICOS DE ACEPTACIÓN EN PRECONSULTA POR ESPECIALIDAD**

LISTADO DE DIAGNÓSTICOS DE ACEPTACION EN PRECONSULTA POR ESPECIALIDAD	
DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA	
CIRUGIA VASCULAR	
CIRUGIA HEPATOBILIAR Y PANCREAS	
CIRUGIA DE TRASPLANTES	
NEFROLOGIA	
CIRUGIA DE TORAX	
CIRUGIA DE ESOFAGO	
CIRUGIA DE COLON Y RECTO	
CIRUGIA GENERAL	
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA	
DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA	

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

<b>SALUD</b> 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: <b>02</b>
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		HOJA: <b>16</b> DE: <b>24</b>

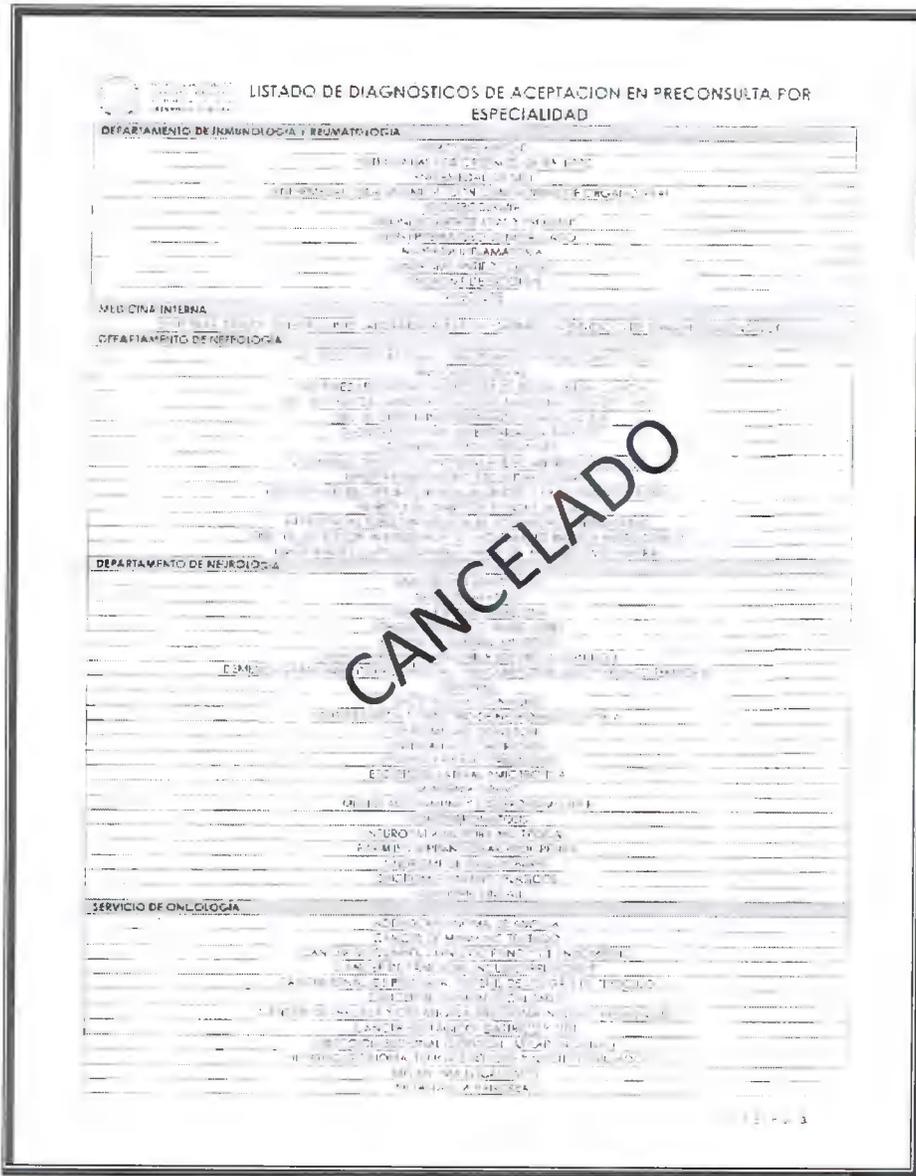

**LISTADO DE DIAGNÓSTICOS DE ACEPTACIÓN EN PRECONSULTA POR ESPECIALIDAD**

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA  
 DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA  
 DEPARTAMENTO DE GERIÁTRICA  
 DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGÍA  
 DEPARTAMENTO DE INFECCIOLOGÍA

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 24



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 24



**LISTADO DE DIAGNÓSTICOS DE ACEPTACIÓN EN PRECONSULTA POR ESPECIALIDAD**

SE DEBE DE CANCELAR CUALQUIER TIPO DE TIPOLOGÍA DE PRECONSULTA QUE NO SE HAYA REALIZADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

SE DEBE DE CANCELAR CUALQUIER TIPO DE TIPOLOGÍA DE PRECONSULTA QUE NO SE HAYA REALIZADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

SE DEBE DE CANCELAR CUALQUIER TIPO DE TIPOLOGÍA DE PRECONSULTA QUE NO SE HAYA REALIZADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

SE DEBE DE CANCELAR CUALQUIER TIPO DE TIPOLOGÍA DE PRECONSULTA QUE NO SE HAYA REALIZADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

SE DEBE DE CANCELAR CUALQUIER TIPO DE TIPOLOGÍA DE PRECONSULTA QUE NO SE HAYA REALIZADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

SE DEBE DE CANCELAR CUALQUIER TIPO DE TIPOLOGÍA DE PRECONSULTA QUE NO SE HAYA REALIZADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

CANCELADO

PAG. 14 DE 14

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 24

**ANEXO 3: SOLICITUD DE INTERNACIÓN**

**SOLO OFICINA DE ADMISIÓN:**  
 Quimioterapia Completa Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Procedimiento: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_ Hora de Llegada: \_\_\_\_\_



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
**SOLICITUD DE INTERNACIÓN**

**INCMNSZ** Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_  
 Grado de apremio:  Urgente  Electivo  Programado

**DATOS DEL PACIENTE** (Apellido paterno, materno y nombres):  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

**PROCEDENCIA DEL PACIENTE:**

Urgencias Semi-críticas	icama	1	Urg. Observación 1	icamilla	1	Urg. Observación 2	icamilla
Urgencias Consultoria			Terapia Intensiva	icama	1	Terapia Monitorizada	icama
Estancia Corta	icama	1	Unidad Metabólica	icama	1	Consulta Externa/Pre-consulta	
Hospitalización	icama	1	Dirección General				
Otro hospital							

**SECTOR SOLICITADO:**

Sector 1 Medicina Interna	Sector 2 Gastroenterología	Sector 3 Medicina Interna
Sector 4 Medicina Interna Asistidos	Sector 5 Cirugía	Sector 6 Reumatología
Sector 7 Cardiopneumología	Sector 8 Endocrinología	Sector 9 Infectología-Asistidos
Sector 10 Nefrología	Sector 11 Hematología	Sector 11 Hematología-Asistidos
Sector 12 Privadas	Sector 13 Privados y Surtes	Sector 14 Surtes
Estancia Corta	Unidad Metabólica	Traslado Intrahospitalario

**MOTIVO DE INGRESO** \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL AL QUE SE LE NOTIFICARÁ LA RESOLUCIÓN**  
 Nombre: \_\_\_\_\_ Patentes: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Telefonos: \_\_\_\_\_ Horas de traslado: \_\_\_\_\_

**ESTANCIA CORTA**  
 Fecha programada de internación: \_\_\_\_\_ Días programados: \_\_\_\_\_ Grado de Cirugía: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE** (Únicamente médicos especialistas o residentes de especialidad)  
 Médico solicitante: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN MÉDICA**

Cama: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Traslado de cama: \_\_\_\_\_ sector: \_\_\_\_\_ icama: \_\_\_\_\_ sector: \_\_\_\_\_  
 Clasificación Socioeconómica: \_\_\_\_\_ Conserva Clasificación: \_\_\_\_\_ Trabajadora Social: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Internación: \_\_\_\_\_ Firma de Trabajadora Social: \_\_\_\_\_

Firma de Autorización de Dirección Médica \_\_\_\_\_

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		HOJA: 20 DE: 24

**ANEXO 4: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

		Vialidad de Quilón No. 15 Colonia Bojiario Quintanar Sección XVI Delegación Tlalpan México D.F. 14260 Tel: (52) 54-8740-00 ext 5021, 5022, 5023, 5040 www.incmaz.mx		 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ EXP _____ Paciente _____ Teléfono _____	
<b>CITAS AGENDADAS</b>					
Numero	Fecha Dia/Mes/Año	Hora Hr:Min	Agenda	Precio	Ubicación
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita</p> <p>Indicaciones:</p> <p style="font-size: 48px; opacity: 0.5; transform: rotate(-30deg); position: absolute; top: 50%; left: 50%;">CANCELADO</p>					
Página 1/1		Impreso		25-ene-17	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 24

**ANEXO 5: NOTA DE ACEPTACIÓN**

 <p><b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN</b> SALVADOR ZUBIRÁN Licencia Sanitaria N.º 15 AM 26 517 5000</p> <p>Vasco de Quiroga No. 15 Colonia Belisario Domínguez Barrio XVI Delegación Tlalcahuacán, México, D.F. 140800 Tel.: (55) 56-40-15-70 ext. 6101, 6122, 6123, 6140</p>	 <p>Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha Nacimiento: _____ C.P.: _____ CURP: _____ Especialidad: _____ Trámite: _____ Comunicación: _____ Fecha de inscripción de la nota: _____</p>
<b>Nota de aceptación</b>	
<b>Diagnósticos:</b>	
<b>CANCELADO</b>	

NADSP: \_\_\_\_\_      Licencia: \_\_\_\_\_      Fecha de inscripción de la nota: \_\_\_\_\_  
 Página: 1/1      Fideicomiso: \_\_\_\_\_

<b>CONTROL DE EMISIÓN</b>			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 24

 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN Licencia de Funcionamiento No. 15 AM/0312/0000 Calle de Quetzal No. 15 Colonia Reforma, Delegación Cuernavaca, CDMX Delegación Tlalpam Manlio, D.F. 14000 Tel: (52) 54 47-29-05 ext 5001, 5022, 5023, 5040		 Nombre: _____ Edad: _____ EXP: _____ CURP: _____ Sexo: MUJER Espousa: _____ Titular: _____ Comunicación: SI Fecha de elaboración de la nota: _____
<b>NOTA:</b>	<b>Nota de aceptación</b>	
Admitido en la especialidad		
Especialidad		
Permanencia del paciente		
Permanencia del paciente preestudiado: <input checked="" type="checkbox"/>		
Vigencia (Meses): _____		
Médico (primera firma)		
Nombre, cargo y Firma de Médico		
CANCELADO		
NADDF Región 2 y 3	Lugar: Cédula	Fecha de impresión de la nota

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 24

**ANEXO 6: INSTRUCTIVO PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A HISTORIA CLÍNICA EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**

**INSTRUCTIVO PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ A HISTORIA CLÍNICA EN EL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

La Historia Clínica es un estudio médico *muy fundamental*. A través de ella se pueden identificar causas de los problemas de salud, cuáles pueden ser sus explicaciones y establecer un Plan de diagnóstico y tratamiento.

Debido a su importancia, hemos elaborado el presente instructivo.

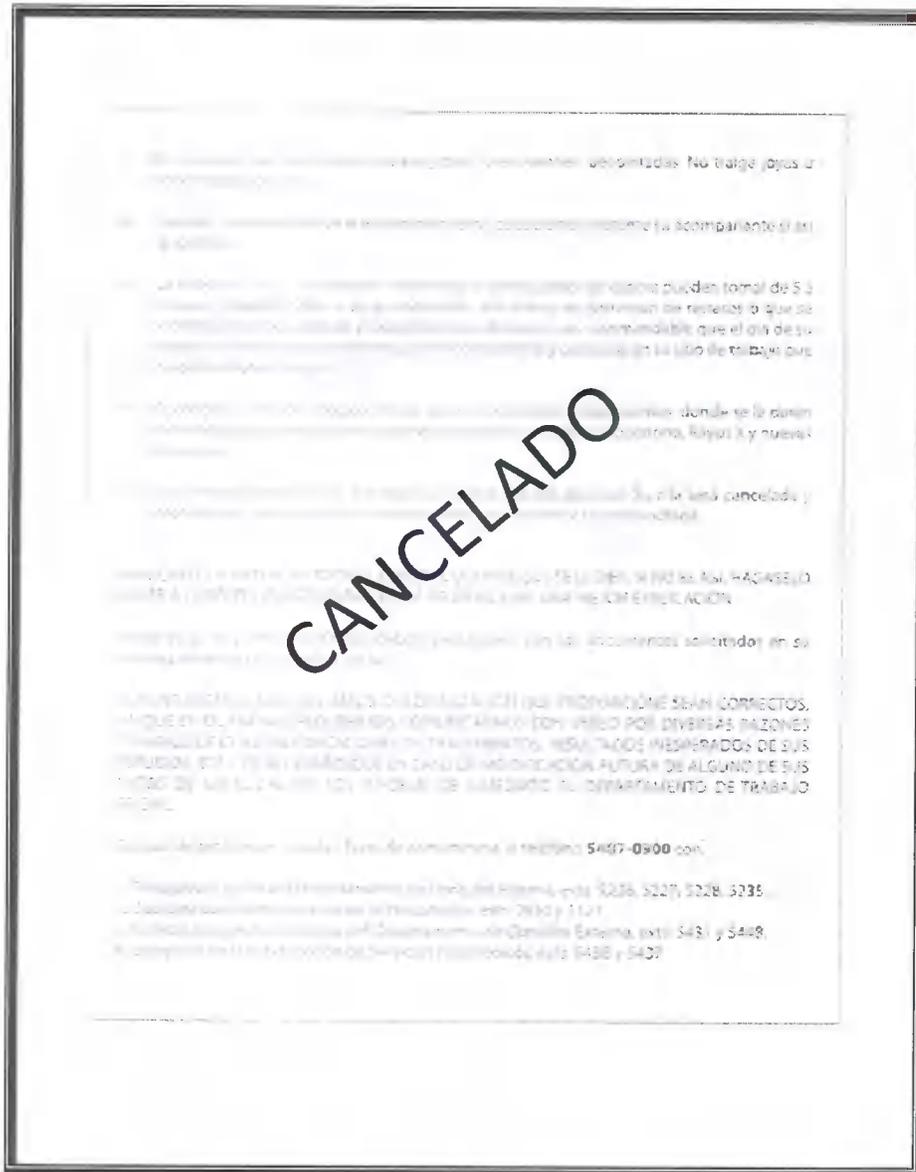
**INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

1. La Historia Clínica se llevará a cabo en el consultorio de la Unidad del Paciente Ambulatorio (UPA) ubicada en la planta 2 del IMZ.
2. No se presenten en ayunas. En la mayoría de los casos, los exámenes de laboratorio se programan para una fecha posterior. Sin embargo, se considera importante que la comida que se consume sea ligera.
3. Si toma algún medicamento, debe tomar la dosis que tiene prescrita.
4. Para facilitar la toma de la historia clínica, procure darle previamente al médico los siguientes datos:
  - a. Motivos principales que lo llevaron al Instituto.
  - b. Cuánto tiempo tiene de que comenzó esta molestia.
  - c. Qué molestias se han venido agregando con el tiempo.
  - d. Qué exámenes le han hecho y cuál ha sido el resultado, si los tiene. **TRAIGALOS.**
  - e. Qué tratamientos le han dado y cuál ha sido el resultado. **TRAIGA LAS RECETAS O LOS MEDICAMENTOS QUE TOGA.**
5. Además se le harán varias preguntas de carácter personal, pudiendo Usted ayudar mucho sus datos en respuestas rápidas si ya ha pensado en estas preguntas:
  - a. Enfermedades de sus padres, hermanos, abuelos.
  - b. Costumbres de Usted (Dietas, beber, etc.).
  - c. Estado de sus hábitos.
  - d. Características de su alimentación.
  - e. Enfermedades importantes que le hayan dado.
  - f. Operaciones que le han hecho.
  - g. Alergias o intolerancias.
  - h. Partos, mujeres: edad de su vida, amonstración, embarazos.
6. Como parte del estudio, se realizará una exploración física completa, incluyendo una exploración ocular y oído, por lo que se pide que se cambie completamente de ropa por un cambio sencillo que se deje en el Instituto.

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>1. Procedimiento para Realizar la Evaluación Médica por Preconsulta a Personas Beneficiarias Interesadas en Atenderse en el Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 24



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 32

## 2. PROCEDIMIENTO PARA ELABORAR HISTORIAS CLÍNICAS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 32

## 1.0 PROPÓSITO

Elaborar la historia clínica que contenga la información necesaria para establecer diagnósticos que permitan otorgar una atención médica integral.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica a los Departamentos de Consulta Externa en elaborar las historias clínicas, Estadística y Archivo Clínico en la integración de la información en el expediente clínico físico, Trabajo Social y Admisión de Enfermos en asignar el nivel socioeconómico de las personas beneficiarias y Especialidades Médicas en realizar la valoración médica de las personas beneficiarias.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a las personas beneficiarias y personas responsables.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

- Las servidoras y los servidores públicos del Instituto que integran el Departamento son responsables de cumplir con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente que correspondan a sus actividades, en este procedimiento.
- La Médica o el Médico Especialista del Instituto es responsable de supervisar las actividades académicas y de destreza de las Médicas o los Médicos Residentes.
- La Médica o el Médico Residente es responsable de realizar las historias clínicas a las personas beneficiarias de lunes a viernes en el horario correspondiente de 8:00 a 13:00 h de lunes a viernes.
- La Trabajadora Social Operativa es responsable de realizar el procedimiento correspondiente a la asignación del nivel socioeconómico, número de registro institucional y clave única confidencial (**véase procedimiento uno del manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos**).
- La Médica o el Médico Residente es responsable de elaborar la historia clínica de la persona beneficiaria de acuerdo con el interrogatorio y la exploración física minuciosa.
- La Médica o el Médico Residente es responsable de ingresar los datos de la historia clínica en el sistema informático vigente de acuerdo con la normatividad vigente (NOM-004-SSA3-2012), así como de elaborar las solicitudes de exámenes de laboratorio (**Formato 1**) y/o programar los estudios de gabinete necesarios de acuerdo con lo siguiente:
  - Solicitud única de exámenes de gabinete (**Formato 2**).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 3
			<b>DE:</b> 32

- b. Solicitud de estudio de Polisomnografía y/o Consulta de Trastornos del Dormir (**Formato 3**).
  - c. Solicitud de Examen Anatómico-Patológico (**Formato 4**).
  - d. Banco de Sangre (**Formato 5**).
  - e. Laboratorio de Medicina Nuclear (**Formato 6**).
  - f. Laboratorio de Neurofisiología Clínica (**Formato 7**).
  - g. Solicitud de Estudio Endoscópico (**Formato 8**).
  - h. Servicio de Neumología, Solicitud de Estudios (**Formato 9**).
7. La Médica o el Médico Especialista y la Médica o el Médico Residente, tratándose de personas beneficiarias a quienes se les realiza la historia clínica en la especialidad de medicina interna, evalúan una semana después al mismo en la consulta de revisión, con los resultados de los exámenes y/o estudios solicitados durante la historia clínica, decidiendo el tratamiento y seguimiento.
  8. La Médica o el Médico Especialista y Médica o Médico Residente, tratándose de personas beneficiarias a quienes se les realiza la historia clínica por otras especialidades, evalúan al mismo, en la primera consulta subsecuente de la especialidad correspondiente, con los resultados de los estudios y/o exámenes solicitados durante la historia clínica y deciden el tratamiento y seguimiento.
  9. La Recepcionista, una vez que ha concluido la realización de la historia clínica envía a la persona beneficiaria y/o persona responsable a realizar el pago correspondiente, si cuenta con derechohabencia.
  10. La Recepcionista es la encargada de orientar a la persona beneficiaria sobre la programación de los estudios o procedimientos en general, además de entregar las citas agendadas (itinerario) (**Anexo 1**).
  11. La Supervisora Administrativa de Piso es responsable de entregar la documentación de la historia clínica, a integrar en el expediente clínico, a la servidora o el servidor público del Departamento de Estadística y Archivo Clínico.

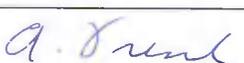
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajadora Social Operativa	1	Recibe y registra en el sistema informático vigente a la persona beneficiaria y se identifica como servidora o servidor público autorizado para la realización del estudio socioeconómico.
Trabajadora Social Operativa	2	Realiza la entrevista a la persona beneficiaria para la asignación de nivel socioeconómico, número de registro institucional y clave única confidencial ( <b>Política 4</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 32

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Trabajadora Social Operativa	3	<p>Verifica que la información proporcionada por la persona beneficiaria sea la requerida.</p> <p>¿Es la información requerida?</p> <p>No: Solicita a la persona beneficiaria presente los documentos faltantes en su próxima cita.</p> <p>Sí: Le indica a la persona beneficiaria tome asiento en la sala de espera para ser llamado por la Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio).</p>
Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio)	4	Llama y recibe a la persona beneficiaria para la elaboración de su historia clínica.
Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio)	5	<p>Verifica en el sistema informático vigente la asignación del nivel socioeconómico de la persona beneficiaria.</p> <p>¿Se asigno nivel socioeconómico?</p> <p>No: Informa a la persona beneficiaria que tiene que acudir con la Trabajadora Social Operativa.</p> <p>Sí: Indica a la persona beneficiaria a que consultorio pasar y avisa a la Médica o Médico Especialista y Médica o Médico Residente correspondiente.</p>
Médica o Médico Especialista y Médica o Médico Residente	6	Llama a la persona beneficiaria al consultorio correspondiente.
Médica o Médico Especialista y Médica o Médico Residente	7	Realiza la historia clínica de la persona beneficiaria en el sistema informático vigente ( <b>véase manual de usuario Médico</b> ) ( <b>Política 5</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Dirección de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

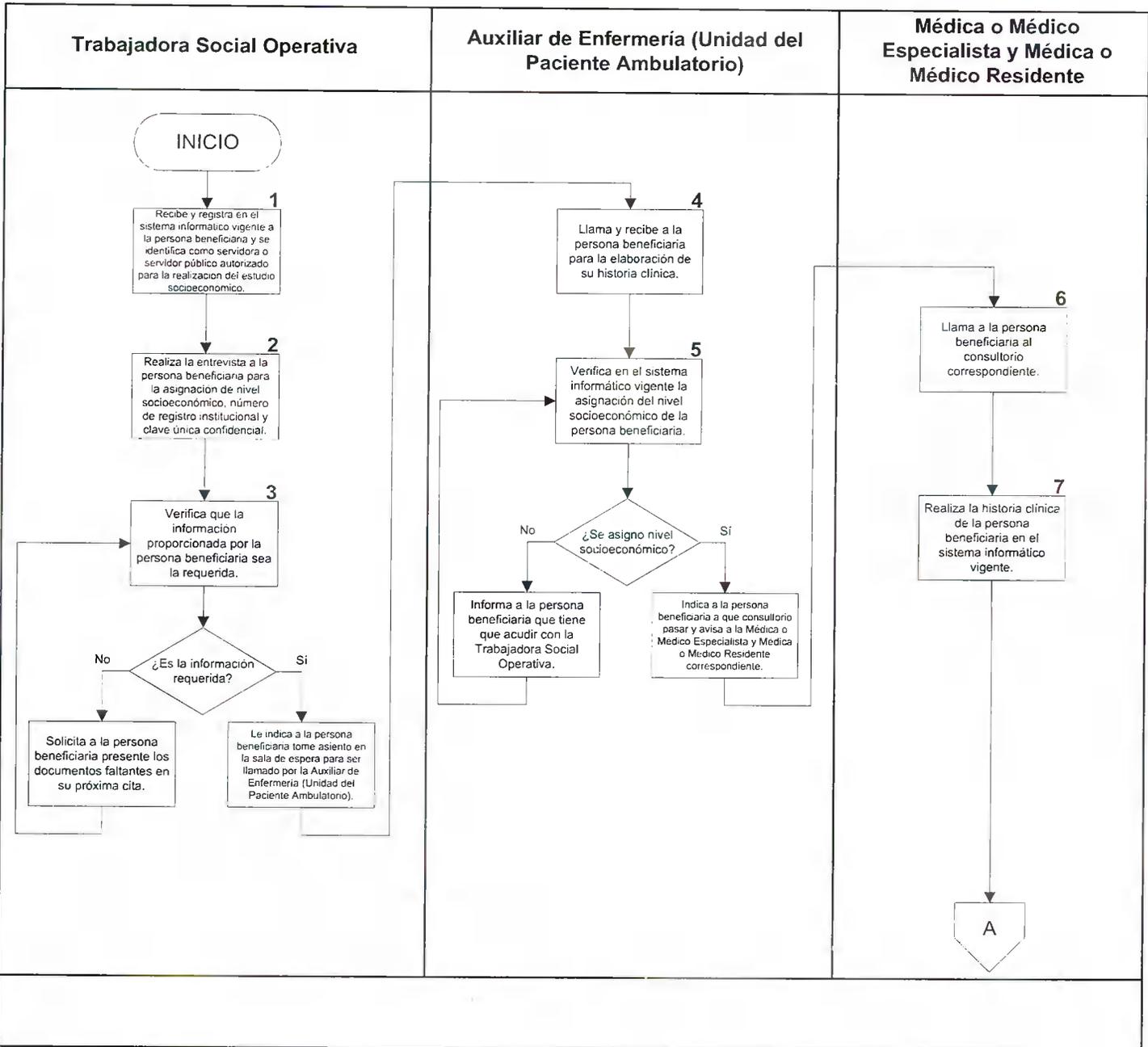
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 32

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médica o Médico Especialista y Médica o Médico Residente	8	<p>Revisa de acuerdo con la situación de salud de la persona beneficiaria, que el seguimiento sea a en consulta externa, urgencias u hospitalización.</p> <p>¿Requiere atención en urgencias?</p> <p>No: Programa exámenes de laboratorio y/o solicita estudios de gabinete para su seguimiento en consulta externa. <b>(Política 6, 7 y 8) (Pasa a la actividad 9)</b></p> <p>Si: Acompaña a la persona beneficiaria y persona responsable al Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias con la historia clínica elaborada y revisa si requiere hospitalización.</p> <p>¿Requiere hospitalización?</p> <p>No: La persona beneficiaria permanece en el área de urgencias correspondiente hasta que sea estabilizado.</p> <p>Si: Elabora la solicitud de internación y envía a la persona beneficiaria al Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos para programar su ingreso <b>(véase procedimiento 3 del manual de procedimientos del Departamento de Trabajo Social y Admisión de Enfermos)</b>.</p>
Médica o Médico Especialista y Médica o Médico Residente	9	Le indica a la persona beneficiaria que pase con la Recepcionista a programar las citas correspondientes.
Recepcionista	10	Recibe de la persona beneficiaria y/o persona responsable el comprobante de pago o de gratuidad (según sea el caso), las solicitudes de citas a consulta (s) subsecuente (s), exámenes y estudios correspondientes <b>(Política 9)</b> .
Recepcionista	11	Programa las citas <b>(véase manual de usuario PMG Consulta Externa)</b> y entrega a la persona beneficiaria y/o persona responsable las citas agendadas (itinerario) <b>(Política 10)</b> .
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

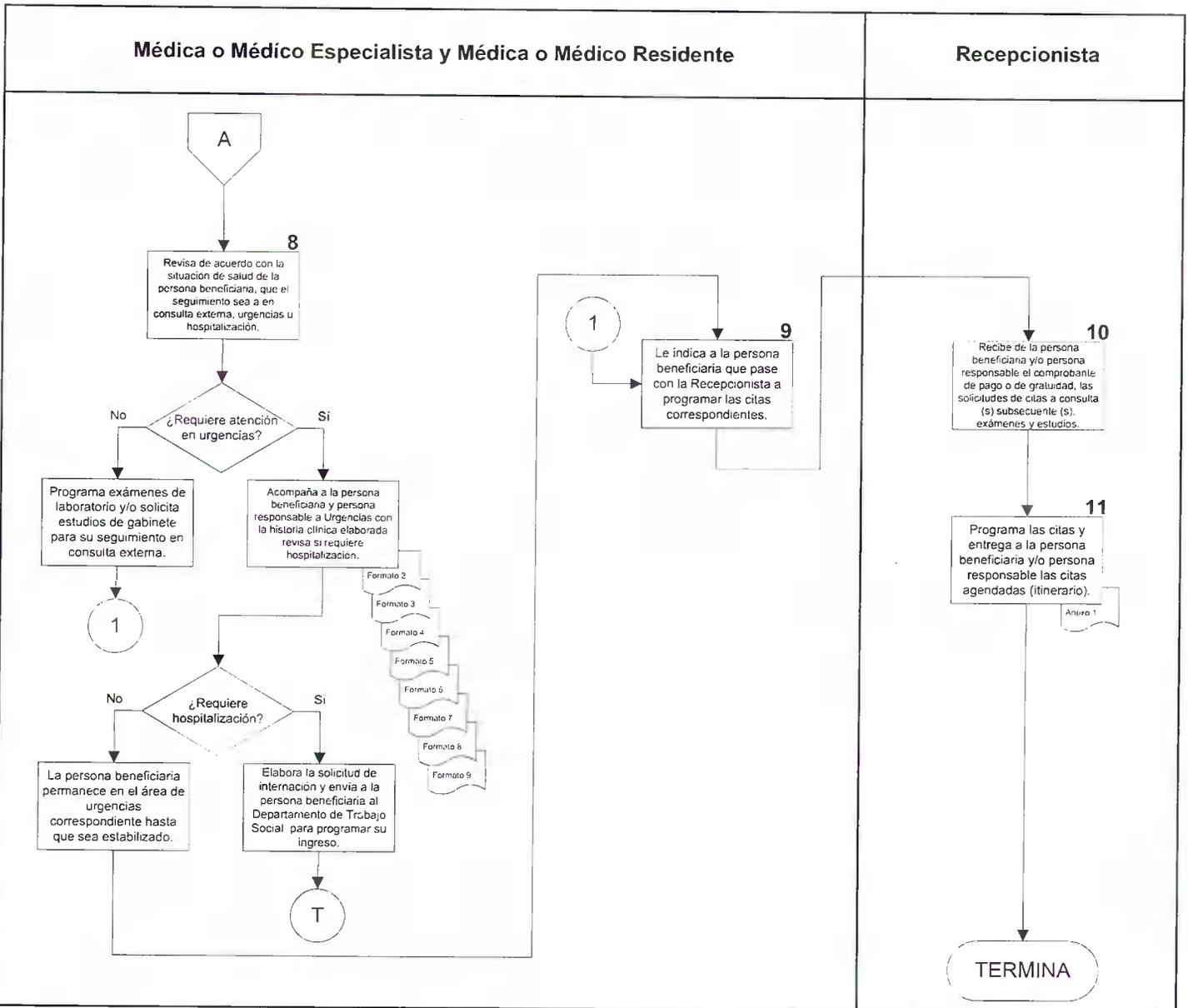


**5.0 DIAGRAMA DE FLUJO**



**CONTROL DE EMISIÓN**

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023



**Nota:**  
Para conocer cuales son los formatos del 2 al 9, consultar política 6 de este procedimiento.  
Anexo 1: Citas Agendadas (Itinerario) (solo es para consulta de la persona beneficiaria).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 32

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Solicitud de Exámenes de Laboratorio	6 años	Departamento de Laboratorio Central	4S.4
Formato 2 Solicitud Única de Estudios de Gabinete	6 años	Departamento de Cardiología	4S.4
Formato 3 Solicitud de estudio de Polisomnografía y/o Consulta de Trastornos del Dormir	6 años	Clinica del Sueño	4S.4
Formato 4 Solicitud de Examen Anatomopatológico	6 años	Departamento de Patología	4S.4
Formato 5 Banco de Sangre	10 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S.4
Formato 6 Laboratorio de Medicina Nuclear	6 años	Departamento de Medicina Nuclear Dra. Ofelia González Treviño	4S.4
Formato 7 Laboratorio de Neurofisiología Clínica	6 años	Departamento de Neurología y Psiquiatría	4S.4
Formato 8 Solicitud de Estudio Endoscópico	6 años	Departamento de Endoscopia Gastrointestinal	4S.4
Formato 9 Servicio de Neumología, Solicitud de Estudios	6 años	Servicio de Neumología	4S.4
Anexo 1 Citas Agendas (Itinerario)	No Aplica	Persona Beneficiaria	No Aplica

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Estudio de Gabinete:** Estudios que no están relacionados con el análisis de muestras biológicas del cuerpo de la persona beneficiaria, sino con imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento ciertos órganos o sistemas a través de estas.
- 7.2. Estudio Socioeconómico:** Instrumento utilizado por la Trabajadora o el Trabajador Social Operativo para conocer la situación económica de la persona beneficiaria como miembro de una familia y asignarle un nivel de clasificación con base en la cual se aplican las cuotas para el pago de los servicios en el Instituto o según sea el caso. Gratuidad en servicios de salud.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 32

**7.3. Exploración Física Minuciosa:** Revisión médica completa de todo el cuerpo (de la cabeza hasta los pies) con objetivos diagnósticos.

**7.4. Historia Clínica:** La historia clínica es un documento médico-legal que surge del contacto entre el profesional de la salud y la persona beneficiaria, donde se recoge la información necesaria para la atención integral de las personas beneficiarias.

**7.5. Itinerario de citas:** Hoja proporcionada a la persona beneficiaria en donde se encuentran registradas las citas programadas.

## 8.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	31-01-2018	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente.
02	18-09-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del INCMNSZ vigente y al Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 1: SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El o los nombre(s) y apellidos de la persona beneficiaria.
2	Registro	El Número de expediente de la persona beneficiaria.
3	Cama	En su caso el número de cama donde se encuentra la persona beneficiaria
4	Fecha	La fecha de elaboración de la solicitud
5	Médico solicitante	El nombre de la Médica o Médico que realiza la solicitud

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 32

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
6	QUIMICA CLINICA (SUERO) PATOLOGÍA HEMATOLOGÍA MARCADORES TUMORALES MEDICINA CRÍTICA (sangre total) SEROLOGÍA (Infectología) MICROBIOLOGÍA BIOLOGÍA MOLECULAR NIVELES FARMACOS ESTUDIOS EN ORINA NEFROLOGIA GENETICA HORMONAS INMUNOLOGIA VARIOS ESTUDIOS NO INCLUIDOS	Elegir el tipo de estudio a realizar
7	Cita a:	La cita a alguna especialidad
8	Médico	El nombre de la Médica o Médico que solicita la consulta
9	1ª Subs	El tipo de cita si es primera vez o subsecuente
10	Fecha:	La fecha en que se solicita la consulta médica
11	Observaciones	Si necesita alguna circunstancia especial del estudio

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 11
			<b>DE:</b> 32



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 12
			<b>DE:</b> 32

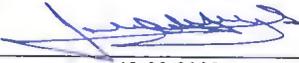


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 2: SOLICITUD ÚNICA DE EXÁMENES DE GABINETE.**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	NOMBRE:	Nombre completo de la persona beneficiaria.
2	REGISTRO:	Número de registro institucional o temporal de la persona beneficiaria.
3	SEXO:	Marcar con una X la opción correspondiente.
4	EDAD:	Edad en años de la persona beneficiaria.
5	FECHA DE NACIMIENTO: (día/mes/año)	Día, mes y año de nacimiento de la persona beneficiaria.
6	Procedencia: Hospitalización ___/ Urgencias ___/ Consulta externa ___	Marcar con una X la opción correspondiente.
7	Diagnósticos establecidos:	Diagnósticos establecidos de la persona beneficiaria.
8	Diagnóstico presuntivo (motivo de la solicitud):	Posible diagnostico identificado por el cual se solicita el examen a la persona beneficiaria.
9	Datos clínicos y paraclínicos importantes:	Datos clínicos y paraclínicos de la persona beneficiaria.
10	Electrocardiografía	Marcar con una X el examen o exámenes correspondientes del apartado de electrocardiografía.
11	Ecocardiografía	Marcar con una X el examen o exámenes correspondientes del apartado de ecocardiografía.
12	Ecocardiograma de estrés	Marcar con una X el examen o exámenes correspondientes del apartado de ecocardiograma de estrés.
13	Otros	Marcar con una X el examen o exámenes correspondientes del apartado de otros.
14	Médico solicitante	Nombre y firma de la Médica o el Médico solicitante.
15	Cardiólogo que autoriza	Nombre y firma de la Médica o Médico que autoriza.
16	Fecha de solicitud (día/mes/año):	Día, mes y año de elaboración de la solicitud.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 14
			<b>DE:</b> 32



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
Departamento de Cardiología

**SOLICITUD ÚNICA DE EXÁMENES DE GABINETE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **REGISTRO:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** masculino  femenino

**EDAD:** \_\_\_\_\_ años

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**PROCEDENCIA:**  
Hospitalización  Urgencias  Consulta externa

Diagnósticos establecidos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico presuntivo (motivo de solicitud): \_\_\_\_\_

Datos clínicos y paraclinicos importantes: \_\_\_\_\_

CLAVE	ESTUDIO
<b>ELECTROCARDIOGRAFÍA</b>	
1050	Electrocardiograma de 12 derivaciones
1070	Electrocardiograma de 12 derivaciones ***
1080	Electrocardiograma de 12 derivaciones **
<b>ECOCARDIOGRAFÍA</b>	
1090	Ecocardiograma de 2 vistas
1095	Ecocardiograma de 2 vistas **
<b>ECOCARDIOGRAMA DE ESTRES</b>	
1100	Ecocardiograma de estrés farmacológico de 2 vistas **
1105	Ecocardiograma de estrés farmacológico de 2 vistas ***
1110	Ecocardiograma de estrés farmacológico de 2 vistas ****
<b>OTROS</b>	
1120	Ecocardiograma de estrés farmacológico de 2 vistas ****

Medico solicitante: \_\_\_\_\_      Cardiólogo que autoriza: \_\_\_\_\_  
 Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 15
			<b>DE:</b> 32

**FORMATO 3: SOLICITUD DE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFÍA Y/O CONSULTA DE TRASTORNOS DEL DORMIR**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	Nombre completo de la persona beneficiaria.
2	Edad:	Edad en años cumplidos de la persona beneficiaria.
3	Registro:	Número de registro de la persona beneficiaria.
4	Peso:	Peso en kilogramos de la persona beneficiaria.
5	Estatura:	Estatura de la persona beneficiaria.
6	C. Externa:	Si la persona beneficiaria es referida del Departamento de Consulta Externa.
7	Hospitalización Cama:	Número de cama donde se encuentra hospitalizada la persona beneficiaria.
8	Solicitó el estudio:	Nombre completo de la Médica o el Médico que solicita el estudio.
9	Especialidad:	Tipo de especialidad.
10	Fecha:	Día, mes y año en que se solicita el estudio.
11	Clave – Tipo de estudio	Marcar la clave y tipo de estudio a realizar.
12	Diagnóstico (s) Establecido (s):	Diagnósticos encontrados.
13	Medicamentos:	Tipo de medicamentos utilizados.
14	Diagnóstico probable:	Descripción del probable diagnóstico.
15	Principales signos y síntomas:	Descripción de los principales signos y síntomas encontrados en la persona beneficiaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 16
			<b>DE:</b> 32



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**  
Clínica de Trastornos del Dormir  
Depto. de Neurología y Psiquiatría  
Facultad Hospitalaria del IMSS, Tel. 54879000 ext. 2000

**Solicitud de Estudio de Polisomnografía y/o  
Consulta de Trastornos del Dormir**

Nombre: _____	Edad: _____	Sexo: _____	Registro: _____
Cédula: _____	C. Externa: _____	Exclusión: _____	Como: _____
Profesión: _____	Exclusión: _____	Exclusión: _____	Fecha: _____

CLAVE	EPS/ESTUDIO
110710	Polisomnografía de Diagnóstico
110711	Polisomnografía de Diagnóstico
110712	Polisomnografía de Diagnóstico
<input type="checkbox"/>	Polisomnografía de Diagnóstico
<input type="checkbox"/>	Polisomnografía de Diagnóstico
110713	Polisomnografía de Diagnóstico
110714	Polisomnografía de Diagnóstico
110715	Polisomnografía de Diagnóstico

**CANCELADO**

Diagnóstico: _____	12
Exclusión: _____	13
Diagnóstico: _____	14
Exclusión: _____	15

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 4: SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLÓGICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre completo de la persona beneficiaria:	El nombre (s) y apellido (s) de la persona beneficiaria.
2	Fecha de nacimiento:	Día, mes y año de nacimiento de la persona beneficiaria.
3	Edad	La edad de la persona beneficiaria.
4	Sexo	El género de la persona beneficiaria (masculino o femenino)
5	Reg. No.	El número de registro de la persona beneficiaria.
6	Cama	El número de cama asignado a la persona beneficiaria en caso de estar hospitalizada.
7	C. Externa	Marcar si es persona beneficiaria de consulta externa
8	Pieza operatoria	La descripción de la muestra biológica que está tomando
9	Biopsia directa, coagulo, liquido. para examen citológico	Elegir la opción que corresponda al tipo de muestra biológica que está tomando
10	De:	La parte del cuerpo donde se está tomando la muestra biológica.
11	Datos anatómicos	La descripción breve de la muestra biológica, así como de su ubicación y otros datos que la Médica o el Médico considere pertinentes para hacer la diferenciación de la misma.
12	Biopsias anteriores	Elegir si la persona beneficiaria cuenta con muestras biológicas anteriores o no.
13	Diagnostico anatomopatológico anterior	En caso de existir muestras biológicas anteriores indicara el diagnostico de las mismas.
14	Datos clínicos	Los datos clínicos que originan la toma de las muestras biológicas.
15	Diagnóstico clínico	El diagnóstico de la persona beneficiaria por el cual están tomando las muestras biológicas correspondientes
16	Interesa especialmente	Las indicaciones especiales para el tratamiento de la muestra biológica en el área patológica.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 18
			<b>DE:</b> 32

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
17	Solicita	Nombre completo de la Médica o Médico que tomo la muestra biológica.
18	Fecha	Día, mes y año en el que está tomando la muestra biológica.



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico  
Departamento de Patología  
SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

Nombre completo de la persona beneficiaria: \_\_\_\_\_ 1

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 2      Edad: \_\_\_\_\_ 3      Sexo: \_\_\_\_\_ 4

Reg. No.: \_\_\_\_\_ 5      Cédula: \_\_\_\_\_ 6      C. Seguro: \_\_\_\_\_ 7

Piñta operatória: \_\_\_\_\_ 8

Biopsia directa ( ) / Código: ( ) / Líquido para examen citológico: \_\_\_\_\_ 10

9

**DATOS ANATOMICOS** (localización, aspecto macroscópico, número de cortes, etc.): \_\_\_\_\_ 11

Biopsias anteriores: 12      Si ( ) / No ( ) \_\_\_\_\_ 13

Diagnóstico anatomopatológico anterior: \_\_\_\_\_ 13

Curso clínico: \_\_\_\_\_ 14

Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_ 15      Motivo específico: \_\_\_\_\_ 16

17      18

Solicitante      Fecha

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 5: BANCO DE SANGRE**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los nombre(s) y apellidos de la persona beneficiaria.
2	Exp.	El número de expediente de la persona beneficiaria.
3	Cama	El número de cama en caso de que la persona beneficiaria se encuentre hospitalizado.
4	Diagnóstico	La enfermedad identificada en la persona beneficiaria.
5	Hb.	El valor de la hemoglobina.
6	Ht.	El valor del hematocrito.
7	Transferencias previas	Elegir si tiene o no transferencias previas.
8	Fecha de última transfusión	Día, mes y año de la última transfusión.
9	Reacciones postransf.	Elegir si tiene o no reacciones postransf.
10	Tipo de reacción	El tipo de reacción.
11	Embarazos	En su caso elegir si ha tenido embarazos.
12	Producto con enfermedad hemolítica	Elegir si es producto con enfermedad hemolítica.
13	Sangre total	La cantidad de sangre total que comprende la muestra.
14	Sangre fresca	La cantidad de sangre fresca que comprende la muestra.
15	Glóbulos rojos	La cantidad de glóbulos rojos que comprende la muestra.
16	Plasma	La cantidad de plasma que comprende la muestra.
17	Concentrado de plaquetas	Las unidades de plaquetas que tiene el concentrado.
18	Factor VIII	Las unidades de Factor VIII que tiene la muestra.
19	Urgente, ordinaria, guardia	Elegir según sea el caso.
20	SE OPERA EL	Día, mes y año que se realiza la cirugía de la persona beneficiaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 32

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>SE ANOTARÁ</b>
21	Hrs.	Hora y minutos en que se realiza la cirugía.
22	Solicitada por:	El nombre de la Médica o Médico que solicita la sangre.
23	Fecha	Día, mes y año en la que se solicita.
24	Hora	Hora y minutos en la que se solicita.



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**  
**SALVADOR ZUBIRÁN**

**Banco de Sangre**  
Calle de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI  
Tel. 54 87 39 00 ext. 2940

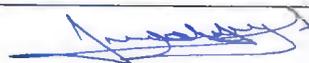
1. Motivo	2. Cama	3. Ht.
4. Diafónico	5. Ht.	6. Ht.
7. Transferencias previas: Si ( ) No ( )	8. Fecha última de transfusión	9. Tipo de reacción
10. Reacciones posttransf. Si ( ) No ( )	11. Embarazos: Si ( ) No ( )	12. Producción con enfermedad hemolítica: Si ( ) No ( )
13. Sangre total (ml)	14. Sangre fresca (ml)	15. Glóbulos rojos (ml)
16. Plasma (ml)	17. Concentración de plaquetas	18. U. Factor VII: (U)
19. URGENTE ( ) ORDINARIO ( )	20. SE OPERA EL	21. Hrs.

CANCELADO

DONADORES	GPO. SANG.	RECIBIDA POR:
-----------	------------	---------------

Solicitada por:	22	Fecha:	23	Hora:	24
Solicitada recibida por:		Fecha:		Hora:	

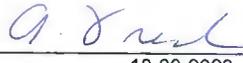
2007-5600

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 6: LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	El o los nombre(s) y apellidos de la persona beneficiaria.
2	Expediente	El número de expediente.
3	Cama:	El número de cama en caso de que la persona beneficiaria se encuentre hospitalizado.
4	Edad:	La edad de la persona beneficiaria
5	Diagnóstico	La enfermedad identificada en la persona beneficiaria.
6	Clasific:	El nivel socioeconómico de la persona beneficiaria.
7	Sexo:	El género de la persona beneficiaria.
8	TIROIDES, GAMMAGRAFÍA	Elegir el tipo de estudio a realizar.
9	OBSERVACIONES FECHA	Alguna especificación que la Médica o el Médico requiera del estudio
10	SOLICITO EL EXAMEN DR:	El nombre completo de la Médica o Médico que realiza la solicitud.
11	FECHA	Día, mes y año en que se solicita el estudio.
12	FECHA	Día, mes y año en que se realiza el estudio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		HOJA: 22 DE: 32

  
**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR**  
**LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR**

Nombre: _____	Examen: _____	Cénc: _____	Edad: _____
Diagnóstico: _____	Clasificación: _____	Sexo: _____	_____

**INDICACIONES**

Exámenes de Yodo

Exámenes con Tc

Tratamiento con  $^{131}\text{I}$  de 1 a 30 mCi

Tratamiento con  $^{131}\text{I}$  de 31 a 50 mCi

Tratamiento con  $^{131}\text{I}$  de 51 a 100 mCi

Tratamiento con  $^{131}\text{I}$  de 101 a 150 mCi

**CONTRAINDICACIONES**

Embarazo

Lactancia

Recepto de Olanastrol (tratamiento de cáncer de próstata)

Recepto de casio y metformina con tratamiento con  $^{131}\text{I}$  (casio)

Diabetes insulínica

Distrofia muscular

Distrofia miotónica

Pulmonía

Nigantía

Mieloma

Hematocitosis

Lesiones hepáticas

Intento de embarazo reciente

Cirrosis

Vasculopatía periférica

Hacia  $^{131}\text{I}$

Creatinina > 3.0

Diabetes

Hiperkalemia

**EXAMENES:**

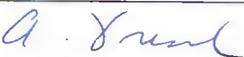
Mieloma

Neoplasia de Vía Urinaria

Sangrado (Hemo. Digestivo)  $^{131}\text{I}$

DTPL

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 7: LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre del Paciente:	El o los nombre(s) y apellidos de la persona beneficiaria
2	Registro:	El número de expediente de la persona beneficiaria
3	C. Ext:	Identificar si el estudio es solicitado a través de la consulta externa
4	Hospitalización cama:	El número de cama donde se encuentra hospitalizada la persona beneficiaria
5	Edad:	La edad de la persona beneficiaria en años cumplidos
6	Fecha:	Día, mes y año de solicitud de estudio
7	Nombre Médico:	El nombre completo de la Médica o Médico solicitante del estudio
8	Especialidad:	La especialidad donde se atiende la persona beneficiaria
9	ELECTROENCEFALOGRAMA ELECTROENCEFALOGRAMA Y MAPEO	Elegir el tipo de estudio
10	Diagnósticos	La enfermedad o enfermedades identificada(s) en la persona beneficiaria
11	Tipo Clínico de crisis	Las características clínicas de las crisis convulsivas
12	Medicamentos	El nombre de los medicamentos que la persona beneficiaria utiliza
13	Fecha última crisis	Día, mes y año en la que convulsiono por última vez
14	EEG Anterior	Día, mes y año del electroencefalograma anterior
15	VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA	Elegir el tiempo para el video electroencefalograma
16	Diagnósticos:	La enfermedad o enfermedades identificada(s) en la persona beneficiaria
17	Tipo clínico de crisis	Las características clínicas de las crisis convulsivas
18	Medicamentos	El nombre de los medicamentos que la persona beneficiaria utiliza

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 24
			<b>DE:</b> 32

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
19	Fecha última crisis	Día, mes y año en la que convulsiono por última vez
20	EEG anterior	Día, mes y año del electroencefalograma anterior
21	VELOCIDADES DE CONDUCCIÓN NERVIOSA	Anotar el diagnóstico y elegir si son miembros superiores, inferiores o 4 extremidades
22	ELECTROMIOGRAFÍA	Anotar el diagnóstico y elegir si son miembros superiores, inferiores o 4 extremidades
23	POTENCIALES EVOCADOS	Diagnóstico y elegir si son miembros superiores, inferiores o 4 extremidades.
24	PRUEBA DE ELECTROESTIMULACION REPETITIVA (JOLLY)	Anotar el diagnóstico.
25	RESPUESTA SIMPATICA DE LA PIEL Y VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA	Anotar el diagnóstico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Freñk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 25
			<b>DE:</b> 32

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN  
LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Hospitalización: \_\_\_\_\_  
 No. de Cama: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

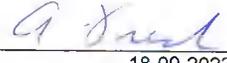
Tipo de Examen:  ELECTROENCEFALOGRAMA Y MAPEO  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Duración del Examen:  15 HORAS  4 HORAS  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

CANCELADO

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asistente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Técnico: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Operador: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asistente de Laboratorio: \_\_\_\_\_

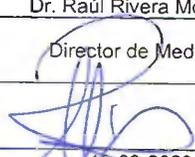
LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 8: SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	El o los nombre(s) y apellidos de la persona beneficiaria.
2	Registro:	El número del expediente de la persona beneficiaria.
3	Edad:	La edad de la persona beneficiaria en años cumplidos.
4	Hospital de Referencia	El nombre de la institución de salud que refiere a la persona beneficiaria para el estudio.
5	Sexo	Elegir si masculino o femenino.
6	Fecha de Solicitud:	Día, mes y año en que se realiza la solicitud.
7	Diagnóstico Clínico	La enfermedad o enfermedades identificada(s) en la persona beneficiaria.
8	Urgente o Electiva	Elegir si es urgente o electiva.
9	Panendoscopia, Colonoscopia Colangiopancreatografía Ecoendoscopia	Elegir el tipo de estudio a realizar.
10	Teléfono	El número de teléfono de la persona beneficiaria
11	Autorizó	El nombre de la persona que autoriza el estudio
12	el día	El día que se realiza el estudio.
13	de	El mes que se realiza el estudio.
14	de	El año que se realiza el estudio.
15	A las	El horario en que lleva a cabo el estudio.
16	Solicitó el examen	El nombre de la Médica o Médico que solicita el estudio.
17	Programó:	El nombre de la persona que programa el estudio.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 27
			<b>DE:</b> 32



**DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL**  
SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO

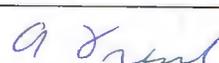
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino  Otro: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

<b>CLAVE</b>	<b>ESTUDIO</b>
<b>1</b>	<b>ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL</b>
<b>1.1</b>	<b>1.1.1</b> Endoscopia diagnóstica
<b>1.2</b>	<b>1.2.1</b> Endoscopia terapéutica
<b>1.3</b>	<b>1.3.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación
<b>1.4</b>	<b>1.4.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda
<b>1.5</b>	<b>1.5.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general
<b>1.6</b>	<b>1.6.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo
<b>1.7</b>	<b>1.7.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta
<b>1.8</b>	<b>1.8.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales
<b>1.9</b>	<b>1.9.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.10</b>	<b>1.10.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.11</b>	<b>1.11.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.12</b>	<b>1.12.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.13</b>	<b>1.13.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.14</b>	<b>1.14.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.15</b>	<b>1.15.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.16</b>	<b>1.16.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.17</b>	<b>1.17.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.18</b>	<b>1.18.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.19</b>	<b>1.19.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta
<b>1.20</b>	<b>1.20.1</b> Endoscopia terapéutica con sedación profunda y anestesia general para procedimientos de alto riesgo con uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta y monitoreo de signos vitales y uso de tecnología de punta

Fecha de emisión: \_\_\_\_\_  
 Lugar de emisión: \_\_\_\_\_

Este formulario debe ser llenado en el Centro de Consulta Externa, antes de presentarse a la hora de consulta y debe ser entregado al personal de enfermería del Centro de Consulta Externa.

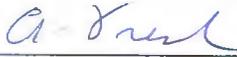
CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
<b>Nombre:</b>	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
<b>Cargo-puesto:</b>	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
<b>Firma:</b>			
<b>Fecha:</b>	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 32

**FORMATO 9: SERVICIO DE NEUMOLOGÍA, SOLICITUD DE ESTUDIOS**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre	Nombre completo de la persona beneficiaria.
2	Registro	Número de registro de la persona beneficiaria en el Instituto.
3	Cama	Numero de cama de la persona beneficiaria.
4	Diagnostico	Diagnóstico de la persona beneficiaria.
5	Estudio a realizar	Marcar con una (X) el tipo de estudio a realizar.
6	Solicitó el examen	Nombre completo de la médica o médico que solicitó el estudio.
7	Fecha	Día, mes y año de la solicitud del estudio.
8	SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	Marcar con una (X) el tipo de estudio a realizar y/o anotar la opción correspondiente.
9	ÉXAMENES DE LABORATORIO	Los resultados correspondientes a cada rubro.
10	GASOMETRÍA ARTERIAL	Los resultados correspondientes a cada rubro.
11	ESPIROMETRÍA	Los resultados correspondientes a cada rubro.
12	Nombre y firma del médico que solicita	Nombre completo y firma de la médica y médico que solicita los estudios.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 29
			<b>DE:</b> 32



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**SERVICIO DE NEUMOLOGÍA**

**SOLICITUD DE ESTUDIOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Identificación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

CANCELADO

**ADICIONES**

NO PERDA ESTA SOLICITUD (Entregarla por duplicado a cada una de las áreas correspondientes del hospital)

Nota al receptor:

- 1.- Tener los medicamentos indicados por la orden.
- 2.- NO ANULAR ordenes (por cancelación), si están en forma orden al paciente.
- 3.- Tener ordenes legibles.
- 4.- No cambiar dosis por alguna causa de urgencia de tipo.
- 5.- ANTES de usar en el paciente FAVOR DE PASAR en la casa de atención.
- 6.- Tener en cuenta los procedimientos de NEUMOLOGÍA, SEGURO HAZ DE ACCIÓN, GADISA.
- 7.- Para la GUARDIA DE EMERGENCIAS, avisar con hora precisa y dejar en caso de urgencias, avisar.

Nota programada: Responder a cancelar su estudio favor de comunicarse al teléfono 24111000.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 30
			<b>DE:</b> 32

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

Broncoscopia flexible o rígida  
 Líquido pulmonar  
 Biopsia  
 Broncoscopia flexible terapéutica  
 Cateterismo Directo  
 Tercer  
 Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Biopsia Transbronquial  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**9. EXÁMENES DE LABORATORIO:**

Hb	g/dL	Hto	%	Leucocitos	#/L
TP	seg	TTP	seg	Plaquetas	Cont./mm <sup>3</sup>

**10. GASEOMETRÍA ARTERIAL:**

FiO <sub>2</sub>	ppH	P <sub>a</sub> O <sub>2</sub>	P <sub>a</sub> CO <sub>2</sub>	SO <sub>2</sub>	%
------------------	-----	-------------------------------	--------------------------------	-----------------	---

**11. ESPIROMETRÍA:**

FVC	%	FVC <sub>1</sub>	%	FEV <sub>1</sub> /FVC	%
-----	---	------------------	---	-----------------------	---

Tipo de estudio:  Electro  Espirómetro

**INDICACIONES:**

1 - Para la realización de procedimientos invasivos se requiere de 12 horas de ayuno.  
 2 - Tomar medicamentos indicados por su médico con un mínimo de agua.

**NOTA:**

Los pacientes enfermos, al presentarse en el Área de Espera Corta (planta baja), recibirán indicaciones sobre la realización del procedimiento correspondiente.

Nombre y firma del médico que solicita

\_\_\_\_\_

10

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 31
			<b>DE:</b> 32

**ANEXOS**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1.
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>2. Procedimiento para Elaborar Historias Clínicas</b>		<b>HOJA:</b> 32
			<b>DE:</b> 32

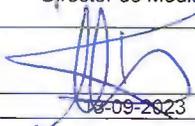
**ANEXO 1: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

	Vialto de Guirigay No. 16 Colonia Benito Juárez Sección A11 Delegación Tlalpan México, D.F. 14280 Tel: (52) 54-97-09-06 ext 5001, 5002, 5003, 5040 www.incmz.mx	 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ EXP: _____ Paciente: _____ Teléfono: _____			
<b>CITAS AGENDADAS</b>					
<b>Numero</b>	<b>Fecha Dia/Mes/Año</b>	<b>Hora Hr:Min</b>	<b>Agenda</b>	<b>Precio</b>	<b>Ubicación</b>
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita</p> <p>Indicaciones:</p>					
CANCELADO					
Página 1 de 1	Impreso	25/09/2023			

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 22

### 3. PROCEDIMIENTO PARA PROGRAMAR CITAS SUBSECUENTES, EXÁMENES DE LABORATORIO Y/O ESTUDIOS DE GABINETE

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 22

## 1.0 PROPÓSITO

Programar en el sistema informático vigente citas subsecuentes, exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete a las personas beneficiarias ambulatorias a fin de otorgar atención médica integral, manteniendo el control de las consultas.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Consulta Externa en programar citas subsecuentes, exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete de las personas beneficiarias.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a personas beneficiarias y/o personas responsables en solicitar la programación de citas subsecuentes, exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

1. Las servidoras y los servidores públicos del Instituto que integran el Departamento son responsables de cumplir con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente que correspondan a sus actividades, en este procedimiento.
2. La Médica o el Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente es el responsable de elaborar las solicitudes, cuando se requieran, a consultas subsecuentes de su especialidad, a exámenes de laboratorio (**Anexo 1**) y estudios de gabinete, así como a las interconsultas pertinentes en el sistema informático vigente de acuerdo con lo siguiente:
  - a. Solicitud única de estudios de gabinete (**Anexo 2**)
  - b. Solicitud de estudio de Polisomnografía y/o Consulta de Trastornos del Dormir (**Anexo 3**)
  - c. Solicitud de Examen Anatomopatológico (**Anexo 4**)
  - d. Banco de Sangre (**Anexo 5**)
  - e. Laboratorio de Medicina Nuclear (**Anexo 6**)
  - f. Laboratorio de Neurofisiología Clínica (**Anexo 7**)
  - g. Solicitud de Estudio Endoscópico (**Anexo 8**)
  - h. Servicio de Neumología, Solicitud de Estudios (**Anexo 9**)

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 22

3. La Recepcionista solo realizan la programación de las siguientes solicitudes, cualquier solicitud diferente, refieren a las personas beneficiarias y/o personas responsables a las unidades administrativas correspondientes:
  - a. Solicitud de exámenes de laboratorio (**Anexo 1**)
  - b. Solicitud única de estudios de gabinete (solo electrocardiograma) (**Anexo 2**)
  - c. Servicio de Neumología, Solicitud de Estudios (**Anexo 9**)
4. La Coordinadora Administrativa de Consulta Externa es responsable de programar las solicitudes de densitometría ósea (**Anexo 10**) de acuerdo con la disponibilidad.
5. La Recepcionista solicita el visto bueno de la Médica o Médico Especialista de especialidades médicas que lo requieran en la programación de citas de interconsulta.
6. La Supervisora Administrativa de Piso, una vez que se tiene el visto bueno en la especialidad correspondiente, agenda la cita y notifica vía telefónica a la persona beneficiaria, cuando se requiera.
7. La Médica o el Médico Especialista revisa en el expediente clínico si la persona beneficiaria amerita la cita de acuerdo con los criterios establecidos en la especialidad.
8. La Recepcionista verifica si la persona beneficiaria ha sido dada de alta de la especialidad en que se atiende, en cuyo caso bloquea la posibilidad de agendar nuevas citas en el sistema informático vigente.
9. La Recepcionista programa la cita en la consulta de reingreso a las personas beneficiarias que hayan recibido atención en el Instituto en un plazo menor a 18 meses.
10. La Recepcionista en caso de programar exámenes de laboratorio orienta y/o entrega a la persona beneficiaria los instructivos y/o recolectores correspondientes de acuerdo con el tipo de examen a realizar e imprime las citas agendadas (itinerario) (**Anexo 11**), en caso de que la persona beneficiaria se encuentre en lista de espera, se le entrega el formato de programación de citas (**Formato 1**).
11. La Recepcionista informa a la persona beneficiaria del mecanismo para programar la cita correspondiente para realizar los estudios de gabinete (Departamento de Radiología e Imagen Dr. Adán Pitol Croda).
12. Las Supervisoras Administrativas de Piso son responsables del resguardo de las solicitudes de exámenes de laboratorio o estudios de gabinete, en caso de que la persona beneficiaria quede en lista de espera (programación en un periodo máximo a 8 meses).
13. La Asistente es responsable de integrar y enviar los informes mensuales y anuales de las actividades que se realizan en el Departamento a las siguientes unidades administrativas:
  - a. Dirección de Planeación y Mejora de la Calidad

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 22

b. Subdirección de Servicios Paramédicos

c. Departamento de Estadística y Archivo Clínico

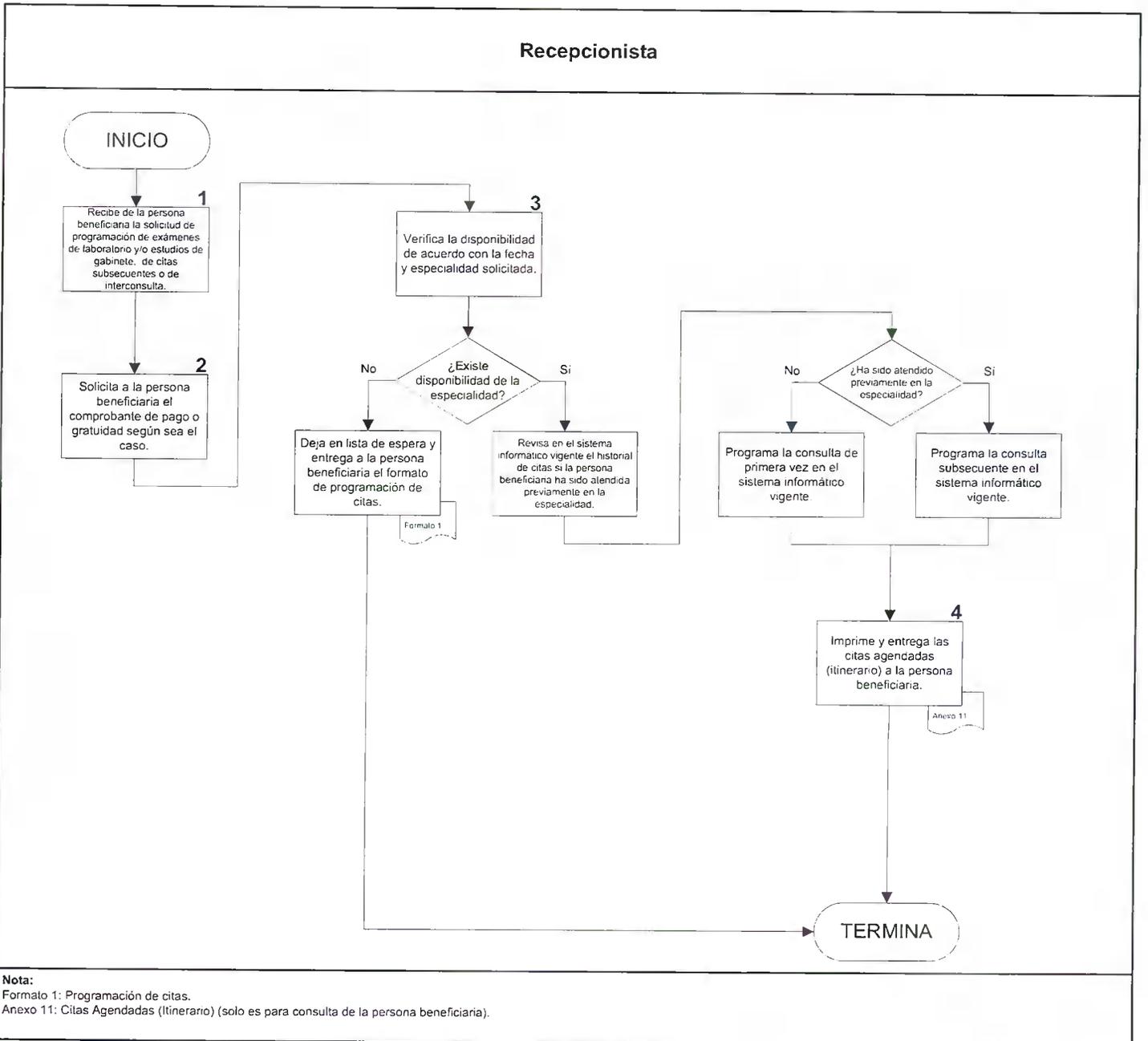
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

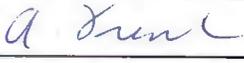
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Recepcionista	1	Recibe de la persona beneficiaria la solicitud de programación de exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete, así como la solicitud de citas subsecuentes o de interconsulta ( <b>Política 3</b> ).
Recepcionista	2	Solicita a la persona beneficiaria el comprobante de pago o gratuidad según sea el caso.
Recepcionista	3	<p>Verifica la disponibilidad de acuerdo con la fecha y especialidad solicitada (<b>Política 8, 9 y 10</b>).</p> <p>¿Existe disponibilidad de la especialidad?</p> <p>No: Deja en lista de espera y entrega a la persona beneficiaria el formato de programación de citas.</p> <p>Si: Revisa en el sistema informático vigente el historial de citas si la persona beneficiaria ha sido atendida previamente en la especialidad.</p> <p>¿Ha sido atendido previamente en la especialidad?</p> <p>No: Programa la consulta de primera vez en el sistema informático vigente (<b>véase manual de usuario PMG Consulta Externa</b>).</p> <p>Si: Programa la consulta subsecuente en el sistema informático vigente (<b>véase manual de usuario PMG Consulta Externa</b>).</p>
Recepcionista	4	<p>Imprime y entrega las citas agendadas (itinerario) a la persona beneficiaria.</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 22

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 22

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Programación de citas	No Aplica	Persona Beneficiaria y/o Persona Responsable	No Aplica
Anexo 1 Solicitud de Exámenes de Laboratorio	6 años	Departamento de Laboratorio Central	4S.4
Anexo 2 Solicitud única de estudios de gabinete	6 años	Departamento de Cardiología	4S.4
Anexo 3 Solicitud de estudio de Polisomnografía y/o Consulta de Trastornos del Dormir	6 años	Clínica del Sueño	4S.4
Anexo 4 Solicitud de Examen Anatomopatológico	6 años	Departamento de Patología	4S. 4
Anexo 5 Banco de Sangre	6 años	Servicio de Medicina Transfusional	4S. 4
Anexo 6 Laboratorio de Medicina Nuclear	6 años	Departamento de Medicina Nuclear	4S. 4
Anexo 7 Laboratorio de Neurofisiología Clínica	6 años	Servicio de Laboratorio de Neurofisiología Clínica	4S. 4
Anexo 8 Solicitud de Estudio Endoscópico	6 años	Departamento de Endoscopia	4S.4
Anexo 9 Servicio de Neumología, Solicitud de Estudios	6 años	Servicio de Neumología	4S.4
Anexo 10 Densitometría Ósea	6 años	Departamento de Nefrología y Metabolismo Mineral	4S.4
Anexo 11 Citas Agendadas (itinerario)	No Aplica	Persona Beneficiaria y/o Persona Responsable	No Aplica

## 7.0 GLOSARIO

**7.1. Cita Subsecuente:** Consultas posteriores

**7.2. Interconsultas:** Especialidad Médica o Paramédica a la que es enviado la persona beneficiaria de acuerdo a los datos clínicos encontrados a fin de cumplir con su tratamiento integral.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 22

7.3. **Itinerario:** Descripción o Guía de las citas que tiene la persona beneficiaria programadas.

### 8.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	31-01-2018	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente.
02	18-09-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del INCMNSZ vigente y al Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

### 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

#### FORMATO 1: PROGRAMACIÓN DE CITAS

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	CITA A	La especialidad a la que se dará la cita
2	TIEMPO	El tiempo en el que el medico solicita la cita
3	MÉDICO	El nombre de la Médica o Médico que atenderá a la persona beneficiaria.
4	INTECONSULTAS: A _____	Indica en el caso necesario la interconsulta a otra especialidad
5	MÉDICO	El nombre de la Médica o Médico que atenderá la persona beneficiaria.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 22

 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN</b> <b>SALVADOR ZUBIRÁN</b>	
	Subdirección de Servicios Paramédicos Departamento de Consulta Externa	
<b>Programación de Citas</b>		
CITA A:	_____ 1 _____	
TIEMPO:	_____ 2 _____	
MÉDICO:	_____ 3 _____	
INTERCONSULTAS		
A:	_____ 4 _____	1ª. VEZ
MÉDICO:	_____ 5 _____	SUBSEC.
A:	_____	1ª. VEZ
MÉDICO:	_____	SUBSEC.
20009550		

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 22

**ANEXOS**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 1: SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO**



Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Solicitud de Exámenes de Laboratorio

pegar cuqueño

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Uso de Insulina: \_\_\_\_\_

**QUÍMICA CLÍNICA (Sérum)**

141H Hemoglobina

141M Hematocrito

141N Hemoglobina

142H Hemoglobina glicosilada

142M Hemoglobina glicosilada

142N Hemoglobina glicosilada

143H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

143M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

143N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

144H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

144M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

144N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

145H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

145M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

145N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

146H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

146M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

146N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

147H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

147M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

147N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

148H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

148M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

148N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

149H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

149M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

149N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

150H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

150M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

150N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

151H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

151M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

151N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

152H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

152M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

152N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

153H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

153M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

153N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

154H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

154M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

154N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

155H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

155M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

155N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

156H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

156M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

156N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

157H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

157M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

157N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

158H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

158M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

158N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

159H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

159M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

159N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

160H Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

160M Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

160N Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

**HEMATOLOGÍA**

111 Hemograma

112 Hemograma

113 Hemograma

114 Hemograma

115 Hemograma

116 Hemograma

117 Hemograma

118 Hemograma

119 Hemograma

120 Hemograma

121 Hemograma

122 Hemograma

123 Hemograma

124 Hemograma

125 Hemograma

126 Hemograma

127 Hemograma

128 Hemograma

129 Hemograma

130 Hemograma

131 Hemograma

132 Hemograma

133 Hemograma

134 Hemograma

135 Hemograma

136 Hemograma

137 Hemograma

138 Hemograma

139 Hemograma

140 Hemograma

141 Hemograma

142 Hemograma

143 Hemograma

144 Hemograma

145 Hemograma

146 Hemograma

147 Hemograma

148 Hemograma

149 Hemograma

150 Hemograma

151 Hemograma

152 Hemograma

153 Hemograma

154 Hemograma

155 Hemograma

156 Hemograma

157 Hemograma

158 Hemograma

159 Hemograma

160 Hemograma

**MEDICINA CLÍNICA (Sérum)**

211 Glucosa

212 Glucosa

213 Glucosa

214 Glucosa

215 Glucosa

216 Glucosa

217 Glucosa

218 Glucosa

219 Glucosa

220 Glucosa

221 Glucosa

222 Glucosa

223 Glucosa

224 Glucosa

225 Glucosa

226 Glucosa

227 Glucosa

228 Glucosa

229 Glucosa

230 Glucosa

231 Glucosa

232 Glucosa

233 Glucosa

234 Glucosa

235 Glucosa

236 Glucosa

237 Glucosa

238 Glucosa

239 Glucosa

240 Glucosa

241 Glucosa

242 Glucosa

243 Glucosa

244 Glucosa

245 Glucosa

246 Glucosa

247 Glucosa

248 Glucosa

249 Glucosa

250 Glucosa

251 Glucosa

252 Glucosa

253 Glucosa

254 Glucosa

255 Glucosa

256 Glucosa

257 Glucosa

258 Glucosa

259 Glucosa

260 Glucosa

**LABORATORIOS**

311 Laboratorio

312 Laboratorio

313 Laboratorio

314 Laboratorio

315 Laboratorio

316 Laboratorio

317 Laboratorio

318 Laboratorio

319 Laboratorio

320 Laboratorio

321 Laboratorio

322 Laboratorio

323 Laboratorio

324 Laboratorio

325 Laboratorio

326 Laboratorio

327 Laboratorio

328 Laboratorio

329 Laboratorio

330 Laboratorio

331 Laboratorio

332 Laboratorio

333 Laboratorio

334 Laboratorio

335 Laboratorio

336 Laboratorio

337 Laboratorio

338 Laboratorio

339 Laboratorio

340 Laboratorio

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 11 <b>DE:</b> 22



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023



 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 13 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 3: SOLICITUD DE ESTUDIO DE POLISOMNOGRAFÍA Y/O CONSULTA DE TRASTORNOS DEL DORMIR**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**  
**SALVADOR ZUBIRÁN**  
**Clinica de Trastornos del Dormir**  
 Depto. de Neumología y Psiquiatría  
 Calle de Independencia No. 100, Tel. 5467 0000 Ext. 4422

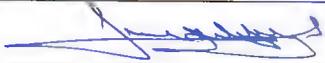
**Solicitud de Estudio de Polisomnografía y/o**  
**Consulta de Trastornos del Dormir**

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Edad: 4 Sexo: \_\_\_\_\_ C. Externa: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_  
 Solicita el servicio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CLAVE	STUDIA SERVICIO
110715	Polisomnografía de 100
110716	Polisomnografía de 100 con estudio de
110710	Polisomnografía de 100 con estudio de
<input type="checkbox"/>	Polisomnografía de 100 con estudio de
<input type="checkbox"/>	Polisomnografía de 100 con estudio de
110708	Polisomnografía de 100 con estudio de
110740	Polisomnografía de 100 con estudio de

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ 12  
 Medicamentos: \_\_\_\_\_ 13  
 Magnitud del problema: \_\_\_\_\_ 14  
 Tratamiento actual y futuro: \_\_\_\_\_ 15

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 14 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 4: SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS  
Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
Subdirección de Servicios Auxiliares de Diagnóstico  
Departamento de Patología  
**SOLICITUD DE EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO**

Nombre completo de la persona beneficiaria: \_\_\_\_\_ 1

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 2      Edad: \_\_\_\_\_ 3      Sexo: \_\_\_\_\_ 4

Reg. No.: \_\_\_\_\_ 5      Cens.: \_\_\_\_\_ 6      Clínica: \_\_\_\_\_ 7

Pieza operatoria: \_\_\_\_\_ 8

Biopsia directa:  Colgajo:  Líquido para examen citológico:  \_\_\_\_\_ 10

9

DATOS ANATOMICOS (localización, aspecto macroscópico, número de piezas, etc.): \_\_\_\_\_ 11

Biopsias anteriores: \_\_\_\_\_ 12      Sí:  No:

Diagnóstico anatomopatológico anterior: \_\_\_\_\_

Datos clínicos: \_\_\_\_\_ 14

Diagnóstico clínico: \_\_\_\_\_ 15      Intérprete especializado: \_\_\_\_\_ 16

\_\_\_\_\_ 17      \_\_\_\_\_ 18

Solicitante      Fecha

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 15 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 5: BANCO DE SANGRE**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

**Banco de Sangre**  
Vasco de Quiroga No. 15, Col. Sección XVI  
Tel. 54 97 09 00 ext. 2940

Nombre: \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico \_\_\_\_\_ Hn. \_\_\_\_\_ Ht. \_\_\_\_\_  
 Transferencias previas: Si ( ) No ( ) Fecha última de transfusión \_\_\_\_\_  
 Reacciones posttransf. Si ( ) No ( ) Tipo de reacción \_\_\_\_\_  
 Embarazos: Si ( ) No ( ) P. con enfermedad hemolítica: Si ( ) No ( )  
 Sangre total \_\_\_\_\_ ml. Sangre fresca \_\_\_\_\_ ml. Glóbulos rojos \_\_\_\_\_ ml.  
 Plasma \_\_\_\_\_ ml. Concentrado de plaquetas \_\_\_\_\_ U. Factor VIII \_\_\_\_\_ U.  
 URGENTE ( ) ORDINARIA ( ) GUARDIA ( ) OPERA EL \_\_\_\_\_ Hrs. \_\_\_\_\_

DONADORES: \_\_\_\_\_ RECIBIDA POR: \_\_\_\_\_  
 C.C. SANG. \_\_\_\_\_

Solicitada por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Solicitada recibida por: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

20015300

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 6: LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA NUCLEAR**  
**LABORATORIO DE MEDICINA NUCLEAR**

Nombre: _____	Especialidad: _____	Cama: _____	Edad: _____
Diagnóstico: _____	Clínica: _____		

**INDICES**

- Captación de I-125
- Inhibición con T-4
- Tratamiento con I-131 de 1 a 30 mCi
- Tratamiento con I-131 de 21 a 40 mCi
- Tratamiento con I-131 de 41 a 100 mCi
- Tratamiento con I-131 de 101 a 200 mCi

**CAMASORBITA**

- Tiroidea
- Cerebra
- Hacia el eje óptico y estructuras adyacentes
- Hacia el eje óptico y estructuras adyacentes (Hacia el eje óptico)
- Glándula hipófisis
- Glándula hipófisis (Hacia el eje óptico)
- Glándula hipófisis (Hacia el eje óptico)
- Huesos
- Mieloma
- Spleen
- Spleen
- Articulaciones
- Leucemia mieloide
- Infarto al miocardio
- Ganglio Pó.
- Vertebral metastásica
- Vena sinérgica
- Ganglio SPET
- Estrepto
- Spleen
- Spleen
- Mieloma
- Neoplasia de (Hacia el eje óptico)
- Esófago tubo Digestivo bajo
- Ovario

CANCELADO

Nombre: _____ Cargo: _____ Firma: _____ Fecha: _____	Nombre: _____ Cargo: _____ Firma: _____ Fecha: _____
---	---

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		HOJA: 17 DE: 22

**ANEXO 7: LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
**LABORATORIO DE NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ C. Ext. \_\_\_\_\_ Hospitalización cama: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre médico: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**INDICACIONES CLÍNICAS:** ELECTROENCEFALOGRAMA Y MAPEO

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Historia clínica: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes: \_\_\_\_\_ FF. Causales: \_\_\_\_\_

**INDICACIONES TÉCNICAS (según el caso):**  HORAS  HORAS

Colocación: \_\_\_\_\_  
 Preparación: \_\_\_\_\_  
 Descripción: \_\_\_\_\_

**INDICACIONES DE EFECTUACIÓN (según el caso):**

Anestesia:  Sedación:

**E. O. Y/O Causales:**

Clínicas: \_\_\_\_\_  
 Farmacológicas:  Metabólicas:

**INDICACIONES PROCEDIMIENTOS:**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Farmacológico:  Somato-sensoriales:  EEG:

**INDICACIONES ELECTROESTIMULACIÓN REPETITIVA (JOLLY):**

Descripción: \_\_\_\_\_

**INDICACIONES SUPLENIR DE LA FIEL Y SATISFACCIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA:**

Descripción: \_\_\_\_\_

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 8: SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO**



**DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL**  
**SOLICITUD DE ESTUDIO ENDOSCÓPICO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Hospital o Particular: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_  
 Dependencia Clínica: \_\_\_\_\_

(URGENTE) / (ELUCTIVA)

<p><b>CLAVE</b>      <b>ESTUDIO</b></p> <p><b>PAID ENDOSCOPIA</b></p> <p>11000 <input type="checkbox"/> Colonoscopia</p> <p>11001 <input type="checkbox"/> Proctoscopia</p> <p>11002 <input type="checkbox"/> Colonoscopia con biopsias</p> <p>11003 <input type="checkbox"/> Colonoscopia con biopsias y aspiraciones</p> <p>11004 <input type="checkbox"/> Colonoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado</p> <p>11005 <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia</p> <p>11006 <input type="checkbox"/> Proctoscopia</p> <p>11007 <input type="checkbox"/> Endoscopia de biopsias en colon</p> <p>11008 <input type="checkbox"/> Proctoscopia</p> <p>11009 <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia</p> <p>11010 <input type="checkbox"/> Colonoscopia</p> <p>11011 <input type="checkbox"/> Proctoscopia</p> <p>11012 <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia</p> <p>11013 <input type="checkbox"/> Colonoscopia</p> <p>11014 <input type="checkbox"/> Proctoscopia</p> <p>11015 <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia</p> <p>11016 <input type="checkbox"/> Colonoscopia</p> <p>11017 <input type="checkbox"/> Proctoscopia</p> <p>11018 <input type="checkbox"/> Sigmoidoscopia</p> <p>11019 <input type="checkbox"/> Colonoscopia</p> <p>11020 <input type="checkbox"/> Proctoscopia</p>	<p><b>CLAVE</b>      <b>ESTUDIO</b></p> <p><b>COLANGIOPANCREATOGRÁFICA</b></p> <p>12001 <input type="checkbox"/> Colangiografía retrograda</p> <p>12002 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa</p> <p>12003 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda</p> <p>12004 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias</p> <p>12005 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones</p> <p>12006 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado</p> <p>12007 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje</p> <p>12008 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis</p> <p>12009 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents</p> <p>12010 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12011 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12012 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12013 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12014 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12015 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12016 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12017 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12018 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12019 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>12020 <input type="checkbox"/> Colangiografía directa y retrograda con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p><b>BOE ENDOSCOPIA</b></p> <p>13001 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia</p> <p>13002 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias</p> <p>13003 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones</p> <p>13004 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado</p> <p>13005 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje</p> <p>13006 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis</p> <p>13007 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents</p> <p>13008 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13009 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13010 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13011 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13012 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13013 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13014 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13015 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13016 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13017 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13018 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13019 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>13020 <input type="checkbox"/> Esofagoscopia con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p><b>ENDOSCOPÍA DEL APÉNDICE DEL CECUM</b></p> <p>14001 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice</p> <p>14002 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias</p> <p>14003 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones</p> <p>14004 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado</p> <p>14005 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje</p> <p>14006 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis</p> <p>14007 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents</p> <p>14008 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14009 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14010 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14011 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14012 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14013 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14014 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14015 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14016 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14017 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14018 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14019 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p> <p>14020 <input type="checkbox"/> Endoscopia de apéndice con biopsias y aspiraciones y lavado y drenaje y colocación de endoprótesis y colocación de stents y colocación de stents y colocación de stents</p>
---	--

Colocación de: \_\_\_\_\_  
 Valoración: \_\_\_\_\_  
 Autorización: \_\_\_\_\_

Presentada en el Departamento de Endoscopia el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ a las \_\_\_\_\_ hrs.  
 Firma de Emisor: \_\_\_\_\_

Este Formulario debe ser devuelto al Departamento de Consulta Externa antes de presentarse a su cita.  
 El responsable de la Endoscopia (Gastroenterología y Ultrasonido Endoscópico) debe de realizarlo al terminar el examen.

CONTROL DE EMISIÓN			
	<b>Elaboró:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Autorizó:</b>
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023



 <b>SALUD</b> <small>COM. DE TACATA, CA. SALVAD.</small>	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 22

**SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS**

Procedimiento normal (algunos):  
 Urea, Creatinina, Colesterol  
 Glucosa (ayuno) (normal)

Estudios de gabinete (normal):  
 Radiografía (Lugar) \_\_\_\_\_  
 Ecografía \_\_\_\_\_  
 Tomografía \_\_\_\_\_

**EXÁMENES DE LABORATORIO**

HB:     HbA1c:     Hct:     PLT:     Ptas:     Bilir:   
 TP:     Jg:     TTP:     MG:     Cholesterol:     Creatinina:

**ORISOMERÍA (PTERIL)**

FOL:     Vit:     FOL:     Vit:     Vit:     Vit:

**ESPECTROSCOPIA**

FVE:     FEV:     FEV1/FVC:

**Tipo de estudio:**  Normal  Control

**INDICACIONES:**

1.- Para la realización de procedimientos invasivos se requiere de 12 horas de ayuno.  
 2.- Tomar medicamentos indicados por su médico con un vaso mínimo de agua.

**NOTA:**

Los pacientes que solicitan procedimientos en el Área de Consulta Externa deben pagar los exámenes médicos que se realicen en el pago correspondiente.

Amable y buena tarde, que todos

**CANCELADO**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 21 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 10: DENSITOMETRÍA ÓSEA**



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN  
 DEPARTAMENTO DE NEFROLOGÍA Y METABOLISMO MINERAL

**DENSITOMETRÍA ÓSEA**

Pegar etiqueta

Nombre \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ Genero (M) (F) \_\_\_\_\_ 3

Registro \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ 6 \_\_\_\_\_

Antecedentes relevantes \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_

Estado solicitado: \_\_\_\_\_ 8

070624 DENSITOMETRÍA DE 1 REGIÓN  Cadera  Columna  
 070428 DENSITOMETRÍA DE 2 REGIONES

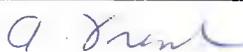
Prótesis de cadera \_\_\_\_\_ 9  SI  NO  Derecha  Izquierda  NO

Cirugía de columna lumbar \_\_\_\_\_ 10  SI  NO

070632 Estudio densitométrico de cuerpo completo (requiere de autorización del Jefe de Departamento): \_\_\_\_\_ 11

Solicita el estudio: \_\_\_\_\_ 12 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ 13 \_\_\_\_\_

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>3. Procedimiento para Programar Citas Subsecuentes, Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 22

**ANEXO 11: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

 <small>         Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán          Av. de las Ciencias de la Salud s/n          Ciudad de México, C.F. 14060          Tel: (52) 54 6705 00 ext 501 502 503 504          www.incmz.mx       </small>	Vialón de Consulta No. 13 Colonia Belascoáñ Dorninguez (Secundaria) Delegación Tlalpan México, C.F. 14060 Tel: (52) 54 6705 00 ext 501 502 503 504 www.incmz.mx	 Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____ EXP _____ Paciente _____ Teléfono _____			
<b>CITAS AGENDADAS</b>					
<b>Numero</b>	<b>Fecha</b> Dia/Mes/Año	<b>Hora</b> Hr:Min	<b>Agenda</b>	<b>Precio</b>	<b>Ubicación</b>
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita</p> <p>Indicaciones:</p>					
CANCELADO					
Página 111	Impreso	25-ene-17			

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 10

#### 4. PROCEDIMIENTO PARA OTORGAR CONSULTAS SUBSECUENTES A LAS PERSONAS BENEFICIARIAS AMBULATORIAS DEL INSTITUTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 10

### 1.0 PROPÓSITO

Colaborar en la atención médica integral de las personas beneficiarias ambulatorias en las diversas especialidades del Instituto.

### 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Consulta externa en otorgar consultas médicas ambulatorias a las personas beneficiarias y a las unidades administrativas que realizan actividades clínicas del Instituto en otorgar consultas.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a personas beneficiarias ambulatorias del Instituto en asistir a sus consultas médicas.

### 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

#### GENERALES:

1. La Jefa del Departamento de Consulta Externa determina la estrategia de cumplimiento en las actividades a realizar, de acuerdo con las disposiciones emitidas por emergencia sanitaria o de cualquier índole a nivel nacional aplicable al mismo.
2. Las servidoras y los servidores públicos del Instituto que integran el Departamento son responsables de cumplir con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente que correspondan a sus actividades, en este procedimiento.
3. Recepcionista es responsable de registrar en la entrada de la (UPA) a las personas beneficiarias solo 30 minutos antes de la hora en que se agendo su cita, evitando la saturación en las salas de espera.
4. La Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio) llama a la persona beneficiaria y lo pasa al consultorio respetando el orden en el que fue programada la consulta.
5. La Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio) revisa que esté disponible el expediente clínico físico, cuando sea requerido por la Médica o Médico Especialista, en caso contrario lo solicita a las servidoras y servidores públicos del Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
6. La Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio), cancela la cita de las personas beneficiarias que hayan excedido la tolerancia establecida de 15 minutos.
7. La Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio), tratándose de personas beneficiarias foráneos o ante alguna otra circunstancia de fuerza mayor que impida al mismo llegar a tiempo a su consulta, solicita la autorización verbal a la Médica o el Médico Especialista para la atención extemporánea.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 3 <b>DE:</b> 10

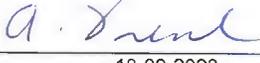
8. La Médica o el Médico Especialista es responsable de supervisar las actividades académicas y de destreza de las Médicas y los Médicos Residentes.
9. La Médica o el Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente es responsable de realizar la nota médica de evolución y/o informe quirúrgico de la persona beneficiaria en el sistema informático vigente.
10. La Médica o el Médico Especialista y Médica o Médico Residente decide si la persona beneficiaria requiere atención médica en el Departamento de Atención Institucional Continua y Urgencias, en Hospitalización o continúa en la Consulta Externa.
11. La Médica o el Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente, cuando se requiera, solicita a la persona beneficiaria exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete para su control y seguimiento.
12. La Médica o el Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente decide la permanencia de la persona beneficiaria en su consulta de acuerdo con su evolución clínica, en caso contrario solicita la programación de una interconsulta a la especialidad correspondiente mediante la programación de citas (**Formato 1**).
13. La Médica o el Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente es responsable de regresar al Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio) el expediente clínico correspondiente al terminar la consulta, cuando haya sido requerido físicamente.
14. La Asistente es responsable de integrar y enviar los informes mensuales y anuales de las actividades que se realizan en el Departamento a las siguientes unidades administrativas:
  - a. Dirección de Planeación y Mejora de la Calidad
  - b. Subdirección de Servicios Paramédicos
  - c. Departamento de Estadística y Archivo Clínico

#### DEL REINGRESO DE LAS PERSONAS BENEFICIARIAS

14. La Médica o el Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente, tratándose de personas beneficiarias con cita de reingreso, decide de acuerdo con su evaluación clínica y de acuerdo con los exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete, si tiene que retomar su atención en el Instituto o ser referido a otro nivel de atención.

#### DE LA SOLICITUD DE EXPEDIENTE PARA OTORGAR CONSULTA SUBSECUENTE

15. La Supervisora Administrativa de Piso es responsable de generar en el sistema informático vigente un listado con los números progresivos de registro de los expedientes clínicos de personas beneficiarias ordenados por especialidad y médico con 24 horas de anticipación a su consulta.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 4 <b>DE:</b> 10

16. La Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio) traslada los expedientes clínicos del área de expedientes al área de consultorios para el inicio de la consulta.

17. La Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio) entrega al Afanador el o los expedientes de las personas beneficiarias que tienen más de una consulta para que lo(s) entregue al piso correspondiente a su siguiente cita.

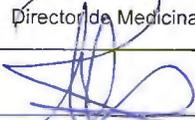
#### 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Recepcionista	1	Recibe de la persona beneficiaria o persona responsable, las citas agendadas (itinerario) <b>(Política 3)</b> .
Recepcionista	2	Registra la asistencia de la persona beneficiaria en el sistema informático vigente y le solicita realizar el pago cuando corresponda.
Recepcionista	3	Indica a la persona beneficiaria que espere en la sala correspondiente y avisa a la Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio).
Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio)	4	Consulta en el sistema informático vigente el listado de personas beneficiarias que llegaron a la consulta respectiva.
Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio)	5	Llama a la persona beneficiaria a la consulta acorde al horario programado.
Auxiliar de Enfermería (Unidad del Paciente Ambulatorio)	6	Indica a la persona beneficiaria o persona responsable el número de consultorio donde se le va otorgar la consulta y avisa a la Médica o Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente <b>(Política 4)</b> .
Médica o Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente	7	Otorga la consulta a la persona beneficiaria ambulatoria y/o realiza procedimiento quirúrgico menor y/o diagnóstico <b>(Política 8 y 9)</b> .
Médica o Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente	8	<p>Evalúa el estado de salud de la persona beneficiaria y determina si el seguimiento requiere atención de otras especialidades del Instituto <b>(Política 10, 11 y 12)</b>.</p> <p>¿Requiere atención de otras especialidades?</p> <p>No: Solicita la programación de cita subsecuente a la misma consulta mediante el formato de programación de citas.</p> <p>Si: Solicita la programación de una interconsulta a la especialidad correspondiente mediante el formato de programación de citas.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

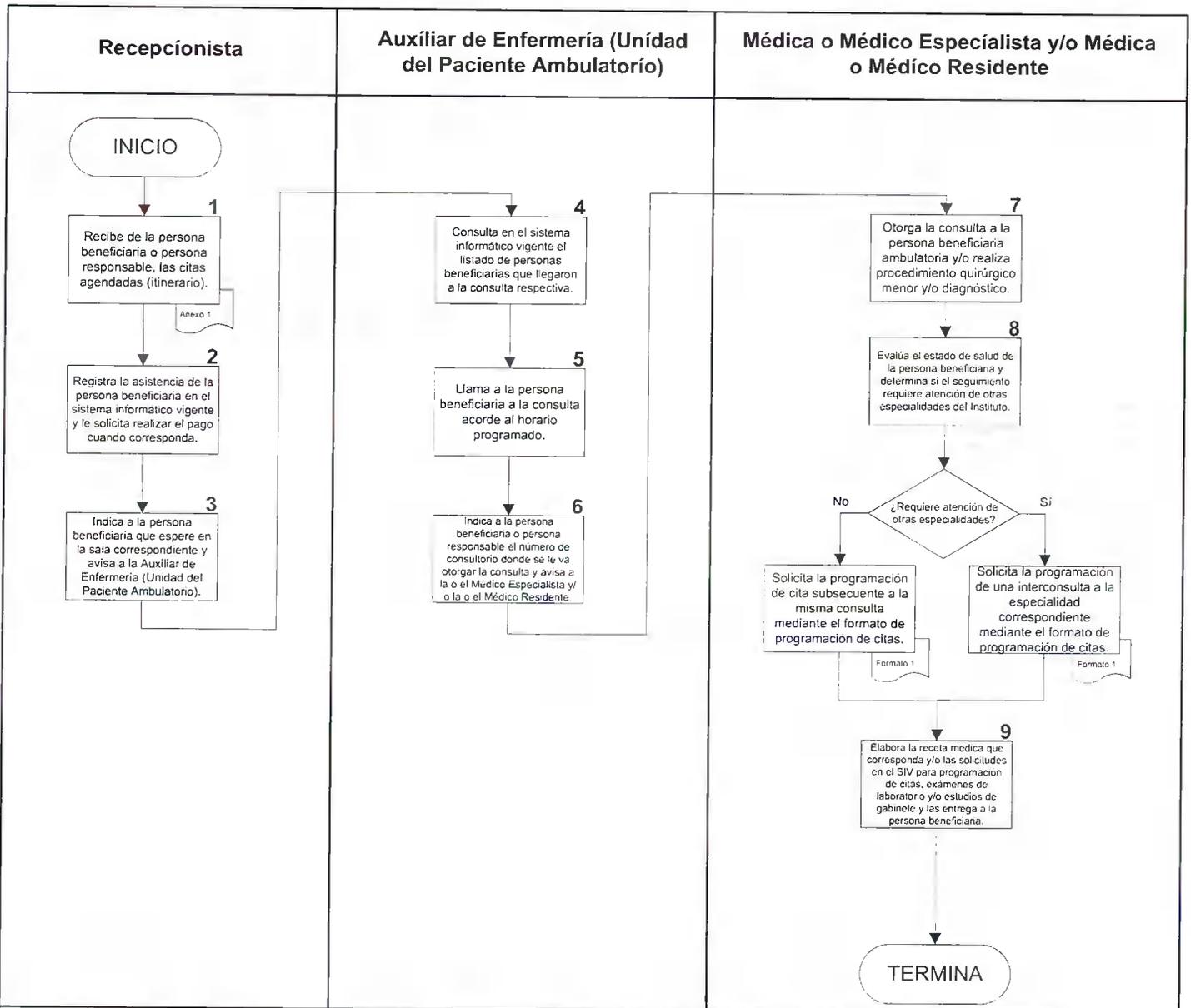
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 5 <b>DE:</b> 10

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Médica o Médico Especialista y/o Médica o Médico Residente	9	<p>Elabora la receta médica que corresponda y/o las solicitudes en el sistema informático vigente para programación de citas, exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete y las entrega a la persona beneficiaria (<b>Ver procedimiento 3 de este Manual</b>).</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b></p>

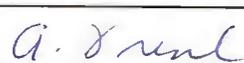
CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 10

### 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO



**Nota:**  
 Formato 1: Programación de citas (solo es para consulta de la persona beneficiaria).  
 Anexo 1: Citas Agendadas (Itinerario) (solo es para consulta de la persona beneficiaria).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 7 <b>DE:</b> 10

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Programación de citas	No Aplica	Persona Beneficiaria y/o Persona Responsable	No Aplica
Anexo 1 Citas Agendadas (itinerario)	No Aplica	Persona beneficiaria y/o persona responsable	No Aplica

## 7.0 GLOSARIO

- 7.1. Estudios de Gabinete:** Estudios que no están relacionados con el análisis de muestras biológicas del cuerpo de las personas beneficiarias, sino con imágenes o el monitoreo y registro del funcionamiento ciertos órganos o sistemas a través de este medio.
- 7.2. Receta:** Documento legal por medio del cual las Médicas y/o los Médicos legalmente capacitados prescriben la medicación a la persona beneficiaria para su dispensación por parte del farmacéutico.
- 7.3. Solicitud de reingreso:** Procedimiento para ser atendido nuevamente en el Instituto después de haber sido dado de alta o haber dejado de asistir más de 18 meses.

## 8.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	31-01-2018	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente.
02	18-09-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del INCMNSZ vigente y al Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 10

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 1: PROGRAMACIÓN DE CITAS

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	CITA A	La especialidad a la que se dará la cita
2	TIEMPO	El tiempo en el que el medico solicita la cita
3	MÉDICO	El nombre de la Médica o Médico que atenderá a la persona beneficiaria.
4	INTECONSULTAS: A _____	Indica en el caso necesario la interconsulta a otra especialidad
5	MÉDICO	El nombre de la Médica o Médico que atenderá la persona beneficiaria.



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN  
SALVADOR ZUBIRÁN**

Subdirección de Servicios Paramédicos  
Departamento de Consulta Externa

**Programación de Citas**

CITA A: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_

TIEMPO: \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

INTERCONSULTAS

A: \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 1ª. VEZ

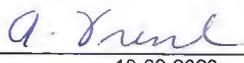
MÉDICO: \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_ SUBSEC.

A: \_\_\_\_\_ 1ª. VEZ

MÉDICO: \_\_\_\_\_ SUBSEC.

CANCELADO

20009550

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 9 <b>DE:</b> 10

**ANEXOS**

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>4. Procedimiento para Otorgar Consultas Subsecuentes a las Personas Beneficiarias Ambulatorias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 10 <b>DE:</b> 10

**ANEXO 1: CITAS AGENDADAS (ITINERARIO)**

		Avenida de Guaymas No. 15 Colonia Belisario Domínguez Sección III Delegación Tlalpan México D.F. 14780 Tel: (52) 54-67-05-05 ext 1001 5022 5023 5040 www.incmnsz.mx		 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ EXP: _____ Paciente: _____ Teléfono: _____	
<b>CITAS AGENDADAS</b>					
Numero	Fecha Dia/Mes/Año	Hora Hr:Min	Agenda	Precio	Ubicación
<p>Favor de llegar 15 minutos antes del horario de su cita</p> <p>Indicaciones:</p>					
CANCELADO					
Página 111		Impresión		25/09/11	

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 28

## 5. PROCEDIMIENTO PARA ATENDER SOLICITUDES DE PERSONAS BENEFICIARIAS DEL INSTITUTO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 2 <b>DE:</b> 28

## 1.0 PROPÓSITO

Orientar y apoyar a las personas beneficiarias y/o persona responsable en los trámites que correspondan a fin de que cuente con información clínica personal que le sea necesaria de acuerdo con la normatividad vigente en materia de protección de datos personales de salud.

## 2.0 ALCANCE

**A nivel interno:** Este procedimiento aplica al Departamento de Consulta Externa en atender las solicitudes de información clínica, a la Dirección de Cirugía en elaborar las notas quirúrgicas, al Departamento de Estadística y Archivo Clínico en proporcionar los expedientes clínicos físicos.

**A nivel externo:** Este procedimiento aplica a personas beneficiarias y/o personas responsables.

## 3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

### GENERALES:

- Las servidoras y los servidores públicos del Instituto que integran el Departamento son responsables de cumplir con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente que correspondan a sus actividades, en este procedimiento
- La Auxiliar de Gestión Administrativa atiende las solicitudes de información clínica en un horario de 8:00 a 16:00 h de lunes a viernes en el cuarto piso de la Unidad del Paciente Ambulatorio (UPA).
- La Auxiliar de Gestión Administrativa antes de entregar el formato de solicitud de información clínica (**Formato 1**) a la persona beneficiaria y/o persona responsable, verifica en el sistema informático vigente los datos de los mismos y los coteja con una identificación oficial vigente (INE, Pasaporte, Cedula Profesional, Credencial INAPAM o Cartilla Militar en el caso de los hombres).
- La Auxiliar de Gestión Administrativa al momento de solicitar datos personales a la persona beneficiaria y/o persona responsable le da a conocer el aviso de privacidad.
- La Auxiliar de Gestión Administrativa solicita el talón desprendible de la solicitud de información clínica (**Formato 1**) y la identificación oficial vigente, cotejando los datos con la información disponible en el sistema informático vigente y con el registro en las bitácoras correspondientes al momento de entregar la información solicitada.
- La Asistente de Consulta Externa o Auxiliar de Gestión Administrativa, tratándose de trámites en los que se requiera el uso del expediente clínico de la persona beneficiaria son responsables de solicitarlo y regresarlo al Departamento de Estadística y Archivo Clínico.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> <b>02</b>
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> <b>3</b> <b>DE:</b> <b>28</b>

7. La Auxiliar de Gestión Administrativa, en caso de que la persona beneficiaria o persona responsable solicite copia del expediente clínico, le indica que acuda a la Unidad de Transparencia.
8. La Auxiliar de Gestión Administrativa es responsable de informar a la persona beneficiaria y/o persona responsable, cuando la información clínica solicitada no esté disponible, le proporciona el talón desprendible con la fecha probable de entrega.

**DEL TRÁMITE Y ENTREGA DE COPIA EXAMENES DE LABORATORIO Y/O ESTUDIOS DE GABINETE:**

9. La Auxiliar de Gestión Administrativa pregunta a la persona beneficiaria y/o persona responsable la información que necesita especificando fecha en que se realizó el examen o estudio y tipo de información solicitada.
10. La Auxiliar de Gestión Administrativa es responsable de realizar el registro en la bitácora de solicitudes de resumen clínico, copias de exámenes y estudios (laboratorio y gabinete) (**Formato 2**).
11. La Jefa del Departamento de Consulta Externa autoriza el envío de la información solicitada vía correo electrónico cuando así lo solicite a la persona beneficiaria y/o persona responsable (en los casos de personas beneficiarias foráneas o incapacidad justificada).
12. La Asistente de Consulta Externa es la responsable de escanear y enviar la información solicitada vía correo electrónico cuando lo autorice la Jefa del Departamento de Consulta Externa.

**DEL TRÁMITE Y ENTREGA DE LA NOTA QUIRÚGICA:**

13. La Auxiliar de Gestión Administrativa explica los datos necesarios a la persona beneficiaria y/o persona responsable para el llenado de la solicitud de información clínica (**Formato 1**).
  - a) Datos de identificación de la persona beneficiaria
  - b) Fecha de cirugía
  - c) Tipo de cirugía
14. La Auxiliar de Gestión Administrativa indica a la persona beneficiaria y/o persona responsable la fecha aproximada de la entrega de la nota quirúrgica que es de 15 días hábiles y entrega el talón desprendible de la solicitud de información clínica (**Formato 1**).
15. La Auxiliar de Gestión Administrativa, una vez que cuenta con la constancia firmada, saca una copia para integrarla en el expediente clínico de la persona responsable

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 4
			<b>DE:</b> 28

**DEL TRÁMITE Y ENTREGA DE RESUMEN CLÍNICO GENERAL O PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO O CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD:**

16. La Auxiliar de Gestión Administrativa con base en un listado de Médicas y Médicos Residentes autorizados por la Jefa del Departamento de Consulta Externa asigna la elaboración del resumen clínico solicitado.
17. La Médica o el Médico Residente elabora el resumen clínico de acuerdo con el contenido en el expediente clínico de la persona beneficiaria y al itinerario de trabajo.
18. La Auxiliar de Gestión Administrativa entrega la solicitud de información clínica (**Formato 1**) y/o solicitud de resumen clínico para trámite de certificado o constancia de discapacidad (**Formato 3**) y los resúmenes clínicos del día anterior, a la Jefa del Departamento de Consulta Externa.
19. La Jefa del Departamento de Consulta Externa revisa y rubrica los resúmenes clínicos elaborados un día anterior por las Médicas y los Médicos Residentes antes de ser entregados a la persona beneficiaria y/o persona responsable.
20. La Asistente de Consulta Externa, una vez que cuenta con el resumen clínico revisado por la Jefa del Departamento de Consulta Externa, saca una copia para integrarla en el expediente clínico de la persona beneficiaria.
21. La Auxiliar de Gestión Administrativa es responsable de cotejar en la bitácora de solicitudes de resumen clínico y copias de exámenes y estudios (laboratorio y gabinete) (**Formato 2**) si la persona que acude por la información solicita está registrada en la misma, en caso contrario, solicita carta poder donde se identifique la firma de autorización de la persona beneficiaria o persona responsable.

**DE LA SOLICITUD PARA CAMBIO DE MÉDICA O MÉDICO ESPECIALISTA:**

22. La Jefa del Departamento de Consulta Externa evalúa la solicitud de la persona beneficiaria cuando requiera el cambio de Médica o Médico Especialista de manera integral (revisando su expediente clínico, realizando una entrevista con las Médicas y/o los Médicos Especialistas involucrados en la petición y con la persona beneficiaria y/o persona responsable).
23. La Jefa del Departamento de Consulta Externa elabora una nota informativa en el expediente clínico de la persona beneficiaria para autorizar el cambio de Médica o Médico y los motivos por los cuales se realiza.
24. La Jefa del Departamento de Consulta Externa verifica en el sistema informático vigente que se haya realizado el cambio autorizado de Médica o Médico Especialista.
25. La Asistente de Consulta Externa informa a la persona beneficiaria y/o persona responsable de forma sencilla y clara sobre los casos en que procede el cambio de Médica o Médico Especialista.
26. La Jefa del Departamento de Consulta Externa informa a la persona beneficiaria o persona responsable las causas por las que es improcedente el cambio de Médica o Médico Especialista.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 5
			<b>DE:</b> 28

## DE LA RECEPCION DE INCONFORMIDADES

27. La Asistente de Consulta Externa es responsable de orientar en un primer momento a la persona beneficiaria y/o persona responsable en relación a cualquier inconformidad.
28. La Asistente de Consulta Externa, dependiendo de la inconformidad, le indica a la persona beneficiaria y/o Persona Responsable a que unidad administrativa tiene que acudir.
29. La Asistente de Consulta Externa y/o Auxiliar de Gestión Administrativa, dependiendo de la inconformidad, entrega y explica el llenado de la petición ciudadana (**Anexo 1**).
30. La Jefa del Departamento de Consulta Externa, solventa los requerimientos enviados por el Órgano Interno de Control en relación a las inconformidades presentadas por la persona beneficiaria y/o persona responsable.

## 4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

### 4.1 Tramitar y Entregar Copia de Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Gestión Administrativa	1	Recibe de la persona beneficiaria y/o persona responsable la solicitud verbal de la entrega de los resultados de sus exámenes y/o estudios ( <b>Política 2</b> ).
Auxiliar de Gestión Administrativa	2	Entrega la solicitud de información clínica de la persona beneficiaria y/o persona responsable y solicita el llenado con los datos requeridos.
Auxiliar de Gestión Administrativa	3	<p>Revisa que los datos contenidos en la solicitud de la persona beneficiaria estén completos (<b>Política 9</b>).</p> <p>¿Están completos los datos?</p> <p>No: Solicita a la persona beneficiaria o persona responsable los datos faltantes.</p> <p>Si: Registra en la bitácora correspondiente la solicitud de la persona beneficiaria y/o persona responsable.</p>

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 6 <b>DE:</b> 28

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Gestión Administrativa	4	<p>Revisa en el sistema informático vigente la disponibilidad de la información solicitada de acuerdo con la solicitud de la persona beneficiaria y/o persona responsable.</p> <p>¿Se encuentra disponible la información solicitada?</p> <p>No: Entrega el talón desprendible de la solicitud con la fecha de entrega de resultados (<b>Política 8</b>).</p> <p>Sí: Entrega la impresión de los resultados de los exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete de la persona beneficiaria o la persona responsable.</p>
Auxiliar de Gestión Administrativa	5	<p>Solicita firma de la persona beneficiaria y/o persona responsable en la bitácora correspondiente al entregar los resultados (<b>Política 5</b>).</p> <p style="text-align: center;"><b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b></p>

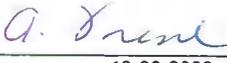
#### 4.2 Tramitar y Entregar Resumen de la Nota Quirúrgica

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Gestión Administrativa	1	Recibe de la persona beneficiaria y/o persona responsable la solicitud verbal de la entrega del resumen de nota quirúrgica.
Auxiliar de Gestión Administrativa	2	Entrega y explica el llenado de la solicitud de información clínica a la persona beneficiaria y/o persona responsable.
Auxiliar de Gestión Administrativa	3	<p>Revisa que la solicitud cuente con los datos completos de la persona beneficiaria (<b>Política 13</b>).</p> <p>¿Están completos los datos?</p> <p>No: Solicita a la persona beneficiaria o persona responsable, complemente los datos faltantes.</p> <p>Sí: Registra en bitácora correspondiente la solicitud de la persona beneficiaria y/o persona responsable.</p>
Auxiliar de Gestión Administrativa	4	Entrega el talón desprendible de la solicitud a la persona beneficiaria y/o persona responsable con la fecha probable de entrega de resumen de nota quirúrgica ( <b>Política 14</b> ).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 7
			<b>DE:</b> 28

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Gestión Administrativa	5	Solicita el expediente clínico de la persona beneficiaria a la servidora o servidor público del Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
Auxiliar de Gestión Administrativa	6	<p>Recibe el expediente clínico físico y revisa si se encuentra la nota quirúrgica correspondiente.</p> <p>¿Se encuentra la nota quirúrgica?</p> <p>No: Elabora un escrito solicitando al Director de Cirugía la nota quirúrgica y su resumen.</p> <p>Sí: Elabora un escrito al Director de Cirugía para la elaboración del resumen de la nota quirúrgica.</p>
Auxiliar de Gestión Administrativa	7	Entrega el escrito a la Jefa del Departamento de Consulta Externa para su revisión y firma.
Jefe del Departamento de Consulta Externa	8	<p>Revisa que el escrito sea correcto de acuerdo con la solicitud de la nota y/o resumen quirúrgico.</p> <p>¿Está correcto?</p> <p>No: Devuelve a la Auxiliar de Gestión Administrativa para su corrección.</p> <p>Sí: Firma el escrito y entrega a la Auxiliar de Gestión Administrativa.</p>
Auxiliar de Gestión Administrativa	9	Envía el escrito a la Dirección de Cirugía.
Auxiliar de Gestión Administrativa	10	Recibe la nota y/o resumen quirúrgico de la Dirección de Cirugía.
Auxiliar de Gestión Administrativa	11	Integra copia del resumen y/o nota quirúrgica al expediente clínico físico de la persona beneficiaria.
Auxiliar de Gestión Administrativa	12	Regresa el expediente clínico físico al Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
Auxiliar de Gestión Administrativa	13	Solicita la persona beneficiaria y/o persona responsable el talón desprendible de la solicitud y entrega el resumen de la nota quirúrgica. <b>(Política 5)</b>
Auxiliar de Gestión Administrativa	14	Solicita firma a la persona beneficiaria y/o persona responsable en la bitácora correspondiente al entregar la nota quirúrgica.
<b>TERMINA PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 8 <b>DE:</b> 28

#### 4.3 Tramitar y Entregar Información Clínica o Resumen Clínico para Tramite de Certificado o Constancia de Discapacidad

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Gestión Administrativa	1	Recibe de la persona beneficiaria y/o persona responsable la solicitud verbal para la elaboración de información clínica o de resumen clínico para trámite de certificado o constancia de discapacidad.
Auxiliar de Gestión Administrativa	2	Entrega y explica el llenado del formato de solicitud correspondiente a la persona beneficiaria y/o persona responsable.
Auxiliar de Gestión Administrativa	3	Revisa que la solicitud correspondiente cuente con los datos completos.  ¿Están completos los datos?  No: Solicita a la persona beneficiaria y/o persona responsable complemente los datos faltantes.  Si: Registra en la bitácora correspondiente la solicitud de la persona beneficiaria y/o persona responsable.
Auxiliar de Gestión Administrativa	4	Entrega el talón desprendible de la solicitud a la persona beneficiaria y/o persona responsable con la fecha probable de entrega ( <b>Política 8</b> ).
Auxiliar de Gestión Administrativa	5	Solicita el expediente clínico de la persona beneficiaria a la servidora o servidor público del Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
Auxiliar de Gestión Administrativa	6	Entrega la solicitud y expediente clínico de la persona beneficiaria a la Médica o Médico Residente de acuerdo con el itinerario de trabajo correspondiente.
Médica o Médico Residente	7	Elabora el resumen clínico correspondiente y entrega a la Jefa del Departamento de Consulta Externa para su revisión.
Jefa del Departamento de Consulta Externa	8	Revisa que el resumen clínico contenga la información solicitada ( <b>Política 19</b> ).  ¿Contiene la información solicitada?  No: Regresa a la Médica o el Médico Residente para su corrección.  Si: Informa a la Auxiliar de Gestión Administrativa para la entrega de información clínica o del resumen clínico para tramite de certificado o constancia de discapacidad.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 9
			<b>DE:</b> 28

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Gestión Administrativa	9	Informa a la persona beneficiaria o persona responsable la fecha y horario de entrega de información clínica o del resumen clínico para tramite de certificado o constancia de discapacidad.
Auxiliar de Gestión Administrativa	10	Solicita la firma de la persona beneficiaria y/o persona responsable en la bitácora correspondiente al entregar la información solicitada (Política 5).
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

#### 4.4 Atender Solicitud para Tramitar el Cambio de Médica o Médico Especialista

RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Auxiliar de Gestión Administrativa	1	Recibe de la persona beneficiaria y/o persona responsable la solicitud verbal para realizar el cambio de Médica o Médico Especialista.
Auxiliar de Gestión Administrativa	2	Entrega y explica el llenado de la solicitud para cambio de Médica o Médico a la persona beneficiaria y/o persona responsable.
Auxiliar de Gestión Administrativa	3	Revisa que los datos contenidos en la solicitud estén completos.  ¿Están completos los datos?  No: Solicita a la persona beneficiaria o persona responsable complemente los datos faltantes.  Si: Entrega a la Asistente de Consulta Externa la solicitud para cambio de Médica o Médico.
Asistente	4	Registra en la bitácora de registro de solicitudes de cambio de Médica o Médico.
Asistente	5	Solicita el expediente clínico físico de la persona beneficiaria a la servidora o servidor público del Departamento de Estadística y Archivo Clínico.
Asistente	6	Entrega la solicitud y el expediente clínico físico de la persona beneficiaria a la Jefa del Departamento de Consulta Externa.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 10
			<b>DE:</b> 28

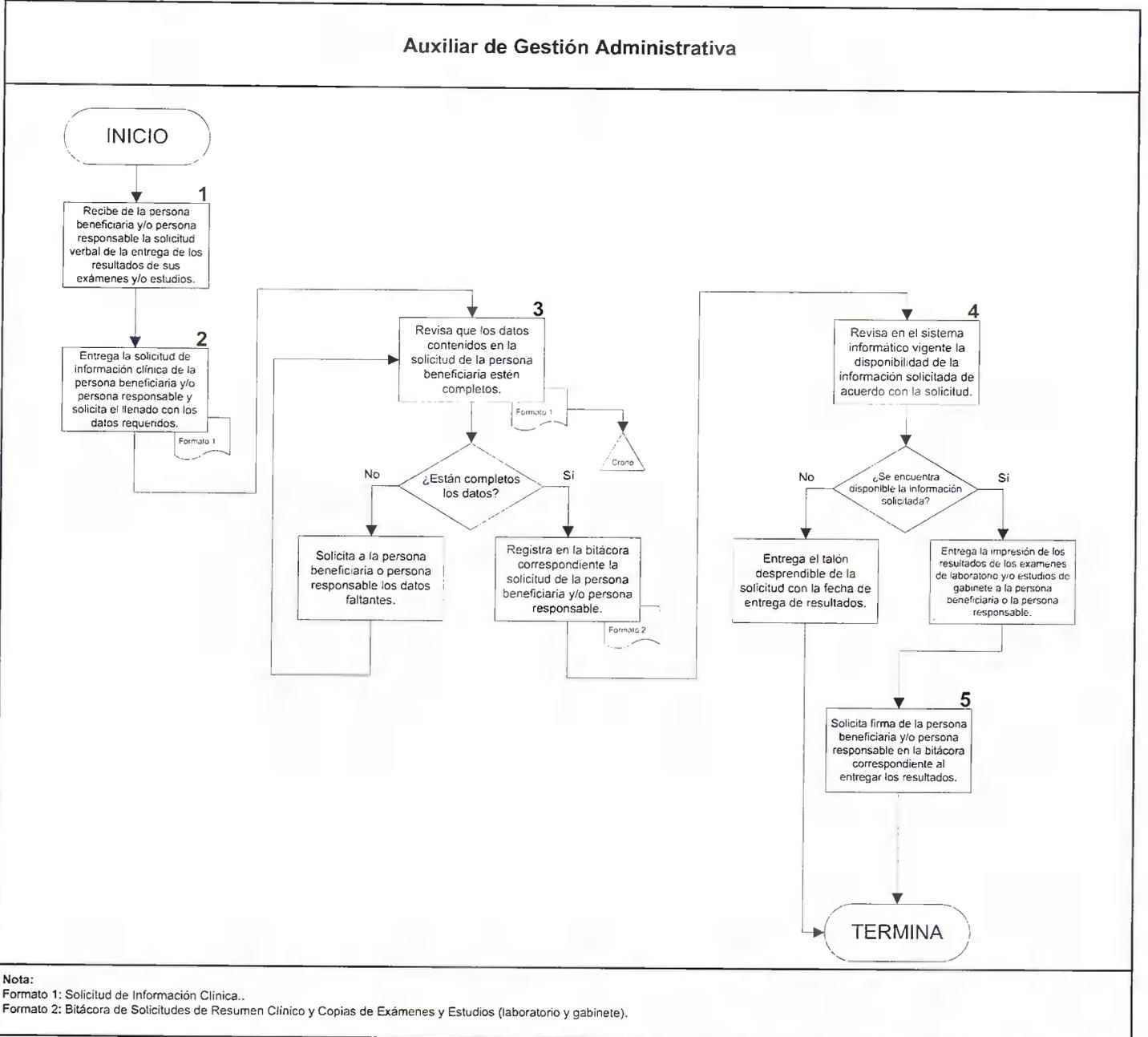
RESPONSABLE	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
Jefe del Departamento de Consulta Externa	7	<p>Recibe documentos y analiza el caso conjuntamente con las Médicas y/o los Médicos involucrados para autorizar el cambio (<b>Política 22</b>).</p> <p>¿Procede el cambio de Médica o Médico Especialista?</p> <p>No: Informa la persona beneficiaria y/o persona responsable de la improcedencia del cambio.</p> <p>Si: Autoriza el cambio de Médica o Médico Especialista e informa a la Asistente (<b>Política 23 y 24</b>).</p>
Asistente	8	Informa vía telefónica o presencial a la persona beneficiaria y/o persona responsable acerca de la autorización a su petición y registra en la bitácora correspondiente la atención de la solicitud.
Asistente	9	Programa la cita de la persona beneficiaria en el sistema informático vigente con el cambio correspondiente.
Asistente	10	Entrega el expediente clínico físico de la persona beneficiaria a la servidora o servidor público del Departamento de Estadística y Archivo Clínico y resguarda la solicitud para el cambio de Médica o Médico en el archivo del Departamento.
<b>TERMINA EL PROCEDIMIENTO</b>		

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 11
			<b>DE:</b> 28

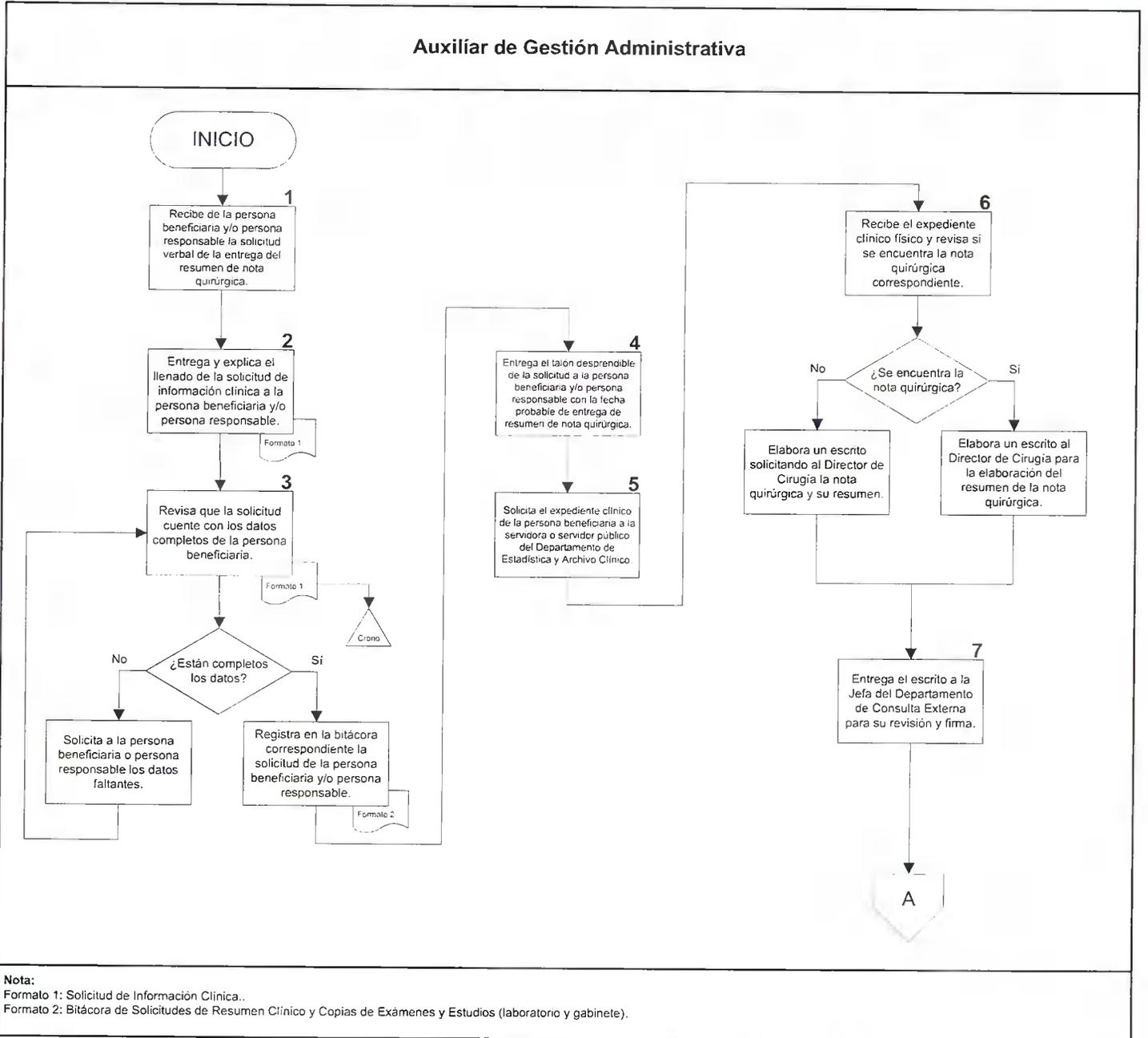
## 5.0 DIAGRAMA DE FLUJO

### 5.1 Tramitar y Entregar Copia de Exámenes de Laboratorio y/o Estudios de Gabinete

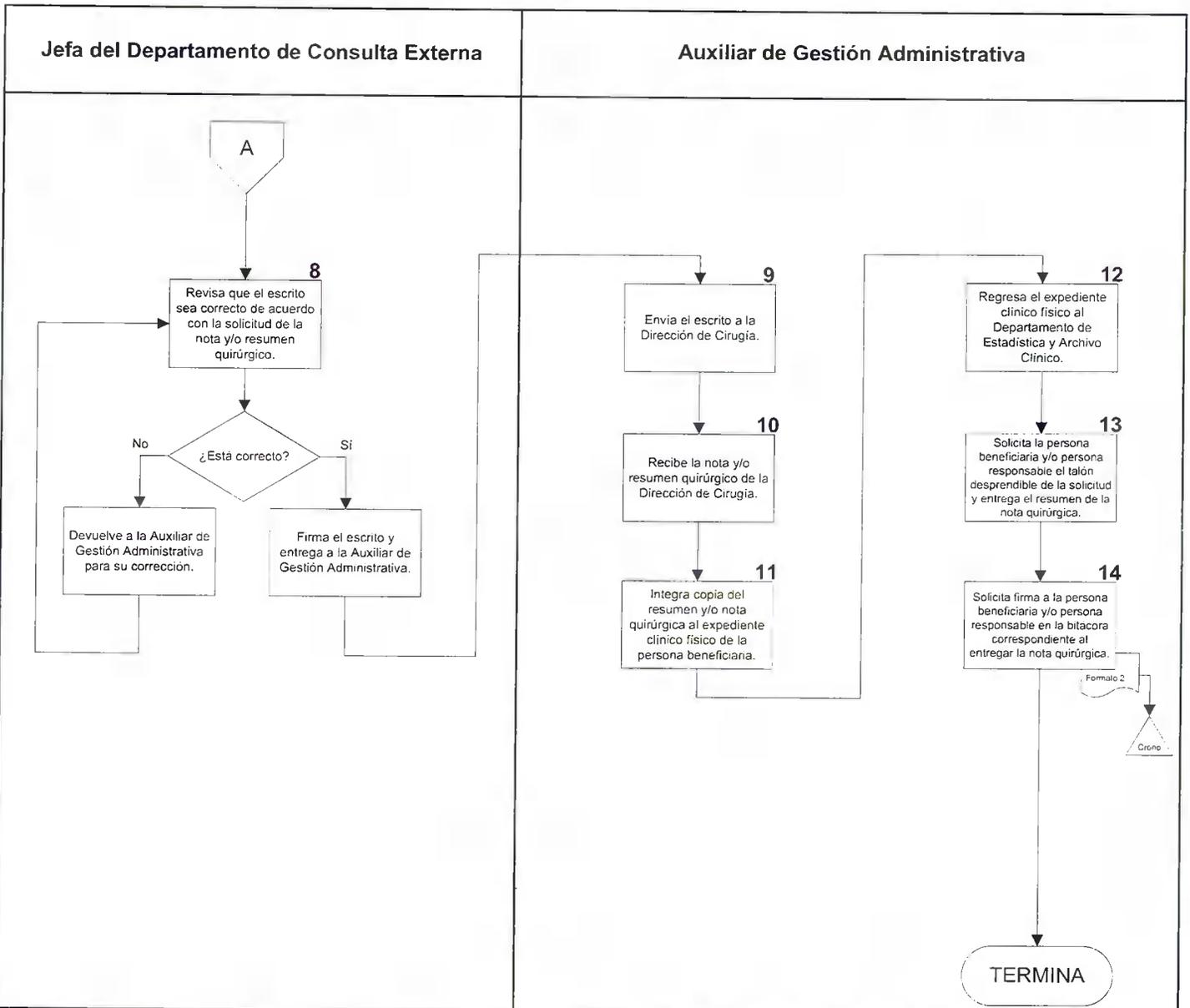


CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

### 5.2 Tramitar y Entregar Resumen de la Nota Quirúrgica



CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

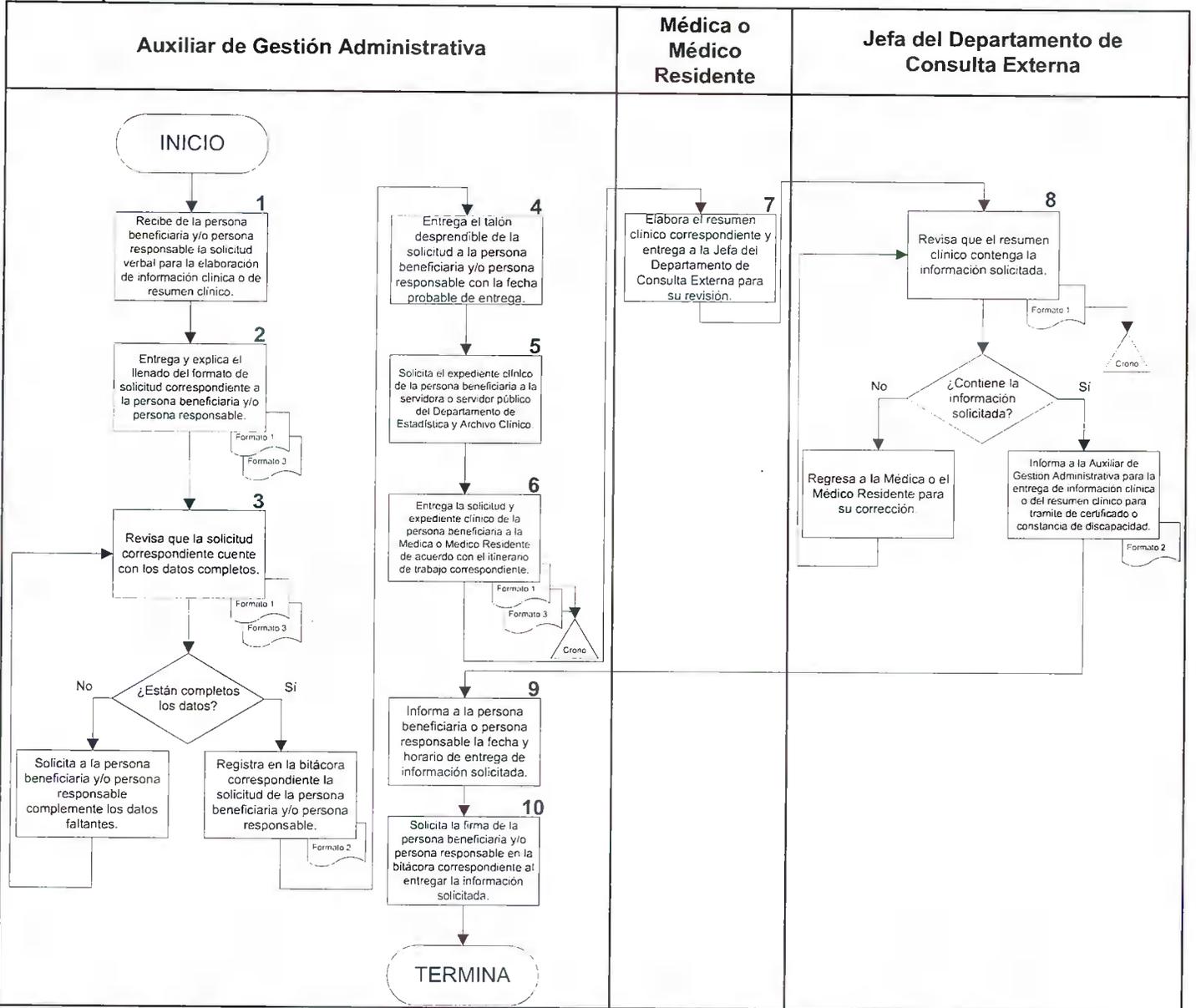


**Nota:**  
Formato 1: Solicitud de Información Clínica..  
Formato 2: Bitácora de Solicitudes de Resumen Clínico y Copias de Exámenes y Estudios (laboratorio y gabinete).

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 SECRETARÍA DE SALUD 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	CÓDIGO: M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		REV: 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		HOJA: 14 DE: 28

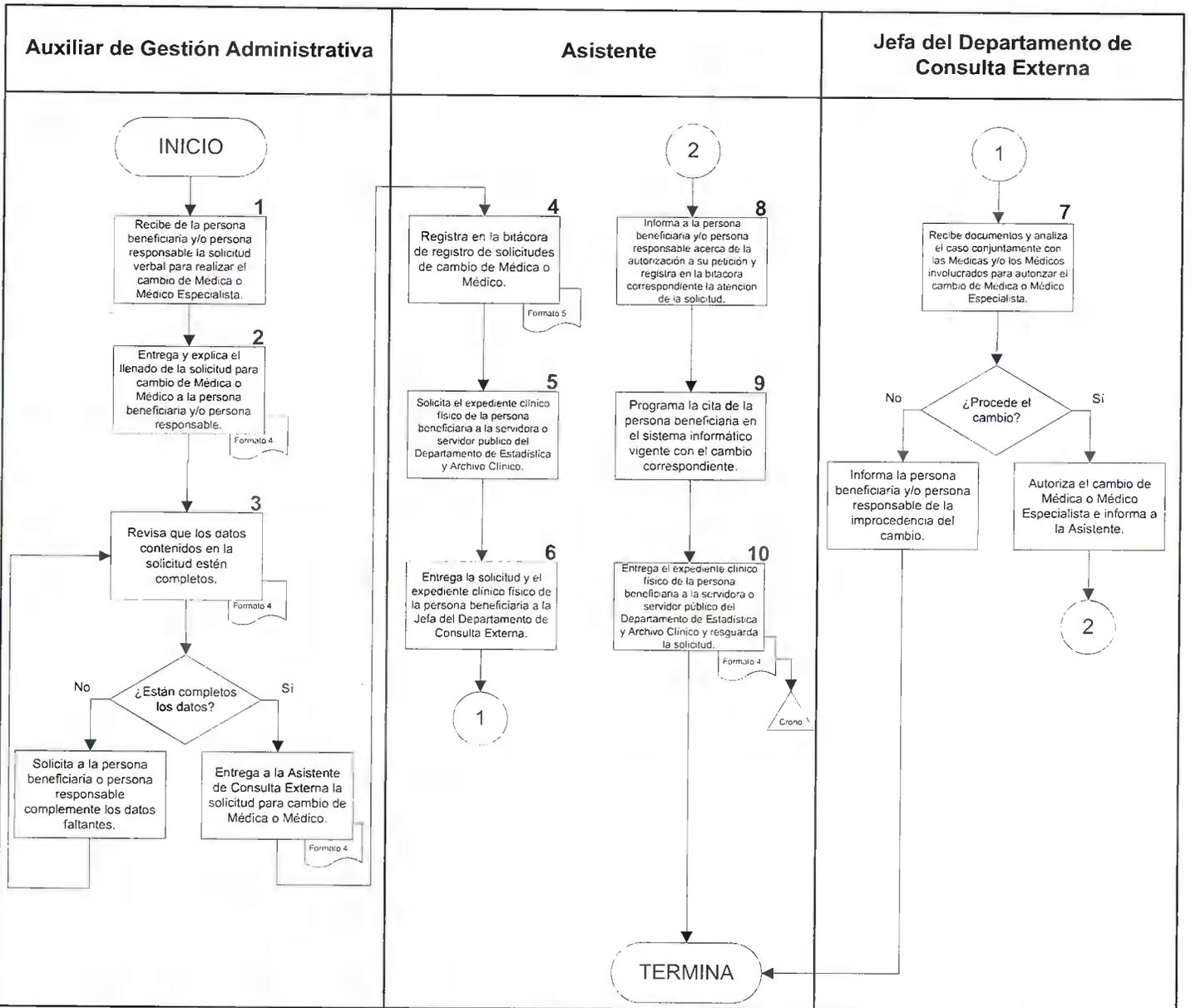
**5.3 Tramitar y Entregar Información Clínica o Resumen Clínico para Tramite de Certificado o Constancia de Discapacidad**



**Nota:**  
 Formato 1: Solicitud de Información Clínica.  
 Formato 2: Bitácora de Solicitudes de Resumen Clínico y Copias de Exámenes y Estudios (laboratorio y gabinete).  
 Formato 3: Solicitud de Resumen Clínico para Trámite de Certificado o Constancia de Discapacidad

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

### 5.3 Atender Solicitud para Tramitar el Cambio de Médica o Médico Especialista



**Nota:**  
 Formato 4: Solicitud para Cambio de Médica o Médico.  
 Formato 5: Bitácora de Solicitudes de Cambio de Médica o Médico

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 16 <b>DE:</b> 28

## 6.0 REGISTRO

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Formato 1 Solicitud de Información Clínica	5 años	Departamento de Consulta Externa	4S.2
Formato 2 Bitácora de Solicitudes de Resumen Clínico y Copias de Exámenes y Estudios (laboratorio y gabinete)	No aplica	Departamento de Consulta Externa	No aplica
Formato 3 Solicitud de Resumen Clínico para Trámite de Certificado o Constancia de Discapacidad	5 años	Departamento de Consulta Externa	4S.2
Formato 4 Solicitud para Cambio de Médica o Médico	5 años	Departamento de Consulta Externa	4S.2
Formato 5 Registro de Solicitudes de Cambio de Médica o Médico	No aplica	Departamento de Consulta Externa	No aplica
Anexo 1 Petición Ciudadana	2 años	Área de Responsabilidades y Quejas	10C.10

## 7.0 GLOSARIO

**7.1. Inconformidad:** Que no está conforme con una decisión o una situación o no la admite.

## 8.0 CAMBIOS DE ESTA VERSIÓN

Número de revisión	Fecha de la actualización	Descripción del cambio
01	31-01-2018	Actualización del procedimiento de acuerdo a la Guía Interna para la Elaboración de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos vigente.
02	18-09-2023	Actualización del procedimiento de acuerdo con la Guía Interna para la Elaboración y Actualización de Manuales Administrativos y/o Documentos Normativos del INCMNSZ vigente y al Prontuario para el uso de lenguaje incluyente y no sexista en la Función Pública.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 17 <b>DE:</b> 28

## 9.0 FORMATOS E INSTRUCTIVOS

### FORMATO 1: SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre:	Nombre completo de la persona beneficiaria.
2	Reg.	Número de expediente de la persona beneficiaria.
3	Tel:	Número telefónico de la persona beneficiaria o persona responsable
4	a) Resumen Clínico	Información específica que la persona beneficiaria necesita que contenga el resumen clínico.
5	b) Informe de la Nota Quirúrgica	Día, mes y año en la que se realizó la cirugía que requiere la persona beneficiaria y el tipo de cirugía a la que se refiere la solicitud
6	c) Estudios	Especificar si el requerimiento es de exámenes de laboratorio y/o estudios de gabinete, así como el día, mes y año en que se realizó.
7	Favor de anotar las interpretaciones requeridas en caso de ser de gabinete:	Especificar el tipo de interpretaciones que la persona beneficiaria requiere de los estudios de gabinete que se realizó.
8	Nombre y firma de la persona beneficiaria o persona responsable	El nombre completo y firma de la persona beneficiaria y/o persona responsable
9	Identificación oficial	Tipo de identificación oficial que la persona beneficiaria o persona responsable presenta.
10	Fecha de recepción de la solicitud	Día, mes y año en realiza la solicitud.
11	Nombre de la persona que recibe	Nombre completo de la Auxiliar de Gestión Administrativa que recibe la solicitud.
12	Recibió	Nombre completo de la Auxiliar de Gestión Administrativa que recibe la solicitud.
13	Fecha	Día, mes y año en la que la persona beneficiaria y/o persona responsable realiza la solicitud.
14	Fecha de Entrega Probable	Día, mes y año probable de entrega de la información solicitada.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 18 <b>DE:</b> 28



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Comisión de Beneficios Paramédicos y  
Departamento de Consulta Externa

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN CLÍNICA**

N.º de expediente: 1      N.º de solicitud: 2      Fecha: 3

**SOLICITUD DE:**

4. a) Resumen Clínico

5. b) Informe de la Nota Quirúrgica

6. c) Estudios

7. E. Otros

8. Nombre y firma de la persona beneficiaria o beneficiaria (a)

9. Identificación oficial

10. Nombre de la clínica (opcional)

11. Nombre de la clínica (opcional)

12. Nombre de la clínica (opcional)

13. Nombre de la clínica (opcional)

14. Nombre de la clínica (opcional)

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 19 <b>DE:</b> 28

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION SALVADOR ZUBIRAN

Departamento de Consulta Externa

**INFORMACION SOBRE PREPARACION DE RESUMENES CLINICOS**

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán proporciona el servicio de elaboración de Resúmenes Clínicos para las personas beneficiarias del Instituto que cumplen con los siguientes requisitos:

1. Que el paciente sea beneficiario del Instituto y que el médico responsable de la atención sea la autoridad del Hospital de referencia y que el paciente sea atendido por el personal responsable. Si no se cumple este requisito, es imposible generar la información solicitada.
2. Que el paciente sea atendido en el Hospital de referencia y que el paciente sea atendido por el personal responsable.
3. Que el paciente sea atendido en el Hospital de referencia y que el paciente sea atendido por el personal responsable.
4. Que el paciente sea atendido en el Hospital de referencia y que el paciente sea atendido por el personal responsable.
5. Que el paciente sea atendido en el Hospital de referencia y que el paciente sea atendido por el personal responsable.
6. Que el paciente sea atendido en el Hospital de referencia y que el paciente sea atendido por el personal responsable.

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 20 <b>DE:</b> 28

**FORMATO 2: BITÁCORA DE SOLICITUDES DE RESUMEN CLÍNICO Y COPIAS DE EXÁMENES Y ESTUDIOS (LABORATORIO Y GABINETE)**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Fecha	Día, mes y año de solicitud.
2	No. Reg.	Número de registro institucional de la persona beneficiaria.
3	Nombre de la persona beneficiaria	Nombre completo de la persona beneficiaria.
4	Qué solicita	Tipo de información clínica solicitada.
5	Tramitado	Estatus del trámite.
6	Fecha de entrega	Día, mes y año en que se entrega la información solicitada.
7	Nombre de quien recibe (persona beneficiaria o persona responsable)	Nombre completo de la persona que recibe la información.
8	Identificación	Tipo de identificación que presenta.
9	Firma	Firma autógrafa de la persona que recibe la información,

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 <small>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN</small>	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 21
			<b>DE:</b> 28


**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN**  
**SALVADOR ZUBIRÁN**

**SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS**  
**DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA**

**REGISTRO DE SOLICITUDES DE RESUMEN CLÍNICO Y COPIAS DE EXÁMENES Y ESTUDIOS (laboratorio y gabinete)**

Fecha	No. Reg.	Nombre de la persona beneficiaria	Qué solicita	Tramitado	Fecha de Entrega	Nombre de quien recibe (persona beneficiaria o persona responsable)	Identificación	Firma

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 22 <b>DE:</b> 28

**FORMATO 3: SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO O CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	El (la) que suscribe	Nombre completo de la persona solicitante.
2	Persona beneficiaria... Familiar o persona responsable, representante legal...	Marcar con una (X) la casilla correspondiente.
3	Con número de registro institucional	Número de registro institucional de la persona beneficiaria.
4	a) Certificado de discapacidad b) Constancia de discapacidad o funcionalidad	Marcar con una (X) la opción que corresponda.
5	Fecha:	Día, mes y año en que se solicita la información.
6	Nombre y firma de la persona beneficiaria o persona responsable	Nombre completo y firma autógrafa de la persona beneficiaria o persona responsable que solicita la información.
7	Identificación oficial	Tipo de identificación que presenta la persona solicitante.
8	Recibió	Nombre completo de la servidora o servidor público que recibe la solicitud.
9	Fecha	Día, mes y año que se recibe la solicitud.
10	Fecha de entrega probable	Día, mes y año aproximada en la que se entregará la información solicitada

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 23 <b>DE:</b> 28



**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN**  
 Subdirección de Servicios Paramédicos  
 Departamento de Consulta Externa

**SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO O CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD**

El/la que suscribe: \_\_\_\_\_ en mi carácter de:

Persona beneficiaria con número de registro institucional: \_\_\_\_\_

Familiar o persona responsable, representante legal o tutor de la persona beneficiaria \_\_\_\_\_ con número de registro institucional: \_\_\_\_\_

Manifiesto que es mi intención que se expida el Resumen Clínico de la Atención Médica brindada en esta institución, por verificación para el trámite de:

a) Certificado de discapacidad  
 b) Constancia de discapacidad o funcionalidad

Lo anterior, con la finalidad de ser cumplidos a los requisitos de los institutos que me requieran a estos trámites o a certificado de discapacidad.

En este sentido, manifiesto que en persona o por escrito, he informado y autorizado entusiastamente lo siguiente:

- Que en dicho Resumen Clínico se registrarán las acciones realizadas de la atención médica controlada en el expediente clínico, sin que esto conlleve la obligación de aceptar o reconocer la discapacidad física, mental, intelectual o sensorial, pues esto será determinado por la institución competente para tal efecto.
- Que el tiempo mínimo de espera entre la recepción de la solicitud y la entrega del resumen es de 15 días hábiles y el intervalo de solicitud de un nuevo resumen será de 6 meses a un año, excepto si esta persona beneficiaria ha sido hospitalizada.
- Que el Resumen Clínico que me sea solicitado se entregará únicamente a la persona beneficiaria, a su familiar o persona responsable, en su caso, a su representante legal, previa certificación del mismo mediante documento oficial.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y firma de la persona beneficiaria o persona responsable: \_\_\_\_\_ Identificación oficial: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE RESUMEN CLÍNICO PARA TRÁMITE DE CERTIFICADO O CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD**

**FALÓN PARA PERSONA BENEFICIARIA**

RECIBO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ FECHA DE ENTREGA PROGRAMADA: \_\_\_\_\_

ANTES DE PASAR A RECIBIR SU RESUMEN CLÍNICO, FAVOR DE LLAMAR AL 54-67-09-00 EXTS. 5426, 5429 Y 5432 DE 08:00 A 16:00 HRS. PARA CONFIRMAR SI VIENE LISTO SU DOCUMENTO.

RECORDAR QUE ES INDISPENSABLE MOSTRAR IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE LA PERSONA BENEFICIARIA (PACIENTE) O SU PERSONA RESPONSABLE AL MOMENTO DE RECIBIR EL DOCUMENTO DE LUNES A MIÉRCOLES, DE 08:00 A 14:00 HRS.

EN CASOS EXCEPCIONALES SE PODRÁ ENTREGAR A UN TERCERO QUE DEBEA MOSTRAR AUTORIZACIÓN ESCRITA POR LA PERSONA BENEFICIARIA (PACIENTE), ACOMPAÑADA DE LA IDENTIFICACIÓN OFICIAL DE AMBAS PERSONAS.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 24 <b>DE:</b> 28

**FORMATO 4: SOLICITUD PARA CAMBIO DE MÉDICA O MÉDICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	Nombre de la persona beneficiaria (paciente):	Nombre completo de la persona beneficiaria y/o persona responsable que solicita el cambio de Médico
2	Número de Registro:	El número de expediente de la persona beneficiaria
3	Teléfono	El número telefónico de la persona beneficiaria o persona responsable
4	Pasa a Consulta de:	La especialidad de la cual se solicita el cambio de Médica o Médico
5	Médica o Médico actual:	El nombre del especialista que atiende la consulta de la cual la persona beneficiaria y/o persona responsable solicita el cambio
6	Desea consultar con: Dr. (a):	El nombre de la Médica o el Médico con el cual la persona beneficiaria y/o persona responsable solicita la consulta médica en lo futuro
7	Motivo:	El motivo por el cual la persona beneficiaria y/o persona responsable solicita el cambio de Médica o Médico
8	Atendió:	El nombre de la Auxiliar de Gestión Administrativa que da trámite a la solicitud
9	Fecha	Día, mes y año en que se da inicio al trámite de la solicitud
10	Hora	Hora y minutos en la que se registra en la bitácora la solicitud

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 25
			<b>DE:</b> 28

**Subdirección de Servicios Paramédicos**  
**Departamento de Consulta Externa**

INCMNSZ

**SOLICITUD PARA CAMBIO DE MÉDICA O MÉDICO**

Nombre de la persona beneficiaria (paciente): \_\_\_\_\_

Número de Registro: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Pasa a Consulta de: \_\_\_\_\_

Médica o Médico actual: \_\_\_\_\_

Desea consultar con: \_\_\_\_\_

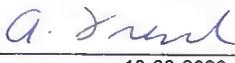
Dr. (a): \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Atendió: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha hora

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

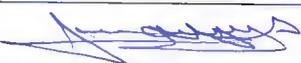
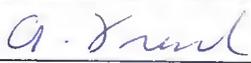
	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 26 <b>DE:</b> 28

**FORMATO 5: REGISTRO DE SOLICITUDES DE CAMBIO DE MÉDICA O MÉDICO**

No.	CONCEPTO	SE ANOTARÁ
1	No. Expediente	Número de expediente clínico de la persona beneficiaria.
2	Área	Nombre de la unidad administrativa donde recibe atención médica la persona beneficiaria.
3	U	
4	Disponible	De acuerdo con la disponibilidad del expediente clínico de la persona beneficiaria.
5	Observaciones	En caso de existir alguna aclaración.
6	Fecha	Día, mes y año de respuesta a la solicitud.

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN						
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS PARAMÉDICOS DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA						
REGISTRO DE SOLICITUDES DE CAMBIO DE MÉDICA O MÉDICO						
						FECHA
No. Expediente	Área	U	Disponible	Observaciones		Fecha Devuelto

CANCELADO

CONTROL DE EMISIÓN			
Nombre:	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 27 <b>DE:</b> 28

### ANEXOS

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

 	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>	 INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN	<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>5. Procedimiento para Atender Solicitudes de Personas Beneficiarias del Instituto</b>		<b>HOJA:</b> 28 <b>DE:</b> 28

**ANEXO 1: PETICIÓN CIUDADANA**

**FUNCIÓN PÚBLICA**  2023 

Órgano Interno de Control en el  
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas  
 y Nutrición Salvador Zubirán

**ÁREA DE QUEJAS, DENUNCIAS E INVESTIGACIONES**  
**PETICIÓN CIUDADANA**

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Residencia: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ No. EXT. \_\_\_\_\_ No. INT. \_\_\_\_\_  
 Col: \_\_\_\_\_ Alcaldía y Municipio: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ D.F.: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 (PREFERENTE PARA COMUNICAR ATENCIÓN)

LUGAR, DÍA Y HORA EN LA QUE SUCEDIERON LOS HECHOS:

Narración de los hechos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

ESTA HOJA DEBERÁ DEPOSITARSE EN LOS BUZONES O EN EL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL UBICADO EN LA PLANTA ALTA DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ESTE INSTITUTO PARA INFORMES FAVOR DE COMUNICARSE AL TEL. 55-54-87-29-00 EXT. 2914 Y 2915.

\*LOS DATOS PERSONALES POR USTED PROPORCIONADOS SERÁN PROTEGIDOS EN TÉRMINOS DE LOS ARTÍCULOS 15 Y 113 FRACCIÓN I DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA; 68 FRACCIÓN II Y VI Y 116 DE LA LEY GENERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS OBLIGADOS.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 1 <b>DE:</b> 2

El presente documento fue autorizado por el Comité de Mejora Regulatoria Interna en la tercera sesión extraordinaria de fecha 28/09/2023.

## AUTORIZACIÓN

### ELABORADO POR:



Dra. Judith González Sánchez.  
Jefa del Departamento de Consulta Externa.



C. Susana Romero Alonso.  
Asistente.

### REVISADO POR:



Dra. Alicia Josefina Frenk Mora.  
Subdirectora de Servicios Paramédicos.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023

	<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</b>		<b>CÓDIGO:</b> M.P./0.2.3.1
	<b>Departamento de Consulta Externa</b>		<b>REV:</b> 02
	<b>Autorización</b>		<b>HOJA:</b> 2
			<b>DE:</b> 2

**REVISIÓN METODOLÓGICA:**

  
 C.P. Merit Fabiola Morales.  
 Jefa del Departamento de Organización y Modernización Administrativa.

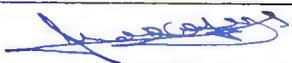
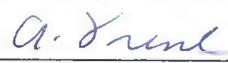
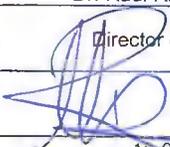
  
 C.P. Remedios Verónica Hernández Tenorio.  
 Coordinadora de Organización y Modernización.

  
 C. Verónica Elena Cervantes Navarro.  
 Analista Especializado de Organización y Modernización.

**AUTORIZADO POR:**

  
 Dr. Raúl Rivera Moscoso.  
 Director de Medicina.

  
 Dr. José Sifuentes Osornio.  
 Director General.

CONTROL DE EMISIÓN			
	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Nombre:	Dra. Judith González Sánchez	Dra. Alicia Josefina Frenk Mora	Dr. Raúl Rivera Moscoso
Cargo-puesto:	Jefa del Departamento de Consulta Externa	Subdirectora de Servicios Paramédicos	Director de Medicina
Firma:			
Fecha:	18-09-2023	18-09-2023	18-09-2023